

A VULNERABILIDADE DOS USUÁRIOS DO SUS ACERCA DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA: ABORDAGEM SEGUNDO A BIOÉTICA DA PROTEÇÃO

Itanaina Lemos Rechmann¹

Thayná Andrade Magalhães²

RESUMO: A saúde, ao longo das Constituições brasileiras, recebeu diferentes tratamentos, desde uma completa dissociação das questões sociais, passando a ser ofertada a uma restrita parcela da sociedade que podia custear, até se consagrar no ordenamento jurídico pátrio como um direito fundamental cujo Estado tem a responsabilidade de proteger e promover, adotando políticas públicas nesse sentido, o que culminou na criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Não obstante o acesso universal e integral proposto pelo SUS, como forma, inclusive, de viabilizar o acesso democrático à saúde, rotineiras são as queixas dos usuários acerca desse acesso, diante da precarização dos serviços e dos cuidados em saúde, por vezes não prestados ou prestados irregularmente, de forma insatisfatória. Diante da posição de vulnerabilidade dos usuários do SUS, em especial no que tange aos serviços de atenção especializada, em relação aos quais se encontram associadas discussões acerca dos custos da saúde pública e da escassez dos recursos, pretende-se, à luz da Bioética da Proteção, e em consonância com o princípio da participação popular, sustentar a promoção da equidade nesse contexto a partir da integração dos usuários do SUS ao processo de tomada de decisões em saúde pública.

Palavras-chave: SUS; Vulnerabilidade; Participação popular; Equidade.

ABSTRACT: Health, throughout the Brazilian Constitutions, received different treatments, from a complete dissociation from social issues, being offered to a restricted portion of society that could afford it, until enshrining in the legal system as a fundamental right whose State has the responsibility to protect and promote, adopting public policies in this sense, which culminated in the creation of the Unified Health System (UHS). Despite the universal and comprehensive access proposed by the UHS, as a way to even enable democratic access to health, users' complaint about this access are routine, given the precariousness of services and health care, sometimes not provided or rendered irregularly, in an unsatisfactory manner. Given the position of vulnerability of UHS users, especially with regard to specialized care services, in relation to which discussions about the costs of public health and the scarcity of resources, it is intended, in the light of Bioethics of Protection, and in line with the principle of public participation, sustain the promotion of equity in this context from the integration of UHS users in the public health decision-making process.

Keywords: UHS; Vulnerability; Public participation; Equity.

¹ Especialista em Direito Público (UNIFACS). Pós-graduanda em Direito Médico e Bioética (UNIFACS). Bacharela em Direito (UNIFACS), com diploma de honra ao mérito. Membro do Grupo de Pesquisa Vida (PPGD-UFBA), na área de Bioética. Autora de artigos jurídicos. Advogada no escritório Borel & Prates Advogados Associados. E-mail: itana.rechmann@hotmail.com.

² Especialista em Direito Público (UNIFACS). Pós-graduanda em Direito Médico e Bioética (UNIFACS). Bacharela em Direito (UNIFACS). Autora de artigos jurídicos. Assessora na Procuradoria do Município de Lauro de Freitas-Bahia. E-mail: thayna.magalhaesandrade@gmail.com.

1 INTRODUÇÃO

A partir da Constituição Federal de 1988 – CF/1988, reconhecendo a saúde como um direito de todos e dever do Estado, a assistência pública à saúde deixou de ser apenas para os trabalhadores vinculados à previdência social e passou a ser ofertada para todos os cidadãos, segundo o princípio da universalização, consagrando um novo modelo de pensar a saúde pública brasileira, partindo do modelo sanitário exclusivista de determinada parcela da sociedade para o modelo democrático, com acesso gratuito, universal e integral.

Ao Estado, portanto, coube, a partir desse novo modelo, garantir o direito fundamental à saúde mediante políticas públicas de promoção, prevenção e recuperação, surgindo, assim, o Sistema Único de Saúde – SUS com vistas à concretização da promessa de acesso democrático à saúde pública, nos termos da Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, regulamentada pelo Decreto n.º 7.508, de 28 de junho de 2011.

Visando, pois, à garantia do acesso integral, universal e gratuito à saúde, o SUS compreende ações e serviços os quais englobam a atenção básica, média e especializada (de alta complexidade), bem como urgência e emergência, atenção hospitalar, vigilância sanitária, epidemiológica e ambiental e assistência farmacêutica.

Especialmente em relação aos serviços de atenção especializada, os usuários apresentam a necessidade de cuidados diferenciados os quais implicam a utilização de profissionais e tecnologias especializados, encarecendo, assim, a atenção a ser prestada.

Diante do alto custo a que podem estar associados os serviços de atenção especializada, e segundo a diretriz do Ministério da Saúde de que as tecnologias ofertadas deverão ser utilizadas em economia de escala, ou seja, segundo uma relação custo-benefício, a partir da hierarquização e regionalização daquelas, os pacientes ficam à mercê da alocação de recursos e à espera da efetiva prestação dos serviços, os quais, por vezes, não são prestados ou não o são de forma satisfatória/adequada.

Vê-se, portanto, que o acesso aos serviços de atenção especializada no SUS encontra-se fragilizado nos âmbitos político e econômico, não estando imune à desigualdade social e à iniquidade do acesso à saúde, que se acentuam com a desproporção entre a demanda e a oferta de serviços; os custos com a prestação da assistência especializada; e a ausência de informação adequada aos usuários.

Diante dessa constatação, e à luz da Bioética da Proteção, propõe-se com o presente trabalho refletir acerca da vulnerabilidade das populações que não têm acesso ao adequado serviço público de saúde, sobretudo em áreas de alta complexidade.

A Bioética da Proteção permite, portanto, repensar a (i)moralidade na prestação pública do direito à saúde, com vistas ao acesso equitativo aos serviços de atenção especializada, de modo a trazer o usuário do serviço público sanitário para dentro do processo de tomada de decisões em saúde pública, em consonância com o princípio da participação da comunidade, uma das diretrizes do SUS.

