

**Organizadores**  
**Karlanne Átilla Sousa Martins Lima**  
**Filipe da Silva Coelho**

# **JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL:**

**acesso a medicamentos, tratamentos  
e procedimentos negados pelo SUS e  
planos de saúde**



**2025 - Thesis Editora Científica**

Copyright © Thesis Editora Científica

Copyright do texto © 2025 Os autores

Copyright da edição © 2025 Thesis Editora Científica

Direitos para esta edição cedidos à Thesis Editora Científica pelos autores.

Open access publication by Thesis Editora Científica

Editor-Chefe: Felipe Cardoso Rodrigues Vieira

Diagramação, Projeto Gráfico e Design da Capa: Thesis Editora Científica

Revisão: Os autores



*Licença Creative Commons*

*Judicialização da Saúde no Brasil: acesso a medicamentos, tratamentos e procedimentos negados pelo SUS e planos de saúde* da Thesis Editora Científica está licenciada com uma Licença Creative Commons - Atribuição-NãoComercial-SemDerivações 4.0 Internacional. (CC BY-NC-ND 4.0).

O conteúdo da obra e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores, não representando a posição oficial da Thesis Editora Científica. É permitido o download da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

ISBN: 978-65-83199-17-1

Thesis Editora Científica  
Teresina – PI – Brasil  
contato@thesiseditora.com.br  
www.thesiseditora.com.br



2025

## **Judicialização da Saúde no Brasil: acesso a medicamentos, tratamentos e procedimentos negados pelo SUS e planos de saúde**

### **Autores Principais, Organizadores:**

#### **Karlanne Átilla Sousa Martins Lima**

Possui formação multidisciplinar nas áreas de educação e saúde. É Doutoranda em Gestão em Saúde, aprofundando seus conhecimentos sobre as políticas, a organização e a gestão dos sistemas e serviços de saúde, graduada em Pedagogia e graduanda em Enfermagem. Especialista em Psicopedagogia Clínica e Institucional, com ênfase em Atendimento Psicopedagógico Acadêmico Superior, e em Neuropsicopedagogia Clínica e Institucional. Possui formação em Psicanálise, Neuropsicanálise e Neurociências.

Atua como CEO do Centro Especializado em Aprendizagem (CEA), onde lidera uma equipe multidisciplinar e desenvolve soluções inovadoras para a educação, com foco na otimização da aprendizagem e no desenvolvimento de habilidades cognitivas e socioemocionais.

Também é CEO do Suplementos CEA, empresa dedicada à pesquisa e desenvolvimento de suplementos alimentares que promovem a saúde cognitiva e emocional, sendo a criadora dos produtos Tranquiliz, Cognifocus e Cogneurial.

Tem experiência na coordenação de serviços de apoio psicopedagógico em instituições de ensino superior, atuado como Coordenadora do Núcleo de Atendimento aos Docentes e Discentes (NADD) e do Serviço de Apoio Psicopedagógico (SAPE) na Faculdade Santa Luzia. Também atua como psicopedagoga na Faculdade Santa Luzia, prestando atendimento a estudantes e desenvolvendo projetos de intervenção psicopedagógica.

Acumula experiência como professora universitária, tendo ministrado aulas no curso de graduação em Pedagogia da Faculdade CESTE, e Pós Graduação em Psicopedagogia Clínica e Institusiona na Faculdade FAEPI.

Atua, ainda, como neuropsicopedagoga clínica na Clínica Espaço Evolução, oferecendo atendimento a crianças, adolescentes e adultos com dificuldades de aprendizagem e transtornos do neurodesenvolvimento.

Em sua trajetória profissional, também coordenou o programa federal Criança Feliz (PCF), demonstrando seu compromisso com políticas públicas voltadas para o desenvolvimento infantil.

Escritora e palestrante, compartilha seus conhecimentos e experiências em eventos e publicações, buscando disseminar informações relevantes sobre educação, saúde, desenvolvimento humano e gestão.

Desenvolve pesquisas na interface entre educação, saúde e gestão, com interesse em temas como: judicialização da saúde, políticas públicas de saúde, gestão de serviços de saúde, dificuldades de aprendizagem, neurodesenvolvimento, psicopedagogia e neuropsicopedagogia.

### **Filipe da Silva Coelho**

Possui formação técnica e profissional em Edificações pelo Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Maranhão (IFMA). Bacharel em Direito pela Universidade Estadual do Maranhão (UEMA).

Licenciado em História pelo Programa de Formação Pedagógica da Faculdade Única de Ipatinga/MG (FUNIP). Possui especializações em Direito Civil; Direito Trabalhista e Ciência Política pelo Centro Universitário Leonardo da Vinci (UNIASSELVI).

Especialista em Direitos Humanos e Ressocialização pela Faculdade Única de Ipatinga/MG (FUNIP), possuindo pela mesma instituição o título de MBA Executivo em Gestão Pública. Especialista em Antropologia Cultural e Social pela Faculdade Focus (FOCUS). Pós-graduando no curso de Especialização em Direito Médico e da Saúde pela Faculdade Legale Educacional (FALEG). Mestrando pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Educação da World University Ecumenical (WUE).

Foi Estagiário (2018-2020); Assessor Jurídico (2020-2022) e Residente Jurídico de Pós-Graduação (2022) da Defensoria Pública do Estado do Maranhão - Núcleo Santa Inês.

Advogado devidamente inscrito na Ordem dos Advogados do Brasil (OAB/MA n. 25180), Seccional do Estado do Maranhão, atuando em demandas cíveis, trabalhistas, consumeristas e empresariais. Coordenador, Membro do Núcleo Docente Estruturante e do Conselho de Graduação do Curso de Direito Bacharelado da Faculdade Santa Luzia (FSL).

Professor Universitário na Faculdade Santa Luzia (FSL) no Curso de Direito Bacharelado, ministrando as disciplinas atinentes aos ramos do Direito Civil; Direito

Constitucional; Direito do Trabalho; Direito Ambiental e Desenvolvimento Sustentável; Direito Agrário e do Agronegócio e Ciência Política e Teoria Geral do Estado. Membro da Comissão de Direito das Famílias (Portaria n. 47/2024) e Presidente da Comissão de Direitos Humanos (Portaria n. 14/2025) da Subseção Santa Inês da OAB/MA.

Membro do Instituto Brasileiro de Direito de Família (IBDFAM). Paralelamente, é professor do curso RACE Preparatório, direcionado a bacharéis e acadêmicos de Direito que almejam aprovação no Exame da Ordem dos Advogados do Brasil. Tem interesse e desenvolve pesquisas no campo do Direito e da Educação, no contexto brasileiro e da América Latina, realizando intersecções multidisciplinares entre as temáticas concernentes as Relações Raciais e de Gênero, Fluxos Migratórios e Deslocamentos Forçados, Cultura, Desenvolvimento Sustentável, Políticas Públicas e Direitos Fundamentais.

## **Conselho Editorial**

Felipe Cardoso Rodrigues Vieira – [lattes.cnpq.br/9585477678289843](http://lattes.cnpq.br/9585477678289843)  
Adilson Tadeu Basquerote Silva – [lattes.cnpq.br/8318350738705473](http://lattes.cnpq.br/8318350738705473)  
Andréia Barcellos Teixeira Macedo – [lattes.cnpq.br/1637177044438320](http://lattes.cnpq.br/1637177044438320)  
Eliana Napoleão Cozendey da Silva – [lattes.cnpq.br/2784584976313535](http://lattes.cnpq.br/2784584976313535)  
Rodolfo Ritchelle Lima dos Santos – [lattes.cnpq.br/8295495634814963](http://lattes.cnpq.br/8295495634814963)  
Luís Carlos Ribeiro Alves – [lattes.cnpq.br/9634019972654177](http://lattes.cnpq.br/9634019972654177)  
João Vitor Andrade – [lattes.cnpq.br/1079560019523176](http://lattes.cnpq.br/1079560019523176)  
Bruna Aparecida Lisboa – [lattes.cnpq.br/1321523568431354](http://lattes.cnpq.br/1321523568431354)  
Júlio César Coelho do Nascimento – [lattes.cnpq.br/7514376995749628](http://lattes.cnpq.br/7514376995749628)  
Ana Paula Cordeiro Chaves – [lattes.cnpq.br/4006977507638703](http://lattes.cnpq.br/4006977507638703)  
Stanley Keynes Duarte dos Santos – [lattes.cnpq.br/3992636884325637](http://lattes.cnpq.br/3992636884325637)  
Brena Silva dos Santos – [lattes.cnpq.br/8427724475551636](http://lattes.cnpq.br/8427724475551636)  
Jessica da Silva Campos – [lattes.cnpq.br/7849599391816074](http://lattes.cnpq.br/7849599391816074)  
Milena Cordeiro de Freitas – [lattes.cnpq.br/5913862860839738](http://lattes.cnpq.br/5913862860839738)  
Thiago Alves Xavier dos Santos – [lattes.cnpq.br/4830258002967482](http://lattes.cnpq.br/4830258002967482)  
Clarice Bezerra – [lattes.cnpq.br/8568045874935183](http://lattes.cnpq.br/8568045874935183)  
Bianca Thaís Silva do Nascimento – [lattes.cnpq.br/4437575769985694](http://lattes.cnpq.br/4437575769985694)  
Ana Claudia Rodrigues da Silva – [lattes.cnpq.br/6594386344012975](http://lattes.cnpq.br/6594386344012975)  
Francisco Ronner Andrade da Silva – [lattes.cnpq.br/5014107373013731](http://lattes.cnpq.br/5014107373013731)  
Maria Isabel de Vasconcelos Mavignier Neta – [lattes.cnpq.br/8440258181190366](http://lattes.cnpq.br/8440258181190366)  
Anita de Souza Silva – [lattes.cnpq.br/9954744050650291](http://lattes.cnpq.br/9954744050650291)  
Sara Milena Gois Santos – [lattes.cnpq.br/6669488863792604](http://lattes.cnpq.br/6669488863792604)  
Leônidas Luiz Rubiano de Assunção – [lattes.cnpq.br/4636315219294766](http://lattes.cnpq.br/4636315219294766)  
Jose Henrique de Lacerda Furtado – [lattes.cnpq.br/8839359674024233](http://lattes.cnpq.br/8839359674024233)  
Noeme Madeira Moura Fé Soares – [lattes.cnpq.br/7107491370408847](http://lattes.cnpq.br/7107491370408847)  
Luciene Rodrigues Barbosa – [lattes.cnpq.br/2146096901386355](http://lattes.cnpq.br/2146096901386355)  
Mário César de Oliveira – [lattes.cnpq.br/8924508898024445](http://lattes.cnpq.br/8924508898024445)  
Antonio da Costa Cardoso Neto – [lattes.cnpq.br/9036328153320126](http://lattes.cnpq.br/9036328153320126)

**2025 - Thesis Editora Científica**

Copyright © Thesis Editora Científica

Copyright do texto © 2025 Os autores

Copyright da edição © 2025 Thesis Editora Científica

Direitos para esta edição cedidos à Thesis Editora Científica pelos autores.

Open access publication by Thesis Editora Científica

Editor-Chefe: Felipe Cardoso Rodrigues Vieira

Diagramação, Projeto Gráfico e Design da Capa: Thesis Editora Científica

Revisão: Os autores

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)  
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)**

Judicialização da saúde no Brasil [livro eletrônico] : acesso a medicamentos, tratamentos e procedimentos negados pelo SUS e planos de saúde / organizadores Karlanne Átilla Sousa Martins Lima, Filipe da Silva Coelho. -- Teresina, PI : Thesis Editora Científica, 2025.  
PDF

Vários autores.

Bibliografia.

ISBN 978-65-83199-17-1

1. Direito à saúde 2. Medicamentos - Acesso 3. Pacientes - Direitos e deveres 4. Planos de saúde - Leis e legislação - Brasil 5. SUS (Sistema Único de Saúde) I. Lima, Karlanne Átilla Sousa Martins. II. Coelho, Filipe da Silva.