2 A SAÚDE NAS CONSTITUIÇÕES BRASILEIRAS E A CRIAÇÃO DO SUS EM 1988

A saúde passou por um processo de evolução do seu referencial teórico e valorativo até alcançar a forma estampada na CF/1988, precisamente no artigo 196, de direito subjetivo e dever do Estado, isso porque a história remonta a inabilidade do Estado para tratar da saúde dos seus cidadãos.

No contexto imperial, a saúde se revelou discriminatória à parcela de doentes e incapaz de atender às epidemias, inexistindo no texto da Constituição Imperial dispositivos relacionados à saúde.

Prosseguindo para a República Velha (1889-1930), destacou-se certa omissão do poder público, haja vista preponderar na época o caráter liberal de Estado, não sendo ainda revelada a saúde como uma questão social. Em que pese a criação das caixas de aposentadoria e pensões e os institutos de previdência, a assistência sanitária não visava ao acesso universal ao sistema, de modo que o trabalhador sem carteira de trabalho ficava desassistido pelo Estado, dependente da caridade e da filantropia (PICORELLI, 2019, p. 3).

A partir da CF/1934, passou-se a prever a competência federal para cuidar da saúde, por meio de normas gerais sobre a matéria, perfazendo a atuação do Estado de modo unilateral, porquanto as ações centralizavam-se no ente federal (FURLANETO, 2011, p. 188).

Em 1946, a Constituição da Organização Mundial da Saúde – OMS contribuiu para inserir no âmbito internacional, mesmo que de forma remota, uma concepção embrionária da saúde como um sistema, o qual exige cooperação entre o Estado e os indivíduos.

Nesse mesmo panorama de descentralização e democratização do sistema de saúde, em 1986 explodiu a chamada reforma sanitária, por meio da VIII Conferência Nacional de Saúde, cuja participação contou com entidades comunitárias, profissionais e estudantes da área de saúde, desaguando na implantação do SUS (ALVES, 2014, 61).

Por meio das discussões experimentadas durante a VIII Conferência Nacional de Saúde, no Brasil, a partir da CF/1988 o texto positivado libertou-se da restrição da prestação da saúde apenas àqueles que contribuíssem para a previdência social, inovando no mundo jurídico

brasileiro a concepção de sistema público de saúde para todos, abarcando não somente o viés da saúde como ausência de doenças, como também a sua promoção, proteção e reabilitação, e a saúde como qualidade de vida, devendo ser esse sistema descentralizado, municipalizado e com participação popular garantida (BRASIL, 2009).

O SUS encontra-se regulado principalmente por meio da Lei nº 8.080/90, que dispõe sobre as condições, a organização e o funcionamento dos serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como por meio da Lei n.º 8.142/90, que dispõe sobre o modo de participação dos indivíduos na gestão do SUS e sobre o seu financiamento.

A saúde tratada no Brasil como “sistema” encontra-se diretamente relacionada ao objetivo de organizar ações e serviços de assistência em conformidade à integralidade, igualdade e participação da comunidade, como previsto no artigo 198 da CF/1988. A fim de atingir esse objetivo, a Lei n.º 8.080/1990 estabeleceu a regionalização e hierarquização como princípios organizativos desse sistema.

2.1 A ORGANIZAÇÃO DO SUS SEGUNDO OS PRINCÍPIOS DA REGIONALIZAÇÃO E DA HIERARQUIZAÇÃO

De acordo com o Ministério da Saúde, organizar o sistema de saúde de forma regionalizada compreende “[...] disponibilizar os serviços sanitários mediante níveis crescentes de complexidade, circunscritos a uma determinada área geográfica, planejados a partir de critérios epidemiológicos e com definição e conhecimento da população a ser atendida” (BRASIL, 2017).

A regionalização do sistema sanitário visa garantir o acesso, a resolução, a integralidade e a qualidade dos serviços à população, reduzir as desigualdades territoriais de acesso à saúde e otimizar os recursos com redução de despesas (BRASIL, 2009, p. 203).

A hierarquização, por sua vez, relaciona-se diretamente com as formas de acesso aos serviços pela população de acordo com a descentralização política-administrativa de cada esfera de governo, ocasionando a divisão em níveis de complexidade de atendimento e de recursos disponíveis para cada região (BRASIL, 2017).

Não à toa, as ações e os serviços de saúde que compõe o SUS são amplos, englobando atenção primária, média e alta complexidade, os serviços de urgência e emergência, a atenção hospitalar, as ações e serviços das vigilâncias epidemiológicas, sanitária e ambiental e assistência farmacêutica, todos eles geridos de forma solidária e participativa entre a União, os Estados e os Municípios (BRASIL, 2017).

A atenção primária é o primeiro nível de acesso ao serviço público de saúde e equivale ao grupo de ações que visam prevenir doenças, promover o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde de forma integral, utilizando de tecnologias de baixa densidade (BRASIL, 2011).

Como os procedimentos de saúde não se esgotam na atenção primária, são ofertados à população os níveis de serviços de média e alta complexidade, sendo de média complexidade os serviços que demandam a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos para diagnóstico e tratamento, a exemplo de cirurgias ambulatoriais, procedimentos trauma-ortopédicos, radiodiagnóstico, ultrassonografia, anestesia, prótese, e de alta complexidade aqueles serviços que envolvem alta tecnologia e alto custo, como assistência ao paciente oncológico, ao portador de doença renal crônica, cirurgias vasculares e cardiovasculares, neurocirurgias, entre outros (BRASIL, 2011, p.11-12).

Apesar de a nova roupagem dada pela CF/1988 à saúde fincar as bases para um melhor aproveitamento das políticas públicas sanitárias, por meio dos princípios da regionalização e da hierarquização, permanecem os desafios sobre como executá-las, mormente em razão da desigualdade de acesso e da ausência de informação adequada aos seus usuários.

Torna-se, portanto, basilar investir na consciência de cada cidadão no sentido de que a saúde é de interesse de todos, fomentando o envolvimento da comunidade nos assuntos de gestão e controle do SUS, em consonância com o princípio da participação popular, uma das diretrizes do SUS, a seguir abordado.

2.2 A CONSTRUÇÃO NORMATIVA DA PARTICIPAÇÃO POPULAR NO SUS

Embora o SUS tenha sido instituído a partir da CF/1988, e regulamentado na década de 90, deve-se observar que a criação do Conselho Nacional de Saúde – CNS é anterior, datando de 1937, por meio da Lei n.º 378, de 13 de janeiro de 1937, sendo, juntamente com o Conselho Nacional de Educação, órgão de cooperação, assistindo ao então Ministério da Educação e Saúde Pública.

Em um primeiro momento, portanto, o CNS limitava-se às questões internas, haja vista que “O Estado não oferecia assistência médica integral à população, a não ser em casos especiais, como tuberculose, hanseníase e doença mental” (BRASIL, 2019, p. 2).

Quando do seu regulamento, por meio do Decreto n.º 34.347, de 08 de abril de 1954, que aprovou o regimento interno do CNS, este passou a ser órgão do Ministério da Saúde – que a esta altura já tinha se dissociado do Ministério da Educação –, com a “[...] finalidade de assistir

o Ministro de Estado na determinação das bases gerais dos programas de proteção à saúde” (artigo 1º do Decreto n.º 34.347/1954).

Os membros do CNS eram designados pelo Presidente da República, por indicação do Ministro de Estado, devendo entre eles possuir pessoas de notória capacidade em assuntos relativos à saúde (artigo 2º do Decreto n.º 34.347/1954).

Já pela década de 1970, e com a onda do movimento de reforma sanitária no Brasil, o CNS teve sua atuação ampliada, passando a “[...] examinar e emitir parecer sobre questões ou problemas relativos à promoção, proteção e recuperação da saúde, que sejam submetidas à sua apreciação pelo Ministro de Estado [...]” (artigo 1º do Decreto n.º 67.300/1970).

Finalmente, na década de 1990, já com o novo modelo de saúde proposto a partir da criação do SUS, na CF/1988, com vistas ao acesso democrático à saúde, novas atribuições foram acarretadas ao CNS, que passou a ter mais membros, incluindo usuários (50%), trabalhadores da saúde, gestores e prestadores de serviços de saúde – estes somando os outros 50% (BRASIL, 2019, p. 2).

A Lei n.º 8.080/1990, em seu artigo 7º, VIII, ao dispor “[...] sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes [...]”, trouxe como um dos princípios do SUS a participação da comunidade nas ações e serviços de saúde.

Na sequência, a Lei n.º 8.142/1990, ao dispor sobre a participação da comunidade na gestão do SUS, instituiu as Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde como efetivas instâncias de controle social, porquanto funcionam como verdadeiros instrumentos de ação, de interlocução e de influência popular na gestão do SUS, aperfeiçoando o controle social por meio da fiscalização, do fornecimento de informações e da reivindicação do cumprimento de políticas públicas (BRASIL, 2019, p. 2).

A Conferência de Saúde deverá se reunir a cada quatro anos para avaliar a situação da saúde, propondo diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, com a representação de vários segmentos sociais, e será convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde (artigo 1º, §1º, da Lei n.º 8.142/1990).

O Conselho de Saúde, por sua vez, é um órgão colegiado de caráter deliberativo e permanente que atua na formação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na respectiva instância, inclusive no que diz respeito aos aspectos econômicos e financeiros. O Conselho de Saúde, enquanto órgão colegiado, é composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, e suas decisões serão homologadas

pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo (artigo 1º, §2º, da Lei n.º 8.142/1990).

Além das pessoas já citadas, o CNS também é integrado por “[...] movimentos sociais, instituições governamentais e não-governamentais, entidades de profissionais de saúde, comunidade científica, entidades de prestadores de serviço e entidades empresariais da área da saúde” (BRASIL, 2019, p. 1). Essa multiplicidade de atores no CNS já permite inferir a razão dele ser chamado de controle social na saúde, uma vez que, ao fiscalizar, acompanhar e monitorar as políticas públicas de saúde, leva as demandas da população ao Poder Público.

Como se vê, a participação popular e o controle social no SUS são legalmente assegurados em diversas legislações no ordenamento jurídico pátrio. Nada obstante, o usuário do SUS ainda se encontra em posição de vulnerabilidade no contexto da saúde pública, quer seja pela falta de acesso ou acesso tardio a medicamentos e tratamentos de alto custo, quer seja por questões burocráticas associadas à prestação da saúde no SUS.

3 A VULNERABILIDADE NO CONTEXTO DA SAÚDE PÚBLICA E A PRESTAÇÃO DA SAÚDE PELO ESTADO

A CF/1988 estampa uma concepção ampla sobre saúde, uma vez que perpassa pelas ideias de ausência de doença e de prevenção da enfermidade, ao tempo em que relaciona a noção de saúde com a de qualidade de vida, de modo que a saúde pública se preocupa “[...] com a saúde e o bem-estar de indivíduos e populações de humanos, considerados em seus contextos (ou ambientes) naturais, tecnológicos, sociais e culturais, e relacionados com a cultura dos direitos humanos [...]” (SCHRAMM, 2017, p. 1533).

Em linhas gerais, costuma se pensar acerca da saúde voltada, ainda que de forma inconsciente, para a doença, seja de modo a preveni-la, seja para revertê-la, ou para de alguma forma alcançar o bem-estar, reconhecendo que grupos em situação socioeconômica precária estão mais propícios a desenvolver doenças, inclusive em nível incapacitante, e, de forma inversamente proporcional, têm menor acesso aos cuidados de saúde os quais, quando prestados, têm a qualidade questionada (LORENZO, 2006, p. 300).

A proteção ao indivíduo vulnerado ou suscetível pode ser concebida, portanto, em duas dimensões: negativa e positiva:

- (1) uma proteção “negativa”, entendida como conjunto de medidas de prevenção contra o adoecimento e as ameaças em geral que afetam (ou podem afetar) a qualidade de vida de uma população de indivíduos humanos;

(2) uma proteção “positiva”, entendida como aquilo que “promove” e favorece o autodesenvolvimento humano, e que é uma condição necessária para o exercício de sua autonomia (SCHRAMM, 2017, p. 1536).

Gadamer (2006, p. 113-114) ensina que o estado de falta, de desarmonia, de desequilíbrio, de perturbação até o restabelecimento do equilíbrio vital transfere à noção de saúde um caráter oculto, que varia e se revela em cada indivíduo a partir das suas condições biológicas e ambientais.