25-259785

CDD-362.10981

**Índices para catálogo sistemático:**

1. Brasil : Direito à saúde : Acesso a medicamentos :

Problemas sociais 362.10981

Eliete Marques da Silva - Bibliotecária - CRB-8/9380

Thesis Editora Científica  
Teresina – PI – Brasil  
contato@thesiseditora.com.br  
www.thesiseditora.com.br

## APRESENTAÇÃO

**Prezados(as) leitores(as),**

É com grande satisfação que apresento este e-book, **Judicialização da Saúde no Brasil: acesso a medicamentos, tratamentos e procedimentos negados pelo SUS e planos de saúde**, fruto de uma profunda pesquisa e de um compromisso em abordar um tema tão complexo e relevante para a sociedade brasileira.

A obra é resultado de uma colaboração entre a área da saúde, e a expertise jurídica de advogados parceiros, buscando uma abordagem interdisciplinar e completa.

A judicialização da saúde tornou-se um fenômeno crescente no Brasil, refletindo as dificuldades enfrentadas por muitos cidadãos para acessar os serviços e insumos de saúde de que necessitam.

Seja por meio do Sistema Único de Saúde (SUS) ou dos planos de saúde privados, a negativa de cobertura ou a demora no atendimento têm levado pacientes e seus familiares a buscar a via judicial como forma de garantir o direito fundamental à saúde.

Este e-book foi concebido como um **guia abrangente e prático** para profissionais de saúde (com ênfase na atuação da enfermagem), operadores do direito, gestores públicos, estudantes e, principalmente, para os cidadãos que buscam informações claras e precisas sobre seus direitos e sobre as formas de acesso à saúde no Brasil.

A obra está estruturada em oito capítulos que abordam, de forma didática e aprofundada, os seguintes temas:

- **Capítulo 1: O Direito à Saúde no Brasil: Fundamentos Constitucionais e Legais:** Apresenta os fundamentos do direito à saúde na Constituição Federal e nas leis que regulamentam o SUS, fornecendo a base jurídica para a compreensão do tema.
- **Capítulo 2: Judicialização da Saúde: Conceito, Causas e Consequências:** Define o fenômeno da judicialização, analisa suas múltiplas causas e discute suas consequências para o sistema de saúde, para os profissionais e para os pacientes.
- **Capítulo 3: Acesso a Medicamentos no SUS: Desafios e Estratégias Judiciais:** Detalha o processo de acesso a medicamentos no SUS, desde a



RENAME até os medicamentos de alto custo, e apresenta as estratégias administrativas e judiciais para garantir o acesso em caso de negativa.

- **Capítulo 4: Acesso a Tratamentos e Procedimentos Negados pelo SUS: Estratégias Administrativas e Judiciais:** Aborda o acesso a tratamentos e procedimentos (cirurgias, exames, internações) no SUS, as dificuldades enfrentadas pelos pacientes e as estratégias para garantir o acesso, incluindo a atuação do enfermeiro.
- **Capítulo 5: Planos de Saúde: Direitos dos Usuários e Negativas de Cobertura:** Esclarece os direitos dos usuários de planos de saúde, as coberturas obrigatórias, as principais causas de negativa e as estratégias para contestar negativas indevidas, com foco na atuação do enfermeiro.
- **Capítulo 6: O Papel da Enfermagem na Prevenção e no Enfrentamento da Judicialização da Saúde:** Discute como a atuação do enfermeiro, em diferentes níveis de atenção, pode contribuir para a prevenção da judicialização e para o manejo adequado das demandas judiciais.
- **Capítulo 7: Alternativas à Judicialização: Mediação, Conciliação e Câmaras Técnicas:** Apresenta alternativas à judicialização da saúde, como a mediação, a conciliação e as câmaras técnicas, discutindo suas vantagens e desvantagens, e o papel do enfermeiro nesses processos.
- **Capítulo 8: Estudos de Caso e Jurisprudência em Judicialização da Saúde:** Analisa casos reais de judicialização da saúde, com foco na atuação da enfermagem e nas decisões judiciais, e apresenta súmulas e jurisprudência consolidada sobre os temas abordados.

Este e-book se diferencia por sua **abordagem interdisciplinar**, que integra os conhecimentos da área da saúde (com ênfase na enfermagem) e do direito, e por seu **foco na prática**, apresentando informações claras, objetivas e úteis para o dia a dia dos profissionais e dos cidadãos.

A obra busca **empoderar** os leitores, fornecendo-lhes o conhecimento necessário para defender seus direitos e para atuar de forma mais eficaz na prevenção e no enfrentamento da judicialização da saúde.

A **linguagem acessível**, a **apresentação didática** dos conteúdos, a **utilização de exemplos e casos práticos**, e a **inclusão de tabelas e fluxogramas** tornam este e-book

um recurso valioso para todos aqueles que se interessam pelo tema da judicialização da saúde.

Esperamos que esta obra possa contribuir para a qualificação do debate sobre a judicialização da saúde no Brasil, para a formação e a atualização de profissionais de saúde e do direito, e, principalmente, para a garantia do acesso universal, integral e equânime à saúde para todos os brasileiros.

Convidamos você a mergulhar neste rico conteúdo e a utilizar os conhecimentos aqui apresentados para construir um sistema de saúde mais justo, humano e eficiente.

**Boa leitura!**

*Karlanne Átilla Sousa Martins Lima*

*Filipe da Silva Coelho*

## SUMÁRIO

CAPÍTULO 1: O DIREITO À SAÚDE NO BRASIL: FUNDAMENTOS CONSTITUCIONAIS E LEGAIS.....	12
CAPÍTULO 2: ÉTICA E BIOÉTICA: PRINCÍPIOS FUNDAMENTAIS PARA A ENFERMAGEM .....	24
CAPÍTULO 3 ACESSO A MEDICAMENTOS NO SUS: DESAFIOS E ESTRATÉGIAS JUDICIAIS.....	40
CAPÍTULO 4: ACESSO A TRATAMENTOS E PROCEDIMENTOS NEGADOS PELO SUS: ESTRATÉGIAS ADMINISTRATIVAS E JUDICIAIS .....	62
CAPÍTULO 5: PLANOS DE SAÚDE: DIREITOS DOS USUÁRIOS E NEGATIVAS DE COBERTURA .....	97
CAPÍTULO 6: O PAPEL DA ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO E NO ENFRENTAMENTO DA JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE.....	110
CAPÍTULO 7: ALTERNATIVAS À JUDICIALIZAÇÃO: MEDIAÇÃO, CONCILIAÇÃO E CÂMARAS TÉCNICAS.....	121
CAPÍTULO 8: ESTUDOS DE CASO E JURISPRUDÊNCIA EM JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE .....	139

# CAPÍTULO 1: O DIREITO À SAÚDE NO BRASIL: FUNDAMENTOS CONSTITUCIONAIS E LEGAIS

## **Autora Principal**

Karlanne Átilla Sousa Martins Lima<sup>1</sup>

Filipe da Silva Coelho<sup>2</sup>

## **Co-autores**

Maria Eduarda Fabricante do Nascimento<sup>3</sup>

Maria Gorete Marques Cruz<sup>4</sup>

Idelson de Carvalho Queiroz<sup>5</sup>

Cristina Dourado Costa<sup>6</sup>

Nelry Raquel Furtado De Leão<sup>7</sup>

Jeofton Meira Trindade<sup>8</sup>

Edson Rodrigues De Holanda<sup>9</sup>

Rogério Ferreira Da Silva<sup>10</sup>

<sup>1</sup> Doutoranda em Gestão em Saúde. – INTEGRALIZE CORPORATION EDUCAÇÃO. [lattes.cnpq.br/5382147734270548](http://lattes.cnpq.br/5382147734270548). Orcid ID: <https://orcid.org/0009-0006-4135-419X>. E-mail: [karlannelima9@gmail.com](mailto:karlannelima9@gmail.com).

<sup>2</sup> Mestrando Ciências da Educação. World Ecumenical University. Lattes <http://lattes.cnpq.br/9623484413657118>

<sup>3</sup> Graduanda em Direito. Faculdade Santa Luzia – FSL.

<sup>4</sup> Graduanda em Direito. Faculdade Santa Luzia – FSL.

<sup>5</sup> Graduando em Direito. Faculdade Santa Luzia – FSL.

<sup>6</sup> Graduanda em Direito. Faculdade Santa Luzia – FSL.

<sup>7</sup> Graduanda em Direito. Faculdade Santa Luzia – FSL.

<sup>8</sup> Graduando em Direito. Faculdade Santa Luzia – FSL.

<sup>9</sup> Graduando em Direito. Faculdade Santa Luzia – FSL.

<sup>10</sup> Graduando em Direito. Faculdade Santa Luzia – FSL.

## **1. INTRODUÇÃO**

O direito à saúde, consagrado como um direito fundamental social na Constituição Federal de 1988, representa um dos pilares do Estado Democrático de Direito brasileiro e um marco na história das políticas públicas de saúde no país. Compreender os fundamentos constitucionais e legais que sustentam esse direito é essencial para profissionais da saúde, operadores do direito, gestores públicos e, sobretudo, para os cidadãos, que são os titulares desse direito e os principais destinatários das ações e serviços de saúde.

Este capítulo introdutório se propõe a apresentar um panorama abrangente e detalhado sobre o direito à saúde no Brasil, abordando sua evolução histórica, seus

fundamentos constitucionais, a legislação infraconstitucional que o regulamenta, os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), e os desafios para a sua efetivação.

A saúde, antes de ser um direito formalmente reconhecido, é uma **necessidade humana básica**, essencial para a vida, a dignidade e o pleno desenvolvimento das potencialidades individuais e coletivas.

Ao longo da história, a concepção de saúde e a forma como as sociedades lidaram com as questões de saúde e doença variaram significativamente. No Brasil, antes da Constituição de 1988, o acesso à saúde era restrito a determinados grupos sociais, em especial aos trabalhadores com carteira assinada, e a assistência médica era predominantemente privada e curativa. A saúde não era vista como um direito de todos, mas sim como um benefício ou um serviço a ser adquirido no mercado.

A **Constituição Federal de 1988**, conhecida como "Constituição Cidadã", representou uma **ruptura paradigmática** nesse cenário, ao consagrar a saúde como um **direito fundamental social**, em seu artigo 6º, e ao estabelecer, em seu artigo 196, que "a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação".

Essa formulação constitucional estabelece uma **relação intrínseca entre o direito à saúde e a dignidade da pessoa humana**, reconhecendo a saúde como um valor fundamental para a vida individual e coletiva.

O texto constitucional não apenas reconhece o direito à saúde, mas também **impõe ao Estado o dever de garanti-lo**, por meio da formulação e implementação de políticas públicas e da oferta de ações e serviços de saúde.

A Constituição estabelece, ainda, os **princípios e diretrizes** que devem orientar a organização do sistema de saúde brasileiro, como a **universalidade** (acesso para todos), a **integralidade** (atenção a todas as necessidades de saúde), a **equidade** (tratamento diferenciado para os que mais precisam), a **descentralização** (distribuição de responsabilidades e recursos entre os entes federativos), a **regionalização** (organização dos serviços em redes regionalizadas e hierarquizadas) e a **participação social** (controle social do sistema de saúde por meio de conselhos e conferências de saúde).

Para dar concretude aos preceitos constitucionais, foi criado o **Sistema Único de Saúde (SUS)**, regulamentado pelas Leis nº 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde) e nº 8.142/90 (Lei da Participação Social). O SUS é um sistema público, universal, integral e gratuito, que abrange desde ações de promoção da saúde e prevenção de doenças até a assistência hospitalar de alta complexidade. O SUS é financiado com recursos da seguridade social (contribuições sociais) e com recursos dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios.

A **Lei nº 8.080/90**, conhecida como Lei Orgânica da Saúde, detalha os princípios, diretrizes e organização do SUS, estabelecendo as competências de cada ente federativo na gestão do sistema, definindo as áreas de atuação do SUS (vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, saúde do trabalhador, assistência farmacêutica, etc.) e criando os mecanismos de financiamento e controle social. A **Lei nº 8.142/90**, por sua vez, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS, instituindo os Conselhos de Saúde e as Conferências de Saúde como espaços de controle social e de formulação de políticas de saúde.