Por certo, o estado de desarmonia vital citado pelo referido autor é capaz de colocar o sujeito na condição de vulnerabilidade, o que abarca o sentido etimológico da “susceptibilidade de ser ferido” (NEVES, 2006, p. 158), seja pelo estado de debilidade física e emocional em razão da doença, como também em razão do indivíduo se encontrar no estado de dependência do amparo estatal e da família para o tratamento da enfermidade até a recuperação e promoção do seu bem-estar e, por fim, pela ausência de informação e de domínio da técnica para, por si só, enfrentar a doença.

Precisamente no contexto da saúde pública, a vulnerabilidade pode ser conceituada da seguinte forma: “[...] o estado de sujeitos e comunidades nos quais a estrutura de vida cotidiana, determinada por fatores históricos ou circunstanciais momentâneos têm influência negativa sobre os fatores determinantes e condicionantes de saúde” (LORENZO, 2006, p. 300).

Com base neste conceito, a redução da vulnerabilidade no contexto da saúde pública, portanto, depende, necessariamente, da formulação e da implementação de políticas públicas que combatam as desigualdades sociais, visando reduzi-las. Essas políticas públicas deverão, ainda, contemplar a saúde nas dimensões de promoção, proteção e recuperação (LORENZO, 2006, p. 300-301) e, inclua-se, a prevenção.

Para tanto, as políticas públicas deverão ser desenvolvidas segundo, ao menos, quatro fases: “1) reconhecimento de uma demanda social; 2) tomada de decisão para execução de uma política pública dirigida àquela demanda; 3) planejamento das ações e cálculo de custo; 4) implementação, manutenção e supervisão da política em curso” (LORENZO, 2006, p. 303).

O Estado, portanto, deve adotar políticas públicas sanitárias capazes de garantir a oferta de serviços de modo eficiente, a partir da construção de um corpo de profissionais de saúde atualizados e atentos ao atendimento humanizado, além de empregar ações e estratégias voltadas à ampliação das redes credenciadas a fim de facilitar o acesso, a utilização de equipamentos modernos e o uso de tecnologia.

Outrossim, visando mitigar a vulnerabilidade no contexto da saúde pública, o Estado deve viabilizar o financiamento de pesquisa na área sanitária, inclusive fomentando campanhas sanitárias sobre o que é o SUS e os serviços contemplados pela rede credenciada, bem como

quais os procedimentos para acessá-la, implantando técnicas de gestão e financiamento que permitam reduzir a burocracia, viabilizando, assim, de forma crescente, a integração do sistema sanitário, tendo em vista que o acesso a serviços qualificados costuma ser objeto de demandas judiciais, diante da ineficiência da prestação da saúde pública no país.

3.1 AS DEMANDAS JUDICIAIS PARA ACESSO A SERVIÇOS QUALIFICADOS

O sistema de prevenção, de promoção e de recuperação previsto na CF/88 para a saúde ampliou consideravelmente o conjunto de ações a serem desenvolvidas pelo Estado a fim de manter o funcionamento eficiente desse sistema.

O desafio de cumprir com o dever exposto no artigo 196 da CF/88 de modo a garantir o direito à saúde para todos não está imune a falhas. Existem fatores que contribuem para a inefetividade de direitos fundamentais, como a saúde, a exemplo da falta de vontade política, a eleição de prioridades do governo em desacordo com as prioridades previstas no texto constitucional, a atuação administrativa ineficaz, os recursos escassos e a impossibilidade de ampliar a arrecadação (DANTAS, 2009, p.177).

Fato é que o crescente descompasso entre a previsão normativa e o acesso a serviços sanitários qualificados transferiu para o Poder Judiciário o enfrentamento do tema da inefetividade do direito à saúde, ensejando o aumento significativo de demandas judiciais, sobretudo relativas ao fornecimento de medicamentos e à prestação de tratamentos de saúde.

Conforme estudo elaborado pelo Instituto de Ensino e Pesquisa – Inper para o Conselho Nacional de Justiça – CNJ, as demandas judiciais de saúde aumentaram 130% durante os anos de 2008 e 2017 (CNJ, 2019, p. 13).

Em que pese as críticas existentes acerca da intervenção do Poder Judiciário sobre políticas públicas de saúde, o direito de acesso à justiça e o princípio da inafastabilidade da jurisdição garantem a sua legitimidade de atuação bem como viabilizam a democracia na saúde, tendo em vista a possibilidade de eventual desassistência por parte do Estado ser corrigida.

Ocorre que referida intervenção não deve se dar de modo desarrazoado e para além dos limites normativos previamente definidos no âmbito legislativo e executivo. Isso porque a criação de políticas públicas não é função típica afeta ao Poder Judiciário.

O Supremo Tribunal Federal – STF no julgamento da Suspensão de Tutela Antecipada nº 175 em 2010 enfrentou a discussão sobre os parâmetros de garantia do direito à saúde pela via judicial, destacando que a dimensão individual do direito à saúde é passível de tutela pelo

Poder Judiciário quando existente política pública. Nada obstante, o Judiciário apreciaria pretensões não previstas em lei sob o fundamento do direito à vida de maneira excepcional.

É certo que as demandas de saúde estão necessariamente vinculadas ao direito à vida, assim como a tutela da dignidade, o que transforma a decisão do magistrado em uma tarefa árdua, acompanhada de possíveis conflitos de ordem emocional no contexto de manutenção da vida ou do desconforto provocado pela enfermidade.

A fim de dirimir decisões desconexas ao planejamento orçamentário para políticas públicas orquestradas pelo Poder Executivo e às escolhas legislativas sobre esse tema, é necessário estabelecer parâmetros para a atuação jurisdicional, censurando fundamentações estritamente emocionais.

Torna-se essencial a atuação do magistrado de acordo com as listas públicas de tecnologias formalmente incorporadas pelo SUS, como a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – RENAME e a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde – RENASES, bem como a utilização dos protocolos estabelecidos pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS – CONITEC, já que são formulados para garantia de acesso e racionalização do gasto público.

Ainda, recomenda-se a preferência por medicamentos que possuem comercialização em território brasileiro e de menor custo, assim como o registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, haja vista ser este o órgão competente para verificar a eficácia, a segurança e a qualidade dos produtos bem como o benefício do seu uso aliado ao fator custo.

Cumpram também destacar o apoio técnico aos magistrados por meio do Núcleo de Avaliação de Tecnologia da Saúde – NAT JUS. A disponibilidade de equipe multiprofissional para conceder informações sobre a eficácia de determinada substância, a imprescindibilidade e a urgência de eventual tratamento ou a existência de procedimento substitutivo dotará a decisão judicial de fundamentação qualificada a negar ou a conceder a pretensão.

Em que pese tais diretrizes não sejam absolutas e infalíveis para toda e qualquer prestação apresentada ao magistrado, já que as necessidades humanas são infinitas em contraponto a finitude dos recursos, tratam-se de medidas que viabilizam a atuação dos tribunais de forma bem demarcada e criteriosa, evitando eventual violação ao princípio da separação dos poderes.

3.2 A POSIÇÃO DO STF ACERCA DA RESPONSABILIDADE DO ESTADO NA PRESTAÇÃO À SAÚDE

O Plenário do STF, por ocasião do julgamento da já citada Suspensão de Tutela Antecipada n.º 175, em 17/03/2010, acompanhando à unanimidade o voto do relator, Ministro Gilmar Mendes, estabeleceu, à época, a responsabilidade solidária dos entes federativos na prestação da saúde, asseverando o relator que o alto custo do tratamento ou do medicamento registrado na ANVISA não é capaz, por si só, de impedir o seu fornecimento pelo Poder Público.

O caso em questão referia-se a jovem de 21 (vinte e um) anos de idade portadora de doença neurodegenerativa rara cuja medicação prescrita foi o Zavesca (miglustat), tratamento orçado, à época, em R\$ 52.000,00 (cinquenta e dois mil reais) mensais, tendo, nos autos, provas do estado de saúde da paciente e a necessidade do medicamento prescrito. Em que pese à época da concessão da tutela antecipada o medicamento não se encontrasse registrado na ANVISA, esta ocorreu posteriormente, no curso do processo.

A União argumentou que o medicamento não constava do Protocolo Clínico do SUS e que o uso do medicamento era ineficaz, o que também não prosperou, em virtude da ausência de comprovação da ineficácia do fármaco, considerando, inclusive, que este foi prescrito por médico habilitado e é recomendado pela Agência Europeia de Medicamentos.

Eis que o tema da judicialização da saúde continua atual, diante, sobretudo, da morosidade estatal e da burocracia associada ao fornecimento do medicamento e/ou tratamento no contexto da Saúde Pública, de modo que comumente pacientes e familiares se socorrem do Poder Judiciário para a efetivação do direito à saúde, enquanto o ente federativo, não raras vezes, argumenta a existência de grave lesão à ordem e à economia em caso de prestações individuais no âmbito judicial, sobretudo diante do alto custo a que pode estar associado o medicamento e/ou tratamento pretendido, discutindo-se até mesmo a possibilidade de o Estado ser obrigado judicialmente fornecer ou não o medicamento não registrado na ANVISA, bem como a responsabilidade dos entes na prestação da saúde.

Sobre o dever do Estado de fornecer medicamento não registrado na ANVISA (Tema 500), o Plenário do STF, em sessão realizada no dia 22/05/2019 (acórdão divulgado em 24/10/2019), fixou a tese de que o Estado, via de regra, não pode ser obrigado, por decisão judicial, a fornecer medicamentos experimentais, salvo se em caso de mora irrazoável da ANVISA em apreciar o pedido de registro, portanto ultrapassando em demasiado o prazo máximo de 90 (noventa) dias disposto na Lei n.º 13.411, de 28 de dezembro de 2016.

E mesmo em caso de mora irrazoável da ANVISA, ainda se faz necessária a presença de três requisitos, a saber: (i) existência de pedido de registro do medicamento no Brasil, salvo quando se tratar de medicamentos órfãos para doenças raras e ultrarraras; (ii) a existência de registro do medicamento em renomadas agências de regulação no exterior; e (iii) a inexistência de substituto terapêutico com registro no Brasil.

Nesses casos de demandas envolvendo medicamentos sem registro na ANVISA, estas deverão ser propostas necessariamente em face da União. Foi a tese fixada a partir do *leading case* Recurso Extraordinário – RE 657718, originário de Minas Gerais, no qual a recorrente, Alcirene de Oliveira, pretendia, em face do Estado de Minas Gerais, o medicamento Mimpara 30mg (Cinacalcet), o qual veio a ser registrado pela ANVISA em 2013, posteriormente ao protocolo do recurso, em 19/09/2011.

Em 17/11/2011, a repercussão geral já havia sido reconhecida e em 18/12/2016, como o medicamento já estava, a esta altura, registrado na ANVISA, foi implementada medida acauteladora determinando o fornecimento do medicamento, no prazo de 48h (quarenta e oito horas), sob pena de multa diária no valor de R\$ 500,00 (quinhentos reais), limitada a R\$ 500.000,00 (quinhentos mil reais). Apenas em outubro/2017, portanto quase um ano após o deferimento da medida liminar, foi que o Estado de Minas Gerais disponibilizou o medicamento. Antes, contudo, que a tese fosse fixada pelo STF, e o recurso fosse julgado, em 2019, a recorrente veio a óbito.

No que diz respeito à responsabilidade do Estado na prestação da saúde, o Plenário do STF, por acórdão publicado no Diário da Justiça Eletrônico divulgado em 03/06/2019, já tendo anteriormente reconhecido a repercussão geral no RE 855.178, originário de Sergipe, acerca da responsabilidade solidária dos entes estatais acerca da assistência à saúde, incluindo medicamentos e tratamentos médicos, fixou a tese, por maioria, de que o interessado poderá demandar em face de qualquer dos entes federados, isolada ou conjuntamente, no que diz respeito à prestação da saúde, cabendo ao Poder Judiciário, segundo os critérios de descentralização e hierarquização, direcionar o cumprimento segundo as regras de repartição de competências, determinando, ainda, o ressarcimento àquele que tiver suportado o ônus financeiro (Tema 793).