Além da Constituição e das Leis Orgânicas da Saúde, diversas outras leis, decretos, portarias e resoluções do Ministério da Saúde e de outros órgãos regulamentam aspectos específicos do direito à saúde, como a **Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)**, a **Política Nacional de Humanização (PNH)**, a **Política Nacional de Assistência Farmacêutica**, a **Política Nacional de Saúde Mental**, entre outras.

A **Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)**, criada pela Lei nº 9.961/00, é responsável pela regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades das operadoras de planos de saúde e da assistência suplementar à saúde.

Apesar dos avanços normativos e da criação do SUS, a **efetivação do direito à saúde** no Brasil ainda enfrenta **enormes desafios**. O **subfinanciamento crônico do SUS**, a **má gestão dos recursos**, a **desigualdade no acesso** aos serviços de saúde, a **fragmentação do cuidado**, a **precarização das condições de trabalho** dos profissionais de saúde e a **judicialização da saúde** são alguns dos problemas que dificultam a plena realização do direito à saúde no país.

A **judicialização da saúde**, em particular, tem se tornado um fenômeno cada vez mais relevante no Brasil, com um número crescente de ações judiciais que buscam

garantir o acesso a medicamentos, tratamentos, procedimentos e leitos hospitalares negados pelo SUS ou por planos de saúde. A judicialização, embora seja um instrumento legítimo para a garantia de direitos, também pode gerar distorções e iniquidades no sistema de saúde, além de sobrecarregar o Poder Judiciário e impactar o orçamento público.

Nesse contexto, a **atuação dos profissionais de saúde**, em especial dos **enfermeiros**, é fundamental para a garantia do direito à saúde. Os enfermeiros, como profissionais que estão na linha de frente do cuidado, têm um papel crucial na identificação das necessidades de saúde dos pacientes, na orientação sobre seus direitos, na promoção do acesso aos serviços de saúde e na defesa de um cuidado de qualidade, integral e humanizado.

O conhecimento aprofundado sobre o direito à saúde, sobre a legislação que o regulamenta e sobre o funcionamento do SUS é essencial para que os enfermeiros possam atuar de forma ética, responsável e comprometida com a efetivação desse direito fundamental.

Este capítulo, portanto, se propõe a fornecer aos profissionais de saúde, em especial aos enfermeiros, e aos operadores do direito, um panorama abrangente e atualizado sobre o direito à saúde no Brasil, abordando seus fundamentos constitucionais e legais, os princípios e diretrizes do SUS, os desafios para a sua efetivação e o papel dos profissionais de saúde nesse contexto.

A compreensão desses temas é fundamental para a construção de um sistema de saúde mais justo, equânime e resolutivo, e para a garantia do direito à saúde como um direito fundamental de todos os cidadãos brasileiros.

1.1. A Saúde na Constituição Federal de 1988: Direito Fundamental e Dever do Estado

A Constituição Federal de 1988 (CF/88) representou um marco fundamental na história do direito à saúde no Brasil. Antes dela, a saúde não era tratada como um direito universal e integral, mas sim como um benefício restrito a trabalhadores com carteira assinada, ou como um serviço a ser adquirido no mercado.

A CF/88 rompeu com essa lógica, estabelecendo a saúde como um **direito fundamental social**, inerente a todo cidadão brasileiro, e um **dever do Estado**.

O artigo 6º da CF/88 elenca a saúde entre os direitos sociais, ao lado da educação, do trabalho, da moradia, entre outros. Essa inclusão no rol dos direitos sociais significa que a saúde é considerada um **direito essencial para a dignidade da pessoa humana** e para o pleno exercício da cidadania.

Não se trata de um mero favor ou concessão do Estado, mas sim de um direito que pode ser exigido pelos cidadãos.

O artigo 196 da CF/88, por sua vez, detalha o direito à saúde, estabelecendo que:

*"A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação."*

Este artigo é a **pedra angular** do direito à saúde no Brasil. Ele estabelece:

- I. **Direito de Todos:** A saúde é um direito de *todos*, independentemente de raça, gênero, orientação sexual, condição socioeconômica, idade, ou qualquer outra característica. Isso inclui brasileiros natos, naturalizados e estrangeiros residentes no país.
- II. **Dever do Estado:** O Estado (em todas as suas esferas – União, Estados, Distrito Federal e Municípios) tem o *dever* de garantir o direito à saúde. Não se trata de uma faculdade, mas de uma obrigação constitucional.
- III. **Políticas Sociais e Econômicas:** A garantia do direito à saúde não se resume à oferta de serviços de saúde. O Estado deve formular e implementar políticas sociais e econômicas mais amplas que visem à melhoria das condições de vida da população e à redução das desigualdades sociais, que são determinantes do processo saúde-doença.
- IV. **Redução do Risco de Doença e de Outros Agravos:** O Estado deve atuar na prevenção de doenças e agravos à saúde, por meio de ações de vigilância em saúde, promoção da saúde e educação em saúde.



- V. **Acesso Universal e Igualitário:** O acesso aos serviços de saúde deve ser universal (para todos) e igualitário (sem discriminação). Isso significa que todos os cidadãos devem ter o direito de acessar os serviços de saúde de que necessitam, independentemente de sua capacidade de pagar.
- VI. **Promoção, Proteção e Recuperação:** O direito à saúde abrange todas as dimensões do cuidado: a promoção da saúde (ações que visam melhorar a qualidade de vida e reduzir a vulnerabilidade a doenças), a proteção da saúde (ações que visam prevenir doenças e agravos) e a recuperação da saúde (ações que visam ao tratamento e à reabilitação).

O artigo 197 da CF/88 estabelece que as ações e serviços de saúde são de **relevância pública**, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle. Isso significa que, mesmo quando prestados por instituições privadas, os serviços de saúde estão sujeitos à regulação e ao controle do Estado.

O artigo 198 da CF/88 estabelece os **princípios organizativos do Sistema Único de Saúde (SUS)**:

- **Descentralização:** A gestão do SUS é descentralizada, com responsabilidades compartilhadas entre a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios.
- **Direção Única:** Em cada esfera de governo, há uma única direção do SUS (Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais de Saúde e Secretarias Municipais de Saúde).
- **Atendimento Integral:** A assistência à saúde deve ser integral, abrangendo todos os níveis de atenção (da atenção básica à alta complexidade) e todas as ações necessárias (promoção, prevenção, tratamento e reabilitação).
- **Participação da Comunidade:** A comunidade deve participar da gestão do SUS, por meio de conselhos de saúde e conferências de saúde.

O artigo 199 da CF/88 permite a participação da **iniciativa privada** no SUS, de forma complementar, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

O artigo 200 da CF/88 detalha as **atribuições do SUS**, que incluem:  
Controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde.

Participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos.

- Executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica.
- Promover a saúde do trabalhador.
- Ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde.
- Participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico.
- Incrementar o desenvolvimento científico e tecnológico na área da saúde.
- Fiscalizar e inspecionar alimentos, bebidas e águas para consumo humano.

**Tabela 1 - Artigos da Constituição Federal de 1988 Relacionados ao Direito à Saúde**

Artigo	Conteúdo Principal
Art. 6º	Elenca a saúde como um direito social fundamental.
Art. 196	Define a saúde como direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.
Art. 197	Estabelece que as ações e serviços de saúde são de relevância pública, cabendo ao Poder Público dispor sobre sua regulamentação, fiscalização e controle.
Art. 198	Define os princípios organizativos do SUS: descentralização, direção única, atendimento integral e participação da comunidade.
Art. 199	Permite a participação da iniciativa privada no SUS, de forma complementar.
Art. 200	Detalha as atribuições do SUS.

**Fonte:** Elaborado pelo autor (2024), com base na Constituição Federal de 1988.

A Constituição de 1988, portanto, estabeleceu um **modelo de saúde abrangente e inovador**, que reconhece a saúde como um direito fundamental e um dever do Estado, e que busca garantir o acesso universal e igualitário aos serviços de saúde. A criação do SUS representou um avanço significativo na concretização desse direito, mas a sua efetiva implementação ainda enfrenta desafios importantes.

1.2. A Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/90) e a Lei nº 8.142/90: Regulamentando o SUS

A Constituição Federal de 1988, embora tenha estabelecido os fundamentos do direito à saúde e criado o Sistema Único de Saúde (SUS), necessitava de regulamentação para que seus preceitos pudessem ser efetivamente implementados. Essa regulamentação veio com a aprovação das Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90, conhecidas como Leis Orgânicas da Saúde.

A **Lei nº 8.080/90**, de 19 de setembro de 1990, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Ela detalha os princípios, diretrizes e objetivos do SUS, estabelece as competências de cada ente federativo na gestão do sistema, define as áreas de atuação do SUS, cria os mecanismos de financiamento e controle social, e regulamenta a participação complementar da iniciativa privada no SUS.

#### **Principais pontos da Lei nº 8.080/90:**

- I. **Princípios e Diretrizes do SUS:** Reafirma os princípios da universalidade, integralidade e equidade, e detalha as diretrizes da descentralização, regionalização, hierarquização, participação da comunidade e resolutividade.
  - **Objetivos do SUS:** Define os objetivos do SUS, como a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde, a formulação de política de saúde, a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.
  - **Organização e Funcionamento do SUS:** Estabelece as competências da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na gestão do SUS, define as instâncias de gestão (Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite), e

regulamenta a organização dos serviços em redes regionalizadas e hierarquizadas.

- **Áreas de Atuação do SUS:** Define as áreas de atuação do SUS, como vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, saúde do trabalhador, assistência terapêutica integral (incluindo farmacêutica), saúde bucal, entre outras.
- **Financiamento do SUS:** Estabelece as fontes de financiamento do SUS (recursos da seguridade social e recursos dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios) e os critérios para a transferência de recursos entre os entes federativos.
- **Participação Complementar da Iniciativa Privada:** Regulamenta a participação da iniciativa privada no SUS, estabelecendo que essa participação deve ser complementar e que as entidades filantrópicas e sem fins lucrativos têm preferência.
- **Recursos Humanos:** Trata da política de recursos humanos do SUS e sua formação.

A **Lei nº 8.142/90**, de 28 de dezembro de 1990, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. Ela cria os **Conselhos de Saúde** e as **Conferências de Saúde** como instâncias de controle social e de participação da comunidade na formulação, acompanhamento e avaliação das políticas de saúde.

## II. Principais pontos da Lei nº 8.142/90:

- **Conselhos de Saúde:** Define a composição, as atribuições e o funcionamento dos Conselhos de Saúde, em cada esfera de governo (federal, estadual e municipal). Os Conselhos de Saúde são órgãos colegiados, permanentes e deliberativos, com composição paritária (50% de representantes dos usuários, 25% de representantes dos trabalhadores da saúde e 25% de representantes dos gestores e prestadores de serviços).
- **Conferências de Saúde:** Define a periodicidade e os objetivos das Conferências de Saúde, que são espaços de debate e deliberação sobre as políticas de saúde, com ampla participação da sociedade.

- **Transferências Intergovernamentais:** Regulamenta as transferências de recursos financeiros do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Estaduais e Municipais de Saúde, estabelecendo critérios para a alocação desses recursos.

As Leis Orgânicas da Saúde, em conjunto com a Constituição Federal, constituem o **arcabouço legal do SUS**, estabelecendo os fundamentos, os princípios, as diretrizes, a organização e o funcionamento do sistema de saúde brasileiro.

A compreensão dessas leis é fundamental para todos os profissionais de saúde, em especial para os enfermeiros, que atuam em diferentes níveis de gestão e assistência do SUS.

**Tabela 2: Principais Leis e Normas que regulamentam o Direito à Saúde no Brasil**

Lei/Norma	Descrição
<b>Constituição Federal de 1988 (Art. 6º e 196 a 200)</b>	Estabelece a saúde como direito fundamental social e define os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).
<b>Lei nº 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde)</b>	Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Detalha os princípios, diretrizes e objetivos do SUS, e estabelece as competências de cada ente federativo.
<b>Lei nº 8.142/90</b>	Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. Cria os Conselhos de Saúde e as Conferências de Saúde.
<b>Lei nº 9.656/98 (Lei dos Planos de Saúde)</b>	Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde.
<b>Lei nº 9.961/00</b>	Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).
<b>Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)</b>	Define as diretrizes para a organização da Atenção Primária à Saúde no SUS.
<b>Política Nacional de</b>	Estabelece as diretrizes para a humanização da atenção e da

<b>Humanização (PNH)</b>	gestão em saúde no SUS.
<b>Política Nacional de Assistência Farmacêutica</b>	Define as diretrizes para a garantia do acesso da população a medicamentos seguros, eficazes e de qualidade.