O *leading case* citado consiste em Recurso Extraordinário interposto pela União em face de acórdão do Tribunal Regional Federal da 5ª Região que manteve a sua condenação quanto ao ressarcimento ao Estado de Sergipe pelo custeio da medicação Bosentana (Tracleer 62,5mg / 125 mg) à autora, Maria Augusta da Cruz Santos, que veio a falecer no curso do processo.

Em síntese, invocando o princípio da descentralização, a União argumentou que cabe exclusivamente aos órgãos locais a obrigação de fornecer e custear os medicamentos, pretendendo, com isso, afastar a responsabilidade solidária na promoção da saúde, uma vez que tinha sido condenada a cofinanciar 50% (cinquenta por cento) da aquisição e fornecimento do medicamento almejado nos autos.

Data vênia, tendo em vista o quanto disposto no artigo 198, §1º, da CF/1988, acerca do financiamento do SUS pelos entes federativos, sendo este de competência comum, fixou-se, justamente, a tese da responsabilidade solidária desses nas demandas prestacionais do direito à saúde, a exemplo do fornecimento de medicamentos e do custeio de tratamentos médicos adequados que se façam necessários ao demandante.

À autoridade judicial caberá, portanto, quando da determinação do cumprimento da prestação, observar as regras de repartição de competências, determinando, se for o caso, o ressarcimento àquele que suportou o ônus financeiro.

4 A EQUIDADE NA PROMOÇÃO DA SAÚDE PÚBLICA À LUZ DA BIOÉTICA DA PROTEÇÃO

Sem dúvida são vários e amplos os desafios enfrentados pelos Poderes Executivo e Legislativo a fim de tornar real a previsão no texto constitucional acerca da redução de riscos, proteção, promoção e recuperação da saúde, de forma universal, gratuita e integral, mormente porque os recursos necessários para manter e gerir o sistema de saúde idealizado pela CF/1988 são finitos, contrapondo-se a insaciabilidade das necessidades humanas.

Um desses desafios é o desenvolvimento de estratégias, pelos planejadores e gestores das políticas públicas de saúde, na busca ativa de demandas sociais, uma vez que os grupos vulneráveis têm dificuldade para organizar-se e reivindicar o atendimento às suas demandas (LORENZO, 2006, p. 304-305).

Outro desafio, consoante já comentado, tem a ver com o fornecimento de medicamentos e tratamentos de alto custo pelo Poder Público, sendo por vezes tardio ou inexistente esse fornecimento em virtude de questões burocráticas associadas à prestação da saúde no SUS. É o que pondera Têmis Limberger (2010, p.222) no que diz respeito à estrutura burocrática capaz de tornar a prestação sanitária algo penoso e estressante:

É uma estrutura burocrática enorme, que torna a busca do medicamento ou do tratamento de saúde uma verdadeira “via crucis” fazendo com que a pessoa que dele necessita se veja em um emaranhado de repartição de competências entre os entes da federação com relação às responsabilidades que cada um tem.

As alternativas administrativas não existem em todos os estados e o recurso ao Poder Judiciário também é um longo caminho. Então, quando o cidadão já está fragilizado com a enfermidade enfrentar todos esses percalços, fazer movimentar toda esta estrutura burocrática é algo penoso.

É dentro desse contexto que a bioética volta a sua proteção ao tema da promoção da saúde pública, a fim de que as escolhas trágicas inafastáveis nas políticas públicas de saúde possuam legitimidade moral e social, por meio da equidade (SCHRAMM, 2017, p. 1531).

Em particular, a BP [Bioética da Proteção] pretende ocupar-se da moralidade das atividades práticas da SP [Saúde Pública], entendidas como pertencente ao campo amplo da biopolítica e que, no Brasil, devem ter em conta a proposta do Sistema Único de Saúde (SUS) que em princípio garante acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país, mas que deve confrontar-se com inúmeras críticas acerca das contradições e dilemas envolvidos na ação governamental efetiva no campo da saúde. Considerando que tais atividades devem ser geridas “pragmaticamente”, isto é, preocupando-se com os efeitos concretos – sobretudo os “daninhos” – que resultam da adoção de uma determinada política, e verificando se tais efeitos estão de acordo com a eficácia e a efetividade na realização de seus programas acerca da saúde e do bem-estar da população, e se são “sustentáveis” tanto do ponto de vista econômico e social como ambiental, sem esquecer que a saúde do mundo é indivisível e constitui um bem comum que é necessário e possível expandir em toda parte (SCHRAMM, 2016, p. 1532).

A Bioética da Proteção, portanto, permite uma “[...] reflexão ética sobre a justiça sanitária em situações de escassez”, de modo a exigir uma divisão equitativa de serviços sanitários disponíveis a todos, o que preleciona a seleção de parâmetros de distribuição dos recursos com adoção de critérios relacionados à justiça distributiva, cujos fundamentos traduzidos por Rawls visam prestigiar em situações de escassez o interesse da maioria (SCHRAMM, 2017, p. 1533; RAWLS, 2008, p. 17-18).

Diante das questões relativas sobretudo a aspectos coletivos dos sistemas de saúde e das políticas sanitárias, as quais perpassam pela análise dos princípios da justiça e da equidade, Paulo Antônio de Carvalho Fortes (2010, p. 47-50) resolveu questionar a cerca de 20 (vinte) bioeticistas brasileiros “O que seria um sistema de saúde fundado no princípio da equidade?”, tendo o pesquisador observado que diversos significados podem ser atribuídos à equidade no sistema de saúde, a saber: tratar desigualmente os desiguais na medida da sua desigualdade; priorizar a alocação de recursos para populações mais vulneráveis, inclusive economicamente, como forma de compensar-lhes; maximizar os benefícios, consoante perspectiva utilitarista de maior bem para maior número de pessoas. Alguns bioeticistas, de forma minoritária, associaram, ainda, a equidade à meritocracia, ou seja, equidade como mérito social, e à linguagem dos direitos.

Não obstante a polissemia de equidade para o contexto da saúde pública, e a criação do SUS a partir da Constituição Federal de 1988, a equidade era empregada tão somente no que dizia respeito à alocação de recursos voltados aos vulneráveis, em especial os hipossuficientes econômicos, e apenas nos anos 2000 é que o princípio passou a ser empregado em consonância com a universalidade e o atendimento integral propostos no SUS, a partir das novas práticas de gestão voltadas ao acesso democrático à saúde (FORTES, 2010, p. 49).

A pretensão de acesso democrático ao SUS encontra-se diretamente relacionado com o ideal de macrojustiça uma vez que as escolhas que importam à saúde pública almejam alcançar o maior número de usuários desse sistema.

Ainda que trabalhem com a suposição da existência de um governo sensível às demandas sociais, com vontade e independência política para intervir e com honestidade no uso dos recursos próprios, a qualidade e eficiência das políticas estariam em relação de dependência com, ao menos, três outros aspectos do contexto sociopolítico: a) a quantidade e variabilidade de necessidades geradas pelos grupos vulneráveis; b) a incapacidade dos grupos mais vulneráveis em tornar visíveis suas necessidades; c) as exigências epistemológicas para a adequação da formulação e implantação das políticas públicas de saúde à diversidade cultural e às estruturas de vida cotidiana dos grupos alvos (LORENZO, 2006, P. 303-304).

O processo de tomada de decisões em saúde pública tendo como norte o princípio da equidade, demandará sejam estabelecidas prioridades tanto no que diz respeito ao serviço a ser ofertado quanto na eleição daqueles a quem esses cuidados serão dirigidos, sem perder de vista a universalidade e a integralidade do atendimento, diretrizes do SUS (FORTES, 2008, p. 696).

A limitação dos recursos disponíveis na saúde pública não exime o Poder Público de disponibilizá-los à população, ainda que parte dela não consiga efetivamente acessar o sistema. Nesse sentido, Paulo Antônio de Carvalho Fortes (2008, p. 697) reconhece não ser possível aplicar a ideia de que a ninguém cabe a escolha de quem será o beneficiário dos recursos, ainda que as pessoas tenham igual dignidade. Sugere o autor que as necessidades humanas deverão ser priorizadas/raionadas, sendo essa escolha intrínseca à realidade sanitária, ainda que de forma implícita, quando não se incorporam determinados procedimentos ao sistema como cirurgias estéticas, por exemplo, diante dos custos proibitivos.

Buscando responder “Quais seriam os critérios éticos orientadores de uma boa e justa priorização de recursos referentes aos cuidados de saúde?”, Paulo Antônio de Carvalho Fortes (2008, p. 698) invoca a concepção utilitarista para sustentar “[...] que o correto, o justo, seria priorizar aqueles [recursos públicos nos cuidados de saúde] que proporcionassem mais saúde ao maior número de pessoas”, a exemplo do que ocorre com a vacinação em massa, prevenindo-se várias doenças na sociedade em geral e, ao mesmo, tempo, priorizar as populações

vulneráveis, com a intenção de minimizar os danos sofridos por estes em virtude das desigualdades sociais e sanitárias.

Diante, pois, da escassez dos recursos, e das escolhas trágicas no contexto da saúde pública, a justa priorização dos recursos dependerá de um diálogo entre profissionais da saúde, gestores e comunidades envolvidas para, ao menos, viabilizar a aplicação da equidade e da democracia nos processos de tomadas de decisões nas políticas públicas de saúde.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A CF/1988 alçou o direito à saúde à categoria do direito fundamental, ao tempo em que, por meio da criação do SUS, viabilizou o acesso gratuito, universal e igualitário às ações e serviços de saúde. O SUS encontra-se organizado em níveis de atenção (básica, média e especializada), segundo os níveis de complexidade, podendo-se pensar na construção de uma pirâmide, na qual a base é a atenção primária, o meio é a atenção secundária e o topo a atenção terciária.

Na atenção primária se encontram as unidades de saúde, também conhecidas como “portas de entrada” do sistema para os níveis superior, com maior complexidade. Na atenção secundária estão os serviços ambulatoriais, com especialidade clínica e cirúrgicas, e os de apoio, no que diz respeito ao diagnóstico e à terapêutica, sendo comumente prestados por hospitais gerais, inclusive com atendimento de urgência e emergência. Na atenção terciária, por sua vez, estão os serviços hospitalares de maior complexidade.

Os entes federativos são solidariamente responsáveis na prestação da saúde pública (Tema 793, STF), sendo a União a principal financiadora da saúde pública e a responsável por planejar, criar normas, avaliar e fiscalizar o SUS.

Aos Estados, por sua vez, além da elaboração da política estadual de saúde, cabe apoiar as ações da política nacional de saúde, coordenando as ações do SUS no Estado, além de também cofinanciar a saúde, além dos recursos repassados pela União.

Já os Municípios, com foco maior na prestação da saúde local, é o principal responsável pela atenção básica à saúde da população, uma vez que mais próximo das demandas de cada população específica, cabendo, portanto, administrar os serviços de saúde da cidade, com aplicação de percentual de sua receita na área da saúde, além dos repasses do Estado e da União.

No que diz respeito à prestação de medicamentos, tem-se que o Poder Público não está obrigado a fornecê-lo quando este for experimental (Tema 500, STF), salvo em caráter excepcional, em caso de mora injustificada e desarrazoada da ANVISA e desde que haja pedido

de registro no Brasil, exceto para medicamentos órfãos para doenças raras e ultrarraras; haja registro do medicamento em renomadas agências do exterior; e inexista substituto terapêutico com registro no Brasil.

A prestação da saúde pelo Poder Público, portanto, perpassa por uma análise de custos, na medida em que os recursos são limitados e as demandas de saúde são muitas e plurais. Outrossim, deve-se ter em vista que no nível de atenção terciária, a alta complexidade das ações e serviços do SUS implicam a utilização de tecnologias de ponta e exigem a atuação de profissionais cada vez mais qualificados e especializados, o que igualmente importará em uma elevação dos custos.

A vulnerabilidade dos usuários do SUS, portanto, vai muito além das noticiadas e longas filas de espera e regulação, dentre outros problemas burocráticos, como o próprio acesso a medicamentos constantes de listas oficiais, elaboradas a partir da Relação Nacional de Medicamentos, mas que não são distribuídos ou não o são de forma regular, podendo, inclusive, vir o paciente a óbito pela espera do medicamento.