**Fonte:** Elaborado pelo autor (2024).

### 1.3. Desafios e Perspectivas para a Efetivação do Direito à Saúde no Brasil

Apesar dos inegáveis avanços conquistados com a criação do SUS e a promulgação das Leis Orgânicas da Saúde, a **efetivação do direito à saúde** no Brasil ainda enfrenta **grandes desafios**. O acesso universal, integral e equânime aos serviços de saúde, garantido pela Constituição, ainda não é uma realidade para grande parte da população brasileira.

Um dos principais desafios é o **subfinanciamento crônico do SUS**. Os recursos destinados à saúde são insuficientes para atender às crescentes demandas da população, o que se reflete na precariedade de muitos serviços, na falta de equipamentos e insumos, na escassez de profissionais de saúde e nas longas filas de espera para consultas, exames e procedimentos.

A **Emenda Constitucional nº 95/2016**, que estabeleceu um teto para os gastos públicos federais por 20 anos, agravou ainda mais o problema do financiamento do SUS, limitando drasticamente os investimentos em saúde.

A **má gestão dos recursos** é outro problema que afeta a efetividade do SUS. A corrupção, o desvio de verbas, a falta de planejamento e a ineficiência na gestão dos serviços de saúde contribuem para o desperdício de recursos e para a precarização da assistência. A **falta de transparência** e de **controle social** sobre a gestão do SUS também dificulta a identificação e a correção desses problemas.

A **desigualdade no acesso** aos serviços de saúde é um desafio persistente no Brasil. As populações mais vulneráveis, como os moradores de áreas remotas ou de periferias urbanas, as pessoas em situação de rua, os povos indígenas, os quilombolas e as pessoas com deficiência, enfrentam maiores dificuldades para acessar os serviços de saúde, seja por barreiras geográficas, econômicas, culturais ou sociais. A **fragmentação do cuidado**, com a falta de integração entre os diferentes níveis de atenção e a

desarticulação entre os serviços de saúde, também dificulta o acesso e a continuidade da assistência.

A **precarização das condições de trabalho** dos profissionais de saúde é outro desafio importante. Os baixos salários, a falta de planos de carreira, a sobrecarga de trabalho, a exposição a riscos ocupacionais e a violência no ambiente de trabalho são fatores que contribuem para a desmotivação, a rotatividade profissional e a baixa qualidade da assistência. A **valorização dos profissionais de saúde**, com a garantia de condições de trabalho dignas, salários justos e oportunidades de formação e qualificação, é fundamental para a melhoria da qualidade do SUS.

A **judicialização da saúde**, embora seja um instrumento legítimo para a garantia de direitos, tem se tornado um fenômeno cada vez mais frequente no Brasil, com um número crescente de ações judiciais que buscam o acesso a medicamentos, tratamentos e procedimentos negados pelo SUS ou por planos de saúde. A judicialização, se por um lado pode garantir o acesso a direitos individuais, por outro lado pode gerar iniquidades no sistema, sobrecarregar o Poder Judiciário e impactar negativamente o orçamento público.

Para superar esses desafios e garantir a efetivação do direito à saúde no Brasil, é necessário um **esforço conjunto** do Estado, da sociedade civil e dos profissionais de saúde. É fundamental **fortalecer o SUS**, garantindo o seu financiamento adequado, aprimorando a gestão dos recursos, promovendo a equidade no acesso aos serviços, valorizando os profissionais de saúde e investindo na qualificação da assistência. A **participação social** e o **controle social** do SUS são instrumentos essenciais para a construção de um sistema de saúde mais justo, democrático

## CAPÍTULO 2: ÉTICA E BIOÉTICA: PRINCÍPIOS FUNDAMENTAIS PARA A ENFERMAGEM

### **Autora Principal**

Karlanne Átilla Sousa Martins Lima<sup>1</sup>

Filipe da Silva Coelho<sup>2</sup>

### **Co-autores**

Maria Eduarda Fabricante do Nascimento<sup>3</sup>

Maria Gorete Marques Cruz<sup>4</sup>

Idelson de Carvalho Queiroz<sup>5</sup>

Cristina Dourado Costa<sup>6</sup>

Nelry Raquel Furtado De Leão<sup>7</sup>

Jeofton Meira Trindade<sup>8</sup>

Edson Rodrigues De Holanda<sup>9</sup>

Rogério Ferreira Da Silva<sup>10</sup>

<sup>1</sup> Doutoranda em Gestão em Saúde. – Integralize Corporation Educação. [lattes.cnpq.br/5382147734270548](http://lattes.cnpq.br/5382147734270548). Orcid ID: <https://orcid.org/0009-0006-4135-419X>. E-mail: [karlannelima9@gmail.com](mailto:karlannelima9@gmail.com).

<sup>2</sup> Mestrando Ciências da Educação. World Ecumenical University. Lattes <http://lattes.cnpq.br/9623484413657118>

<sup>3</sup> Graduanda em Direito. Faculdade Santa Luzia – FSL.

<sup>4</sup> Graduanda em Direito. Faculdade Santa Luzia – FSL.

<sup>5</sup> Graduando em Direito. Faculdade Santa Luzia – FSL.

<sup>6</sup> Graduanda em Direito. Faculdade Santa Luzia – FSL.

<sup>7</sup> Graduanda em Direito. Faculdade Santa Luzia – FSL.

<sup>8</sup> Graduando em Direito. Faculdade Santa Luzia – FSL.

<sup>9</sup> Graduando em Direito. Faculdade Santa Luzia – FSL.

<sup>10</sup> Graduando em Direito. Faculdade Santa Luzia – FSL.

### 1. INTRODUÇÃO

A **judicialização da saúde** tornou-se um fenômeno proeminente e complexo no cenário brasileiro contemporâneo, caracterizado pelo crescente recurso ao Poder Judiciário para a garantia do acesso a medicamentos, tratamentos, procedimentos e outros bens e serviços de saúde.

Embora o direito à saúde seja um direito fundamental garantido pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado por legislações infraconstitucionais, a sua efetivação encontra barreiras e desafios que levam cidadãos e instituições a buscar a intervenção judicial para assegurar o acesso a prestações de saúde.

Este capítulo se propõe a analisar o fenômeno da judicialização da saúde no Brasil, abordando seu conceito, suas causas multifatoriais, suas consequências para o



sistema de saúde, para os pacientes e para os profissionais, e as possíveis estratégias para o seu enfrentamento.

O termo "judicialização da saúde" refere-se, de forma geral, ao processo pelo qual questões relacionadas à saúde, que tradicionalmente eram decididas no âmbito político-administrativo ou no âmbito da relação médico-paciente, passam a ser objeto de decisões judiciais.

Trata-se da busca, por meio de ações judiciais, da garantia do acesso a bens e serviços de saúde que, por diferentes razões, não foram disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) ou por operadoras de planos de saúde.

A judicialização pode envolver tanto a **demanda por medicamentos** (de alto custo, não padronizados, para doenças raras, etc.) quanto a **demanda por tratamentos e procedimentos** (cirurgias, exames, internações, terapias, etc.), bem como questões relacionadas à **regulação do acesso**, à **qualidade dos serviços** e à **responsabilidade dos profissionais e das instituições de saúde**.

A judicialização da saúde não é um fenômeno exclusivo do Brasil, mas tem assumido proporções significativas no país, com um número crescente de ações judiciais que demandam do Estado e das operadoras de planos de saúde o fornecimento de prestações de saúde.

Embora a judicialização possa ser vista como um **instrumento legítimo para a garantia de direitos individuais**, em especial o direito fundamental à saúde, ela também gera **impactos e controvérsias** no sistema de saúde, no orçamento público, na equidade do acesso e na autonomia dos gestores e profissionais de saúde.

As **causas da judicialização da saúde** são múltiplas e complexas, envolvendo fatores relacionados à organização e ao funcionamento do sistema de saúde, à legislação e à regulamentação do setor, à atuação dos profissionais de saúde, às expectativas dos pacientes e à cultura da judicialização, que se disseminou no país.

Dentre os principais fatores, destacam-se:

- **Ineficiência e Desorganização do SUS:** A dificuldade de acesso a consultas, exames, medicamentos e tratamentos no SUS, as longas filas de espera, a falta de infraestrutura e de profissionais em muitas localidades, e a má gestão dos recursos públicos contribuem para que muitos cidadãos recorram à Justiça para garantir o acesso a serviços e insumos de saúde.

- **Negativas de Cobertura por Planos de Saúde:** As operadoras de planos de saúde frequentemente negam cobertura a procedimentos, medicamentos e tratamentos, alegando que não estão previstos no rol da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) ou que se trata de tratamentos experimentais, o que leva muitos usuários a buscar a via judicial para garantir seus direitos.
- **Incorporação de Novas Tecnologias e Tratamentos:** O rápido avanço da ciência e da tecnologia na área da saúde tem levado ao desenvolvimento de novos medicamentos, tratamentos e procedimentos, muitas vezes de alto custo, que nem sempre são incorporados rapidamente ao SUS ou aos planos de saúde. Isso gera uma demanda crescente por esses novos recursos, que muitas vezes só é atendida por meio de ações judiciais.
- **Falta de Informação e Comunicação Inadequada:** A falta de informação clara e transparente sobre os direitos dos pacientes, sobre o funcionamento do SUS e dos planos de saúde, e sobre as opções terapêuticas disponíveis contribui para a judicialização. A comunicação inadequada entre profissionais de saúde e pacientes também pode gerar insatisfação e desconfiança, levando à busca pela via judicial.
- **Atuação da Mídia e de Associações de Pacientes:** A mídia, ao divulgar casos de sucesso de pacientes que obtiveram acesso a tratamentos por meio de decisões judiciais, e as associações de pacientes, ao defenderem os direitos de seus associados, também contribuem para o aumento da judicialização.
- **Cultura da Judicialização:** A crescente judicialização em diversas áreas da vida social, não apenas na saúde, reflete uma cultura de litigiosidade e de busca pela via judicial como forma de resolver conflitos e garantir direitos.
- **Deficiência de Mecanismos Administrativos de Resolução de Conflitos:** A falta ou ineficiência de ouvidorias, centrais de atendimento e outros mecanismos administrativos para a resolução de conflitos entre usuários e prestadores de serviços de saúde contribui para que as demandas sejam levadas diretamente ao Poder Judiciário.
- **Ativismo Judicial:** Em alguns casos, a atuação proativa do Poder Judiciário, que concede decisões favoráveis aos pacientes mesmo em casos em que não há

previsão legal ou contratual para a cobertura do tratamento, também pode ser apontada como um fator que contribui para a judicialização.

As **consequências da judicialização da saúde** são diversas e afetam diferentes atores do sistema de saúde. Para o **SUS**, a judicialização pode gerar um **impacto financeiro significativo**, obrigando o Estado a custear medicamentos e tratamentos de alto custo não previstos em seus orçamentos, o que pode comprometer o financiamento de outras ações e serviços de saúde.

Além disso, a judicialização pode **desorganizar a gestão do SUS**, ao impor a alocação de recursos de forma não planejada e ao criar desigualdades no acesso, privilegiando aqueles que têm acesso à justiça em detrimento dos demais usuários.

Para os **planos de saúde**, a judicialização também representa um **custo adicional**, com o pagamento de indenizações, multas e honorários advocatícios, além do custo dos tratamentos e procedimentos determinados judicialmente. A judicialização pode, ainda, gerar **insegurança jurídica** para as operadoras, que ficam sujeitas a decisões judiciais imprevisíveis.

Para os **pacientes**, a judicialização pode ser um **caminho para garantir o acesso a tratamentos** que lhes foram negados, mas também pode envolver um **processo longo, desgastante e incerto**.

Além disso, a judicialização individual pode gerar **iniquidades no sistema**, pois nem todos os pacientes têm condições de arcar com os custos de um processo judicial ou têm acesso a informações e apoio jurídico para defender seus direitos.

Para os **profissionais de saúde**, a judicialização pode gerar **insegurança e medo de processos**, levando a uma **medicina defensiva**, com a solicitação excessiva de exames e a realização de procedimentos desnecessários, visando evitar futuras ações judiciais. A judicialização também pode **afetar a relação médico-paciente**, gerando desconfiança e dificultando a tomada de decisão compartilhada.

Este capítulo se propõe a realizar uma **análise crítica e aprofundada** do fenômeno da judicialização da saúde no Brasil, abordando seus múltiplos aspectos e buscando compreender suas causas, consequências e possíveis soluções.

Serão discutidos os **fundamentos do direito à saúde**, a **organização e o funcionamento do SUS e dos planos de saúde**, as **principais causas de judicialização**, o **impacto da judicialização para os diferentes atores do sistema de**

**saúde, as alternativas à judicialização e o papel dos profissionais de saúde, em especial dos enfermeiros**, na prevenção e no enfrentamento da judicialização.

Espera-se, com isso, contribuir para um debate qualificado sobre o tema e para a construção de estratégias que visem a garantir o acesso equânime e universal à saúde, sem comprometer a sustentabilidade e a eficiência do sistema de saúde.

## 2.1. O Que é Judicialização da Saúde? Definição, Tipologias e Panorama Brasileiro

A judicialização da saúde é um fenômeno complexo e multifacetado que, em sua essência, consiste na **transferência para o Poder Judiciário da decisão sobre a alocação de recursos e a definição de políticas de saúde**. Em outras palavras, trata-se da busca, por meio de ações judiciais, da garantia do acesso a bens e serviços de saúde que não foram disponibilizados administrativamente, seja pelo Sistema Único de Saúde (SUS), seja por operadoras de planos de saúde. Essa busca pode ser individual, por um único paciente, ou coletiva, por meio de associações, do Ministério Público ou da Defensoria Pública.

É crucial diferenciar a judicialização da saúde de outras formas de judicialização.

A judicialização, em sentido amplo, é o crescente protagonismo do Judiciário na resolução de conflitos em diversas áreas da sociedade.

Na saúde, essa judicialização assume contornos específicos devido à sua ligação direta com um **direito fundamental social**, o direito à saúde, e à complexidade das questões envolvidas, que frequentemente tocam em temas como vida, morte, sofrimento e dignidade humana.

A judicialização da saúde não é um fenômeno exclusivamente brasileiro, mas tem se manifestado de forma intensa no país, com um *crescimento exponencial* do número de processos judiciais que demandam do Estado e das operadoras de planos de saúde o fornecimento de prestações de saúde.

Esse crescimento é multifatorial, resultado da interação de elementos como a organização do sistema de saúde, a legislação sanitária, as expectativas dos pacientes, a atuação dos profissionais de saúde e do direito, e a própria cultura da judicialização, que se disseminou no Brasil nas últimas décadas.

A **tipologia** das demandas judiciais na área da saúde é vasta, abrangendo:

- **Acesso a Medicamentos:** Esta é, disparadamente, a principal causa de judicialização da saúde. As demandas podem envolver:
- **Medicamentos de alto custo:** Medicamentos com preços elevados, frequentemente utilizados para o tratamento de doenças raras, câncer e outras condições graves.
- **Medicamentos não padronizados pelo SUS:** Medicamentos que não constam na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) ou em outros protocolos clínicos do SUS.
- **Medicamentos *off-label*:** Medicamentos utilizados para indicações terapêuticas diferentes daquelas aprovadas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).
- **Medicamentos experimentais:** Medicamentos que ainda não possuem registro na ANVISA ou que estão em fase de pesquisa clínica.

**Acesso a Tratamentos e Procedimentos:** As demandas podem envolver:

- I. Cirurgias (eletivas ou de urgência).
- II. Exames diagnósticos (especialmente os de alta complexidade).
- III. Internações hospitalares (incluindo leitos de UTI).
- IV. Terapias (fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional, etc.).
- V. Órteses e próteses.
- VI. Tratamentos para doenças raras.
- VII. Tratamentos multidisciplinares.

**Questões Relacionadas à Regulação do Acesso:**

- Demora na marcação de consultas e exames.
- Falta de vagas em hospitais de referência.
- Negativa de transferência de pacientes.
- Problemas com filas de espera.

**Demandas relacionadas a planos de saúde:**

- I. Negativa de cobertura, baseada em diversas alegações.
- II. Reajustes abusivos.

O **panorama brasileiro** da judicialização da saúde é caracterizado por um **crecente número de processos**, um **alto custo para o sistema de saúde** e um **impacto significativo na gestão e na organização dos serviços**. Dados do Conselho Nacional de Justiça (CNJ) demonstram que a judicialização da saúde tem crescido exponencialmente nos últimos anos, com um volume expressivo de novas ações judiciais a cada ano. Esse crescimento tem gerado preocupação em gestores públicos, profissionais de saúde, operadores do direito e na sociedade em geral.

É importante ressaltar que a judicialização da saúde, embora seja um instrumento legítimo para a garantia de direitos individuais, não deve ser vista como a principal ou única forma de acesso à saúde.

Ela é, em muitos casos, um **reflexo das falhas e deficiências do sistema de saúde**, que não consegue atender adequadamente às demandas da população. A judicialização, em si, não resolve os problemas estruturais do sistema, e pode, em alguns casos, gerar **iniquidades** (favorecendo quem tem acesso à justiça em detrimento dos demais) e **desorganizar a gestão** dos serviços de saúde.

A judicialização da saúde é, portanto, um fenômeno complexo, que exige uma análise cuidadosa e aprofundada, a fim de que se possam identificar suas causas, suas consequências e as possíveis estratégias para o seu enfrentamento.

A busca por soluções para a judicialização da saúde deve envolver um **amplo debate social**, com a participação de todos os atores envolvidos (gestores públicos, profissionais de saúde, operadores do direito, pacientes, sociedade civil organizada), e deve se pautar pelos princípios da **integralidade, da equidade e da sustentabilidade** do sistema de saúde.

## 2.2. Causas Multifatoriais da Judicialização: Uma Análise Detalhada

A judicialização da saúde, como já mencionado, é um fenômeno complexo, resultante de uma interação de múltiplos fatores. Compreender essas causas é fundamental para propor estratégias de prevenção e mitigação desse processo. As causas podem ser agrupadas, didaticamente, em algumas categorias principais:

### 2.2.1. Deficiências do Sistema Único de Saúde (SUS):

O SUS, apesar de seus princípios nobres de universalidade, integralidade e equidade, enfrenta desafios crônicos que impactam diretamente o acesso da população aos serviços de saúde e, conseqüentemente, contribuem para a judicialização.

- I. **Subfinanciamento Crônico:** O financiamento do SUS é historicamente insuficiente para atender às crescentes demandas da população. A Emenda Constitucional nº 95/2016, que congelou os gastos federais em saúde por 20 anos, agravou ainda mais esse cenário, limitando drasticamente os investimentos no setor. A falta de recursos financeiros se traduz em escassez de medicamentos, equipamentos, insumos e profissionais, além de infraestrutura precária em muitas unidades de saúde.
- II. **Má Gestão e Ineficiência:** Além da insuficiência de recursos, o SUS sofre com problemas de gestão, como desperdício de recursos, desvios, corrupção, falta de planejamento, ausência de sistemas de informação eficientes e falta de controle e avaliação das ações e serviços. A má gestão compromete a qualidade da assistência e a resolutividade do sistema.
- III. **Desigualdades Regionais e Sociais no Acesso:** O acesso aos serviços do SUS é desigual, com grandes disparidades entre as regiões do país e entre diferentes grupos populacionais. Populações que vivem em áreas remotas, em periferias urbanas ou em situação de vulnerabilidade social enfrentam maiores dificuldades para acessar os serviços de saúde, seja por barreiras geográficas, econômicas, culturais ou sociais.
- IV. **Longas Filas de Espera e Demora no Atendimento:** A demanda por serviços de saúde no SUS é superior à oferta, o que gera longas filas de espera para consultas, exames, cirurgias e outros procedimentos. A demora no atendimento pode agravar o estado de saúde dos pacientes, gerar sofrimento e levar à busca pela via judicial.
- V. **Fragmentação do Cuidado e Falta de Coordenação:** A falta de integração entre os diferentes níveis de atenção (primária, secundária e terciária) e a desarticulação entre os serviços de saúde dificultam a continuidade do cuidado e comprometem a integralidade da assistência. O paciente, muitas

vezes, precisa percorrer um verdadeiro "labirinto" dentro do sistema, sem ter suas necessidades atendidas de forma integral e coordenada.

### *2.2.2. Problemas Relacionados à Saúde Suplementar (Planos de Saúde):*

No setor privado, as operadoras de planos de saúde também contribuem para a judicialização da saúde, principalmente por meio de negativas de cobertura.

**Negativas de Cobertura:** As operadoras de planos de saúde frequentemente negam a cobertura de procedimentos, medicamentos e tratamentos, alegando que não estão previstos no rol da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que se trata de tratamentos experimentais, que o paciente não cumpriu o período de carência, ou que a doença é preexistente. Muitas dessas negativas são consideradas abusivas pela Justiça, e os pacientes recorrem ao Poder Judiciário para garantir seus direitos.

**Reajustes Abusivos:** Os reajustes das mensalidades dos planos de saúde, especialmente dos planos individuais e familiares, têm sido frequentemente questionados na Justiça, por serem considerados abusivos e por não corresponderem à variação dos custos dos serviços de saúde.

**Cláusulas Contratuais Abusivas:** Muitos contratos de planos de saúde contêm cláusulas consideradas abusivas, que limitam os direitos dos usuários e dificultam o acesso aos serviços contratados. Essas cláusulas, muitas vezes, são questionadas judicialmente.

### *2.2.3. Avanços Tecnológicos e a Incorporação de Novas Tecnologias:*

O rápido desenvolvimento de novas tecnologias em saúde, com o surgimento de medicamentos, tratamentos e procedimentos cada vez mais sofisticados e de alto custo, é outro fator que contribui para a judicialização. A incorporação dessas novas tecnologias no SUS e nos planos de saúde nem sempre acompanha a velocidade dos avanços científicos, gerando uma demanda crescente por esses recursos, que muitas vezes só é atendida por meio de ações judiciais.

A **falta de critérios claros e transparentes** para a incorporação de novas tecnologias no SUS e a **demora na análise** dos pedidos de incorporação pela Comissão



Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC) contribuem para o aumento da judicialização.

#### *2.2.4. Cultura da Judicialização, Informação e Atuação de Outros Atores:*

A judicialização da saúde também é influenciada por fatores culturais e sociais, como a **cultura da judicialização**, que se disseminou no Brasil nas últimas décadas, e a **atuação de diferentes atores** que contribuem para o aumento do número de ações judiciais.

**Cultura da Judicialização:** A crescente judicialização em diversas áreas da vida social, não apenas na saúde, reflete uma cultura de litigiosidade e de busca pela via judicial como forma de resolver conflitos e garantir direitos. Essa cultura é alimentada pela facilidade de acesso à Justiça, pela atuação de advogados especializados em direito da saúde e pela divulgação de casos de sucesso na mídia.

**Informação (ou Desinformação):** O acesso à informação sobre saúde, por meio da internet, da mídia e de outros canais, tem aumentado o conhecimento dos pacientes sobre seus direitos e sobre as opções terapêuticas disponíveis. No entanto, a disseminação de informações incorretas ou incompletas, e a divulgação de casos de sucesso de judicialização sem a devida contextualização, podem gerar expectativas irreais e levar a um aumento desnecessário do número de ações judiciais.

**Atuação da Mídia:** A mídia, ao divulgar casos de pacientes que obtiveram acesso a tratamentos por meio de decisões judiciais, pode, inadvertidamente, estimular a judicialização, ao apresentar essa via como a única ou a mais eficaz para a resolução de problemas de acesso à saúde.