Diante do estado de vulnerado ou da suscetibilidade do usuário do SUS a sofrer danos, aplica-se a Bioética da Proteção, uma bioética de genealogia latino-americana, como forma de refletir eticamente sobre a justiça sanitária em situações de escassez, tal como cotidianamente se vivencia no SUS.

A fragilização política e econômica do acesso aos serviços e às ações de atenção especializada, reflexo, por vezes, das desigualdades sociais e da conotação pejorativa associada ao SUS, faz com que o usuário do SUS fique em posição vulnerável, apartado do processo de construção e de fiscalização das políticas públicas de saúde quando, ao revés, o SUS tem como uma de suas diretrizes a participação da comunidade.

Pensada a imoralidade na prestação pública de saúde, sustenta-se que os usuários do SUS sejam atuantes no processo de tomada de decisões em saúde pública, devendo, pois, por meio de ação conjunta dos gestores de saúde e dos entes federativos, promover a capacitação daqueles para que tenham condições de mitigar a vulnerabilidade, viabilizando o agir autônomo na saúde pública.

REFERÊNCIAS

ALVES, João Vitor de Souza. **Efetividade, Direito à saúde e Decisão: uma análise hermenêutica entre a atuação judicial e a busca de alternativas**. 2330 fl. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Direito, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2014.

BRASIL. **Lei n.º 378, de 13 de janeiro de 1937.** Dá nova organização ao Ministério da Educação e Saúde Pública. Rio de Janeiro, Presidência da República. DOU 15.01.1937.

BRASIL. **Lei n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990.** Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, Presidência da República. DOU de 31.12.1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Conselho Nacional de Saúde.** Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/apresentacao-cns>>. Acesso em: 22 nov. 2019.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Agravo Regimental na Suspensão de Tutela Antecipada 175 Ceará.** Agravante: União. Agravados: Clarice Abreu de Castro Neves e outros. Relator e Presidente: Ministro Gilmar Mendes. Tribunal Pleno. 17/03/2010. Brasília, Diário de Justiça Eletrônico do dia 29/04/2010.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Recurso Extraordinário n.º 657.718-MG.** Recorrente: Alcirene de Oliveira. Recorrido: Estado de Minas Gerais. Relator: Ministro Marco Aurélio. Relator do acórdão: Ministro Luís Roberto Barroso. Presidência do Ministro Dias Toffoli. Plenário, 22/05/2019. Brasília, Diário de Justiça Eletrônico do dia 24/10/2019.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Recurso Extraordinário n.º 855.178-SE.** Recorrente: União. Recorrida: Maria Augusta da Cruz Santos. Relator: Ministro Luiz Fux. Presidência do Ministro Dias Toffoli. Plenário, 23/05/2019. Brasília, Diário de Justiça Eletrônico do dia 04/06/2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 2.488, de 21 de outubro de 2011.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, DOU 24.10.2011.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS.** Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília, 2011.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS 20 anos.** Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília, 2009. Disponível em: <<https://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/sus20anosfinal.pdf>>. Acesso em: 26 nov. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Saúde (SUS): estrutura, princípios e como funciona.** Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude>>. Acesso em: 26 nov. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Assuntos Administrativos. **SUS 20 anos: a saúde do Brasil/Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Subsecretaria de Assuntos Administrativos.** Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_20anos_saude_brasil.pdf>. Acesso em: 25 nov. 2019.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Judicialização da saúde no Brasil: perfil das demandas, causas e propostas de solução.** Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/wp->

<content/uploads/2019/03/66361404dd5ceaf8c5f7049223bdc709.pdf>>. Acesso em 01 fev. 2020.

DANTAS, Miguel Calmon. O tempo da Expansão do Possível: Solidariedade dirigente sobre a Reserva Orçamentária. In: DANTAS, Miguel Calmon; CUNHA JÚNIOR, Dirley da (Coord.). **Desafios do constitucionalismo brasileiro**. Salvador: Jus Podivm, 2009. p. 121-186.

FORTES, Paulo Antônio de Carvalho. A equidade no sistema de saúde na visão de bioeticistas brasileiros. **Revista da Associação Médica Brasileira**. [online] 2010; 56(1): 47-50. ISSN 0104-4230.

_____. Reflexão bioética sobre a priorização e o racionamento de cuidados de saúde. **Cad. Saúde Pública**. [online]. Rio de Janeiro, 24(3): 696-701, mar, 2008. ISSN 0102-311X.

FURLANETO, Felipe Carnellosi. Direito à saúde e a iniciativa privada o dever estatal e a limitação dos contratos de planos de saúde. **Revista de Direito Privado**. vol. 2/2010, abr-jun, p. 185 - 243, 2010.

GADAMER, Hans-George. **O caráter oculto da saúde**. Petrópolis: Vozes, 2006.

LIMBERGER, Têmis. Burocratização, políticas públicas e democracia, o caminho a ser trilado em busca dos critérios para a efetividade do direito à saúde. In: STRECK, Lenio Luiz; BOLZAN DE MORAIS, José Luis (Orgs). **Constituição, Sistemas Sociais e Hermenêutica**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, v.6, p. 217-231, 2010.

LORENZO, Cláudio. Vulnerabilidade em Saúde Pública: implicações para as políticas públicas. **Revista Brasileira de Bioética**. v. 2, n. 3. p. 299-312, 2006.

NEVES, Maria do Céu Patrão. Sentidos da vulnerabilidade: característica, condição, princípio. **Revista Brasileira de Bioética**. v.2, n. 2, p. 156-12, 2006. Disponível em: <<https://periodicos.unb.br/index.php/rbb/article/view/7966>>. Acesso em: 27 nov. 2019.

PICORELLI, Luiz Fernando. O papel da participação comunitária no SUS. **Revista de Direito e Medicina**. Vol. 1/2019, jan-mar, p. 1-38, 2019.

RAWLS, John. **Uma teoria da Justiça**. Traduzido por Jussara Simões. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

SCHRAMM, Fermin Roland. A bioética de proteção: uma ferramenta para a avaliação das práticas sanitárias? **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 22. p. 1531-1538, 2017.