**Atuação de Associações de Pacientes:** As associações de pacientes têm um papel importante na defesa dos direitos dos pacientes e na luta por acesso a tratamentos e medicamentos. Muitas associações oferecem apoio jurídico aos seus associados e promovem ações coletivas para garantir o acesso a direitos.

**Atuação do Ministério Público e da Defensoria Pública:** O Ministério Público e a Defensoria Pública, como órgãos de defesa dos direitos sociais, têm atuado de forma crescente na área da saúde, ajuizando ações civis públicas e outras medidas judiciais para garantir o acesso a serviços e insumos de saúde para a população.

### 2.2.5 O papel do Judiciário na Judicialização da Saúde

O Poder Judiciário tem um papel importante no contexto da judicialização. Por um lado, atua como guardião dos direitos fundamentais, garantindo que o direito à saúde seja respeitado. Por outro lado, as decisões judiciais podem ter um impacto significativo no orçamento público e na gestão do sistema de saúde, principalmente por conta do Ativismo Judicial.

**Tabela 3- Causas da Judicialização da Saúde**

<b>Causas</b>	<b>Descrição</b>
<b>Ineficiência/Desorganização do SUS</b>	Subfinanciamento crônico, má gestão, desigualdade no acesso aos serviços, longas filas de espera, falta de infraestrutura e de profissionais, fragmentação do cuidado.
<b>Negativas de Planos de Saúde</b>	Negativas de cobertura (alegações de doença preexistente, procedimento fora do rol da ANS, carência, tratamento experimental, etc.), reajustes abusivos, cláusulas contratuais abusivas.
<b>Avanço Tecnológico</b>	Rápida incorporação de novas tecnologias e tratamentos de alto custo, nem sempre disponíveis no SUS ou nos planos de saúde. Demora na análise e incorporação de novas tecnologias pela CONITEC.
<b>Falta de Informação/Comunicação</b>	Falta de informação clara e transparente sobre direitos dos pacientes, comunicação inadequada entre profissionais de saúde e pacientes.
<b>Cultura da Judicialização e Outros Atores</b>	Cultura de litigiosidade, atuação da mídia, de associações de pacientes, do Ministério Público e da Defensoria Pública, facilidade de acesso à justiça, ativismo judicial.
<b>Deficiências nos Mecanismos Administrativos</b>	Ausência ou ineficiência de ouvidorias, centrais de atendimento e outros canais para resolução extrajudicial de conflitos.

<b>Legislação Ampla</b>	A Constituição e as Leis Orgânicas garantem o acesso à saúde de forma genérica, o que abre margem para interpretações diversas e, conseqüentemente, para a judicialização.
-------------------------	--

**Fonte:** Elaborado pelo autor (2024).

Em síntese, a judicialização da saúde é um fenômeno complexo, resultante da interação de múltiplos fatores, que vão desde as deficiências do sistema de saúde até a cultura da judicialização e a atuação de diferentes atores sociais. A compreensão dessas causas é fundamental para a busca de soluções que garantam o direito à saúde de forma equânime e sustentável, sem comprometer a gestão e o financiamento do sistema de saúde.

### 2.3. Conseqüências da Judicialização da Saúde: Impactos no Sistema, nos Profissionais e nos Pacientes

A judicialização da saúde, embora possa ser vista como um instrumento legítimo para a garantia do direito fundamental à saúde, gera uma série de conseqüências que impactam o sistema de saúde como um todo, os profissionais que nele atuam e os próprios pacientes.

Esses impactos, muitas vezes complexos e inter-relacionados, exigem uma análise cuidadosa e aprofundada, a fim de que se possam propor estratégias para mitigar os efeitos negativos da judicialização e para construir um sistema de saúde mais justo, equânime e eficiente.

#### 2.3.1. Impactos no Sistema Único de Saúde (SUS):

- **Impacto Orçamentário e Financeiro:** A judicialização da saúde impõe um ônus financeiro significativo ao SUS, obrigando o Estado a custear medicamentos, tratamentos e procedimentos de alto custo que, muitas vezes, não estão previstos em seus orçamentos ou que não foram incorporados ao sistema por meio dos processos regulares de avaliação de tecnologias em saúde. Esse impacto financeiro pode comprometer o financiamento de outras ações e serviços de saúde, gerando um efeito cascata que prejudica a população como um todo. Estudos demonstram que os gastos do SUS com ações judiciais têm

crescido exponencialmente nos últimos anos, representando uma parcela cada vez maior do orçamento da saúde.

- **Desorganização da Gestão e do Planejamento:** As decisões judiciais, muitas vezes proferidas em caráter de urgência e sem a devida análise técnica e econômica, podem desorganizar a gestão do SUS, obrigando os gestores a alocar recursos de forma não planejada e a remanejar verbas destinadas a outras áreas. Isso pode comprometer a execução de políticas públicas de saúde, a manutenção de programas prioritários e a oferta regular de serviços essenciais.
- **Iniquidade no Acesso:** A judicialização da saúde, ao garantir o acesso a tratamentos e medicamentos para aqueles que recorrem à Justiça, pode gerar iniquidades no sistema, privilegiando um pequeno grupo de pacientes em detrimento da maioria da população, que não tem condições de arcar com os custos de um processo judicial ou que não tem acesso a informações e apoio jurídico para defender seus direitos. A judicialização, em muitos casos, acaba "furando a fila" do SUS, criando um sistema paralelo de acesso à saúde baseado na capacidade de judicializar.
- **Fragilização da Política de Assistência Farmacêutica:** A judicialização de medicamentos, em particular, pode fragilizar a Política Nacional de Assistência Farmacêutica, ao impor ao SUS o fornecimento de medicamentos não padronizados, sem comprovação científica de eficácia e segurança, ou com preços exorbitantes, que não foram submetidos aos processos regulares de avaliação e incorporação de tecnologias em saúde. Isso pode comprometer a sustentabilidade da política de assistência farmacêutica e a garantia do acesso equânime a medicamentos essenciais.

### *2.3.2. Impactos nos Profissionais de Saúde e nos Pacientes:*

A judicialização da saúde não afeta apenas o sistema de saúde em sua dimensão macro, mas também impacta diretamente a vida dos profissionais de saúde e dos pacientes, gerando consequências que se manifestam em diferentes níveis.

### **Impactos nos Profissionais de Saúde:**

- **Insegurança e Medo de Processos:** A crescente judicialização da saúde tem gerado um clima de insegurança e medo entre os profissionais de saúde, que se sentem cada vez mais expostos a processos judiciais, mesmo quando atuam de acordo com os protocolos clínicos e as melhores práticas. O medo de ser processado pode levar à adoção de uma "medicina defensiva", com a solicitação excessiva de exames, a realização de procedimentos desnecessários e a prescrição de medicamentos de forma excessivamente cautelosa, visando evitar futuras ações judiciais.
- **Desgaste Emocional e Estresse:** O envolvimento em processos judiciais, a necessidade de prestar depoimentos, de se defender de acusações e de lidar com a pressão dos pacientes e familiares pode gerar um grande desgaste emocional e estresse para os profissionais de saúde, afetando sua qualidade de vida e seu desempenho profissional.
- **Sobrecarga de Trabalho:** O cumprimento de ordens judiciais, muitas vezes em caráter de urgência, pode sobrecarregar os profissionais de saúde, que precisam alocar tempo e recursos para atender às demandas judiciais, em detrimento de outras atividades assistenciais.
- **Desmotivação e Desvalorização Profissional:** A judicialização da saúde pode contribuir para a desmotivação e a desvalorização dos profissionais de saúde, que se sentem desrespeitados em sua autonomia profissional e em seu conhecimento técnico.

### **Impactos nos Pacientes:**

- **Acesso a Tratamentos:** A judicialização da saúde, em muitos casos, representa a única forma de acesso a medicamentos, tratamentos e procedimentos que foram negados pelo SUS ou pelos planos de saúde. Para muitos pacientes, a via judicial é a última esperança de obter o tratamento necessário para a sua condição de saúde.
- **Processo Longo, Desgastante e Incerto:** No entanto, a busca pela via judicial nem sempre é fácil ou rápida. O processo judicial pode ser longo, burocrático e

desgastante para o paciente e sua família, gerando ansiedade, incerteza e custos financeiros. Além disso, não há garantia de sucesso na ação judicial, e o paciente pode ter seu pedido negado pelo juiz.

- **Possíveis Riscos e Efeitos Colaterais:** Em alguns casos, a judicialização da saúde pode levar ao acesso a tratamentos e medicamentos que não possuem comprovação científica de eficácia e segurança, ou que não são adequados para a condição clínica do paciente. Isso pode expor o paciente a riscos desnecessários e a efeitos colaterais indesejados.
- **Desigualdade e Iniquidade:** A judicialização individual, ao garantir o acesso a tratamentos para aqueles que recorrem à Justiça, pode gerar iniquidades no sistema, pois nem todos os pacientes têm condições de arcar com os custos de um processo judicial ou têm acesso a informações e apoio jurídico para defender seus direitos. Isso pode criar um sistema de "dois níveis", em que alguns pacientes têm acesso a tratamentos de ponta por meio da via judicial, enquanto outros permanecem em longas filas de espera ou sem acesso aos cuidados de que necessitam.
- **Fragilização da relação médico-paciente:** A judicialização pode, em alguns casos, aumentar a tensão e o conflito entre o profissional e o paciente.

Conclusão do Capítulo 2 e do Subtítulo 2.3.2:

A judicialização da saúde, embora possa representar um instrumento legítimo para a garantia do direito individual à saúde, apresenta uma série de consequências que afetam o sistema de saúde como um todo, os profissionais envolvidos e os próprios pacientes.

Os impactos orçamentários para o SUS, a desorganização da gestão, a geração de iniquidades e a fragilização da política de assistência farmacêutica são apenas algumas das consequências negativas da judicialização em larga escala.

Para os profissionais, a insegurança jurídica, o desgaste emocional e a sobrecarga de trabalho são fatores que merecem atenção. E, para os pacientes, embora a judicialização possa representar o acesso a um tratamento negado, ela também pode envolver um processo longo, desgastante e incerto, além de expor o paciente a riscos desnecessários.

É fundamental, portanto, buscar **alternativas à judicialização**, fortalecendo os mecanismos de resolução extrajudicial de conflitos, como a **mediação** e a **conciliação**, aprimorando a **gestão do SUS**, investindo na **prevenção de doenças** e na **promoção da saúde**, e promovendo o **diálogo** entre os diferentes atores do sistema de saúde (gestores, profissionais, pacientes, Judiciário, Ministério Público, etc.).

A construção de um sistema de saúde mais justo, equânime, eficiente e baseado em evidências científicas é o caminho para reduzir a judicialização e garantir o acesso universal e integral à saúde, conforme preconizado pela Constituição Federal.

A atuação dos profissionais de saúde, com destaque para os enfermeiros, na prevenção de conflitos, na orientação aos pacientes sobre seus direitos e na gestão adequada do cuidado, é essencial para minimizar a necessidade de se recorrer à via judicial.

## CAPÍTULO 3 ACESSO A MEDICAMENTOS NO SUS: DESAFIOS E ESTRATÉGIAS JUDICIAIS

### **Autora Principal**

Karlanne Átilla Sousa Martins Lima<sup>1</sup>

Filipe da Silva Coelho<sup>2</sup>

### **Co-autores**

Maria Eduarda Fabricante do Nascimento<sup>3</sup>

Maria Gorete Marques Cruz<sup>4</sup>

Idelson de Carvalho Queiroz<sup>5</sup>

Cristina Dourado Costa<sup>6</sup>

Nelry Raquel Furtado De Leão<sup>7</sup>

Jeofton Meira Trindade<sup>8</sup>

Edson Rodrigues De Holanda<sup>9</sup>

Rogério Ferreira Da Silva<sup>10</sup>

<sup>1</sup> Doutoranda em Gestão em Saúde. – Integralize Corporation Educação. [lattes.cnpq.br/5382147734270548](http://lattes.cnpq.br/5382147734270548). Orcid ID: <https://orcid.org/0009-0006-4135-419X>. E-mail: [karlanelima9@gmail.com](mailto:karlanelima9@gmail.com).

<sup>2</sup> Mestrando Ciências da Educação. World Ecumenical University. Lattes <http://lattes.cnpq.br/9623484413657118>

<sup>3</sup> Graduanda em Direito. Faculdade Santa Luzia – FSL.

<sup>4</sup> Graduanda em Direito. Faculdade Santa Luzia – FSL.

<sup>5</sup> Graduando em Direito. Faculdade Santa Luzia – FSL.

<sup>6</sup> Graduanda em Direito. Faculdade Santa Luzia – FSL.

<sup>7</sup> Graduanda em Direito. Faculdade Santa Luzia – FSL.

<sup>8</sup> Graduando em Direito. Faculdade Santa Luzia – FSL.

<sup>9</sup> Graduando em Direito. Faculdade Santa Luzia – FSL.

<sup>10</sup> Graduando em Direito. Faculdade Santa Luzia – FSL.

### **1. INTRODUÇÃO**

O acesso a medicamentos é um componente essencial do direito fundamental à saúde, garantido pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado por diversas leis e normas infraconstitucionais no Brasil.

A garantia do acesso a medicamentos seguros, eficazes e de qualidade é um dos pilares para a efetivação da integralidade da assistência à saúde, permitindo que os cidadãos tenham acesso aos tratamentos necessários para a prevenção, o controle e a cura de doenças, bem como para o alívio do sofrimento e a melhoria da qualidade de vida.

No contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), o acesso a medicamentos é regulamentado pela Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), que estabelece as diretrizes e os princípios para a organização dos serviços farmacêuticos no



país, e pelo Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF), que trata do acesso a medicamentos de alto custo e para doenças raras.

No entanto, apesar dos avanços normativos e da existência de políticas públicas voltadas para a garantia do acesso a medicamentos, a realidade brasileira ainda é marcada por inúmeros desafios, que vão desde o subfinanciamento do SUS e a má gestão dos recursos até a complexidade dos processos de incorporação de novas tecnologias e a judicialização da saúde.

Este capítulo se propõe a realizar uma análise aprofundada do acesso a medicamentos no SUS, abordando os seguintes tópicos: a Política Nacional de Assistência Farmacêutica e a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME); os Componentes da Assistência Farmacêutica (Básico, Estratégico e Especializado); o acesso a medicamentos de alto custo e para doenças raras; os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) do Ministério da Saúde; as estratégias administrativas e judiciais para garantir o acesso a medicamentos negados pelo SUS; e o papel da enfermagem nesse contexto.

A **Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF)**, instituída pela Portaria GM/MS nº 3.916/98 e atualizada pela Resolução CNS nº 338/2004, é um marco fundamental para a organização da assistência farmacêutica no SUS. A PNAF define a assistência farmacêutica como um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial e visando ao acesso e ao seu uso racional.

A PNAF estabelece como diretrizes a descentralização da gestão, a promoção da equidade no acesso, a integralidade da assistência farmacêutica, a promoção do uso racional de medicamentos, a qualificação dos serviços de assistência farmacêutica, o desenvolvimento científico e tecnológico, e a promoção da produção de medicamentos.

A **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME)**, por sua vez, é um instrumento estratégico da PNAF, que consiste em uma lista de medicamentos considerados essenciais para atender às necessidades de saúde da população brasileira.

A RENAME é elaborada pelo Ministério da Saúde, com base em critérios epidemiológicos, técnicos e econômicos, e é atualizada periodicamente, incorporando novos medicamentos e excluindo aqueles que se tornam obsoletos ou que apresentam

melhor alternativa terapêutica. A RENAME orienta a seleção, a programação, a aquisição, a distribuição e a prescrição de medicamentos no SUS, e serve como referência para a elaboração das listas estaduais e municipais de medicamentos essenciais.

A **assistência farmacêutica no SUS** é organizada em três componentes principais:

- **Componente Básico:** É responsável pelo financiamento e pela aquisição de medicamentos e insumos destinados à atenção primária à saúde, incluindo aqueles utilizados no tratamento de doenças prevalentes e de maior impacto na saúde da população, como hipertensão, diabetes, asma, entre outras. Os medicamentos do Componente Básico são disponibilizados gratuitamente nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e em farmácias credenciadas ao Programa Farmácia Popular do Brasil.
- **Componente Estratégico:** É responsável pelo financiamento e pela aquisição de medicamentos e insumos utilizados no tratamento de doenças de relevância epidemiológica e com impacto socioeconômico, como tuberculose, hanseníase, HIV/AIDS, hepatites virais, endemias focais (ex: malária, dengue) e doenças negligenciadas. Os medicamentos do Componente Estratégico são, em sua maioria, adquiridos de forma centralizada pelo Ministério da Saúde e distribuídos aos estados e municípios.
- **Componente Especializado:** É responsável pelo financiamento e pela aquisição de medicamentos de alto custo e para doenças raras, que não estão contemplados nos demais componentes. O acesso aos medicamentos do Componente Especializado se dá por meio de um processo administrativo específico, que envolve a avaliação de protocolos clínicos, a solicitação do medicamento pelo médico, a autorização por um gestor de saúde e a dispensação em farmácias de alto custo, geralmente vinculadas a hospitais de referência.

O acesso a **medicamentos de alto custo e para doenças raras** representa um desafio particular para o SUS, devido ao elevado custo desses medicamentos e à complexidade dos processos de avaliação e incorporação de novas tecnologias em saúde.

Muitas vezes, os pacientes com doenças raras ou com condições clínicas que exigem medicamentos de alto custo enfrentam dificuldades para obter o tratamento necessário, seja por falta de disponibilidade do medicamento no SUS, seja por demora na análise e na autorização do pedido.

Os **Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT)** do Ministério da Saúde são documentos que estabelecem os critérios para o diagnóstico, o tratamento e o acompanhamento de diversas doenças e agravos, incluindo a indicação de medicamentos e outras terapias. Os PCDT são elaborados com base nas melhores evidências científicas disponíveis e têm como objetivo orientar os profissionais de saúde na tomada de decisão clínica, padronizar o cuidado e garantir a segurança e a efetividade dos tratamentos.

No entanto, a **não inclusão de um medicamento ou tratamento em um PCDT** não significa, necessariamente, que ele não possa ser fornecido pelo SUS. O Supremo Tribunal Federal (STF), em decisão de 2019, estabeleceu que o Estado pode ser obrigado a fornecer medicamentos de alto custo não padronizados pelo SUS, desde que comprovada a sua necessidade e a incapacidade financeira do paciente, e desde que o medicamento possua registro na ANVISA.

Quando um paciente tem o seu pedido de medicamento, tratamento ou procedimento **negado pelo SUS**, seja por questões administrativas, seja por falta de disponibilidade do insumo, ele pode recorrer a diferentes estratégias para garantir o seu direito à saúde. A **primeira via** a ser explorada é a **administrativa**, por meio de recursos junto à própria Secretaria de Saúde responsável, ouvidorias do SUS e, em alguns casos, a busca por apoio em associações de pacientes e entidades de defesa do consumidor.

Caso a via administrativa não seja resolutiva, o paciente pode recorrer à **via judicial**, por meio de uma ação judicial contra o Estado (União, Estado ou Município), com o objetivo de obter uma decisão judicial que obrigue o SUS a fornecer o medicamento, tratamento ou procedimento negado.

Para ingressar com uma ação judicial, o paciente precisará comprovar a sua necessidade de saúde, a negativa do SUS, a sua incapacidade financeira de arcar com os custos do tratamento e, em alguns casos, a existência de registro do medicamento na

ANVISA ou a comprovação da eficácia e segurança do tratamento por meio de evidências científicas.

A **tutela de urgência (liminar)** é um instrumento jurídico que permite ao paciente obter o medicamento ou tratamento de forma imediata, antes do julgamento definitivo da ação judicial, desde que comprovados os requisitos da probabilidade do direito e do perigo de dano ou risco ao resultado útil do processo.

A obtenção de uma liminar em saúde é fundamental para garantir a efetividade do direito à saúde, pois, em muitos casos, a demora no acesso ao tratamento pode causar danos irreparáveis à saúde do paciente.

O **papel do enfermeiro** nesse contexto é fundamental. Ele atua como um importante elo entre o paciente e o sistema de saúde, orientando o paciente sobre seus direitos, auxiliando na obtenção de documentos e informações necessárias para a ação judicial, e acompanhando o paciente durante todo o processo.

O enfermeiro, como profissional que está em contato direto com o paciente e que conhece suas necessidades de saúde, pode fornecer informações relevantes para a elaboração de relatórios e laudos que subsidiem a decisão judicial.

Além disso, o enfermeiro pode atuar como educador em saúde, promovendo o conhecimento sobre os direitos dos pacientes e sobre as formas de acesso aos serviços de saúde, contribuindo para a prevenção da judicialização e para a construção de um sistema de saúde mais justo e equânime.

A **judicialização da saúde**, embora seja um instrumento legítimo para a garantia do direito individual à saúde, apresenta uma série de desafios e consequências para o sistema de saúde como um todo, como o impacto financeiro, a desorganização da gestão, a iniquidade no acesso e a fragilização das políticas públicas de saúde.

Portanto, a busca por **alternativas à judicialização**, como a mediação, a conciliação e o fortalecimento dos mecanismos administrativos de resolução de conflitos, é fundamental para a construção de um sistema de saúde mais eficiente, sustentável e que garanta o acesso universal e integral à saúde. A atuação do enfermeiro, como profissional engajado na defesa dos direitos dos pacientes e na promoção da saúde, é essencial para o enfrentamento da judicialização e para a construção de um SUS mais justo e equânime.

### 3.1.A Política Nacional de Assistência Farmacêutica e a RENAME: Fundamentos, Estrutura e Desafios na Efetivação do Acesso a Medicamentos

O acesso a medicamentos é um componente crucial do direito fundamental à saúde, sendo indispensável para a prevenção, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação de inúmeras condições de saúde. No Brasil, a **Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF)**, estabelecida pela Resolução nº 338/2004 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), constitui o marco regulatório que orienta as ações e os serviços farmacêuticos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). A PNAF define a assistência farmacêutica como um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual quanto coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial e visando ao acesso e ao seu uso racional.

A PNAF se fundamenta em princípios e diretrizes que buscam garantir a integralidade da assistência farmacêutica, a equidade no acesso, a qualidade e a segurança dos medicamentos, a promoção do uso racional, a descentralização da gestão, o desenvolvimento científico e tecnológico, e a participação e o controle social.

Dentre as **diretrizes da PNAF**, destacam-se:

- **Adoção da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME):** A RENAME é um instrumento estratégico da PNAF, que consiste em uma lista de medicamentos considerados essenciais para atender às necessidades de saúde da população brasileira. A RENAME é elaborada pelo Ministério da Saúde, com base em critérios epidemiológicos, técnicos e econômicos, e é atualizada periodicamente, incorporando novos medicamentos e excluindo aqueles que se tornam obsoletos ou que apresentam melhor alternativa terapêutica. A RENAME orienta a seleção, a programação, a aquisição, a distribuição e a prescrição de medicamentos no SUS, e serve como referência para a elaboração das listas estaduais e municipais de medicamentos essenciais. A RENAME não é uma lista *limitativa*, ou seja, o fato de um medicamento não constar na RENAME não significa que ele não possa ser fornecido pelo SUS.
- **Organização da Assistência Farmacêutica em Componentes:** A assistência farmacêutica no SUS é organizada em três componentes principais: o

Componente Básico, o Componente Estratégico e o Componente Especializado. Essa organização visa garantir o acesso a medicamentos para diferentes necessidades de saúde, desde as condições mais prevalentes e de menor complexidade até as doenças raras e de alto custo.

- **Promoção do Uso Racional de Medicamentos:** A PNAF enfatiza a importância da promoção do uso racional de medicamentos, por meio de ações de educação em saúde, orientação farmacêutica, farmacovigilância e combate à automedicação. O uso racional de medicamentos visa garantir que os pacientes recebam os medicamentos adequados para sua condição clínica, na dose correta, pelo tempo necessário e com o menor custo possível.
- **Descentralização da Gestão:** A PNAF preconiza a descentralização da gestão da assistência farmacêutica, com responsabilidades compartilhadas entre a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios. Cada ente federativo tem suas atribuições na organização, no financiamento e na execução das ações de assistência farmacêutica.
- **Participação e Controle Social:** A PNAF estimula a participação da comunidade na gestão da assistência farmacêutica, por meio de conselhos de saúde, conferências de saúde e outros mecanismos de controle social. A participação social é fundamental para a transparência, a legitimidade e a efetividade das políticas de saúde.

A **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME)**, como já mencionado, é um instrumento central da PNAF. A RENAME é uma lista que contém os medicamentos considerados essenciais para atender às necessidades de saúde da maioria da população. Ela é elaborada por uma comissão técnica do Ministério da Saúde, que avalia a eficácia, a segurança, a efetividade e o custo-efetividade dos medicamentos, com base em evidências científicas. A RENAME é atualizada periodicamente, com a inclusão de novos medicamentos e a exclusão daqueles que se tornam obsoletos ou que apresentam alternativas terapêuticas mais vantajosas.

A RENAME é organizada por **níveis de complexidade** da atenção à saúde, contemplando medicamentos para a atenção básica, para a atenção especializada e para programas estratégicos do SUS. A inclusão de um medicamento na RENAME

representa um importante passo para a sua **incorporação ao SUS**, mas não garante, automaticamente, o seu acesso a todos os pacientes que dele necessitam. A disponibilidade efetiva dos medicamentos depende de fatores como o financiamento, a aquisição, a distribuição, a prescrição e a dispensação.

Apesar da importância da RENAME e da PNAF, o **acesso a medicamentos no SUS** ainda enfrenta **inúmeros desafios**. O **subfinanciamento crônico do SUS** é um dos principais obstáculos, limitando a capacidade do sistema de adquirir e distribuir os medicamentos necessários para atender à demanda da população. A **má gestão dos recursos**, a **falta de planejamento**, a **ineficiência na logística de distribuição** e a **corrupção** também contribuem para a falta de medicamentos em muitas unidades de saúde.

Outro desafio importante é a **incorporação de novas tecnologias em saúde**. O rápido avanço da ciência e da tecnologia tem levado ao desenvolvimento de medicamentos cada vez mais sofisticados e de alto custo, que nem sempre são incorporados rapidamente ao SUS. A **demora na análise e na incorporação** de novas tecnologias pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC) e a **falta de critérios claros e transparentes** para a tomada de decisão contribuem para a judicialização da saúde, com muitos pacientes recorrendo à Justiça para ter acesso a esses medicamentos.

A **judicialização de medicamentos**, embora seja um instrumento legítimo para a garantia do direito individual à saúde, tem gerado impactos significativos no SUS, como o aumento dos gastos com medicamentos, a desorganização da gestão e a criação de iniquidades no acesso. A judicialização, em muitos casos, acaba privilegiando um pequeno grupo de pacientes em detrimento da maioria da população, que não tem condições de arcar com os custos de um processo judicial ou que não tem acesso a informações e apoio jurídico para defender seus direitos.

Para enfrentar esses desafios e garantir o acesso equânime e universal a medicamentos no SUS, é fundamental que se fortaleçam as políticas de assistência farmacêutica, que se invista na qualificação da gestão, que se promova o uso racional de medicamentos, que se aprimorem os processos de incorporação de novas tecnologias e que se busquem alternativas à judicialização, como a mediação, a conciliação e o fortalecimento dos mecanismos administrativos de resolução de conflitos.

**Tabela 1 - Componentes da Assistência Farmacêutica no SUS**

Componente	Descrição	Medicamentos Incluídos	Financiamento
Componente Básico (CAB)	Responsável pelo financiamento e aquisição de medicamentos e insumos para a Atenção Primária à Saúde, incluindo aqueles utilizados no tratamento de doenças prevalentes e de maior impacto na saúde da população.	Medicamentos para hipertensão, diabetes, asma, doenças infecciosas comuns, saúde mental, saúde da mulher, saúde da criança, entre outros. Insumos como seringas, agulhas, algodão, etc.	Financiamento tripartite (União, Estados e Municípios). Os recursos federais são transferidos fundo a fundo, de forma regular e automática, para os estados e municípios, que são responsáveis pela aquisição e distribuição dos medicamentos.
Componente Estratégico (CESAF)	Responsável pelo financiamento e aquisição de medicamentos e insumos para o tratamento de doenças de relevância epidemiológica e com impacto socioeconômico, como tuberculose, hanseníase, HIV/AIDS, hepatites virais, endemias focais e doenças negligenciadas.	Medicamentos antirretrovirais, medicamentos para tuberculose e hanseníase, vacinas, imunoglobulinas, inseticidas, entre outros.	Financiamento predominantemente federal. O Ministério da Saúde é responsável pela aquisição centralizada e distribuição dos medicamentos e insumos para os estados e municípios.



Componente Especializado (CEAF)	Responsável pelo financiamento e aquisição de medicamentos de alto custo e para doenças raras, que não estão contemplados nos demais componentes. O acesso a esses medicamentos se dá por meio de um processo administrativo específico, com avaliação de protocolos clínicos.	Medicamentos para doenças raras, medicamentos para câncer, medicamentos para doenças autoimunes, medicamentos para transplantes, entre outros.	Financiamento tripartite, com responsabilidade compartilhada entre União, Estados e Municípios. O acesso aos medicamentos é regulado por Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) do Ministério da Saúde.
---------------------------------	--	--	---

**Fonte:** Elaborado pelo autor (2024), com base na Política Nacional de Assistência Farmacêutica e na legislação vigente.

Em suma, a Política Nacional de Assistência Farmacêutica e a RENAME são instrumentos fundamentais para a organização da assistência farmacêutica no SUS e para a garantia do acesso a medicamentos essenciais. No entanto, a efetivação desse acesso ainda enfrenta desafios importantes, como o subfinanciamento do SUS, a má gestão dos recursos, a demora na incorporação de novas tecnologias e a judicialização da saúde. A superação desses desafios requer um esforço conjunto do Estado, da sociedade civil e dos profissionais de saúde, visando a construção de um sistema de saúde mais justo, equânime e resolutivo.

### 3.2 Os Componentes da Assistência Farmacêutica (Básico, Estratégico e Especializado): Organização, Financiamento e Acesso

A Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde (SUS) é estruturada em três componentes principais, cada um com características, responsabilidades e formas de

financiamento distintas: o Componente Básico (CAB), o Componente Estratégico (CESAF) e o Componente Especializado (CEAF).

Essa organização visa garantir o acesso a medicamentos para diferentes necessidades de saúde, desde as condições mais prevalentes e de menor complexidade, atendidas na Atenção Primária, até as doenças raras e de alto custo, que exigem tratamentos mais complexos e especializados.

### 3.2.1. Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CABAF):

O Componente Básico é a porta de entrada para o acesso a medicamentos no SUS. Ele é responsável pelo financiamento, aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação de medicamentos e insumos destinados à Atenção Primária à Saúde, abrangendo aqueles utilizados no tratamento de doenças prevalentes e de maior impacto na saúde da população, como hipertensão arterial, diabetes mellitus, asma, infecções respiratórias agudas, entre outras.

- **Financiamento:** O financiamento do CABAF é tripartite, ou seja, compartilhado entre a União, os Estados e os Municípios. Os recursos federais são transferidos fundo a fundo, de forma regular e automática, para os estados e municípios, que são responsáveis pela aquisição e distribuição dos medicamentos.
- **Medicamentos e Insumos:** A lista de medicamentos e insumos que compõem o CABAF é definida pelos estados e municípios, com base na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) e nas necessidades de saúde da população local. Geralmente, incluem-se medicamentos para o tratamento de doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs), medicamentos para o tratamento de infecções comuns, analgésicos, anti-inflamatórios, contraceptivos, medicamentos para saúde mental, entre outros. Insumos como seringas, agulhas, algodão e materiais para curativos também fazem parte do CABAF.
- **Acesso:** Os medicamentos do CABAF são disponibilizados gratuitamente nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e em farmácias credenciadas ao Programa Farmácia Popular do Brasil. Para ter acesso aos medicamentos, o paciente deve apresentar a receita médica do SUS, o Cartão Nacional de Saúde (CNS) e um documento de identidade.

- **Gestão:** A responsabilidade da gestão é dos municípios.

### 3.2.2. Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica (CESAF):

O Componente Estratégico é responsável pelo financiamento, aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação de medicamentos e insumos utilizados no tratamento de doenças de relevância epidemiológica e com impacto socioeconômico, ou seja, doenças que afetam um grande número de pessoas ou que geram custos elevados para o sistema de saúde.

- **Financiamento:** O financiamento do CESAF é predominantemente federal. O Ministério da Saúde é responsável pela aquisição centralizada e distribuição dos medicamentos e insumos para os estados e municípios, que, por sua vez, são responsáveis pela dispensação aos pacientes.
- **Medicamentos e Insumos:** O CESAF abrange medicamentos para o tratamento de doenças como tuberculose, hanseníase, HIV/AIDS, hepatites virais, endemias focais (ex: malária, dengue, doença de Chagas), doenças negligenciadas (ex: leishmaniose, esquistossomose), influenza, e também inclui vacinas, imunoglobulinas, soros, insumos para diagnóstico laboratorial e inseticidas.
- **Acesso:** O acesso aos medicamentos do CESAF é regulado por protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas do Ministério da Saúde, e a dispensação é realizada em unidades de saúde específicas, geralmente vinculadas a centros de referência para o tratamento dessas doenças.
- **Gestão:** O Ministério da Saúde.

### 3.2.3. Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF):

O Componente Especializado é responsável pelo financiamento, aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação de medicamentos de alto custo e para doenças raras, que não estão contemplados nos demais componentes. O CEAF é caracterizado pela complexidade do processo de acesso, que envolve a avaliação de critérios clínicos e administrativos, a solicitação do medicamento por meio de um processo administrativo específico, a autorização por um gestor de saúde e a dispensação em farmácias especializadas.

- **Financiamento:** O financiamento do CEAF é tripartite, com responsabilidade compartilhada entre União, Estados e Municípios. No entanto, a maior parte dos recursos é proveniente do Ministério da Saúde.
- **Medicamentos e Insumos:** O CEAF abrange medicamentos para o tratamento de doenças raras, doenças genéticas, câncer, doenças autoimunes, doenças inflamatórias crônicas, transplantes, entre outras condições que exigem medicamentos de alto custo ou de uso contínuo.
- **Acesso:** O acesso aos medicamentos do CEAF é regulado por Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) do Ministério da Saúde, que definem os critérios de inclusão e exclusão de pacientes, os esquemas terapêuticos, os critérios de monitoramento e os critérios de interrupção do tratamento. O paciente deve ser avaliado por um médico especialista, que preencherá um formulário de solicitação do medicamento (LME - Laudo para Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica). Essa solicitação será avaliada por uma comissão de farmácia e terapêutica, que autorizará ou não o fornecimento do medicamento. A dispensação é realizada em farmácias de alto custo, geralmente vinculadas a hospitais de referência.
- **Gestão:** Compartilhada entre os três entes federados.

**Tabela 1 - Comparativo entre os Componentes da Assistência Farmacêutica no SUS**

<b>Característica</b>	<b>Componente Básico (CABAF)</b>	<b>Componente Estratégico (CESAF)</b>	<b>Componente Especializado (CEAF)</b>
<b>Financiamento</b>	Tripartite (União, Estados e Municípios)	Predominantemente federal (Ministério da Saúde)	Tripartite, com maior participação federal.
<b>Aquisição</b>	Descentralizada (Estados e Municípios)	Centralizada (Ministério da Saúde)	Descentralizada, porém regulada
<b>Distribuição</b>	Descentralizada (Estados e Municípios)	Centralizada (Ministério da Saúde)	Descentralizada
<b>Dispensação</b>	Unidades	Unidades de saúde	Farmácias de alto

	Básicas de Saúde (UBS) e Farmácia Popular	específicas, geralmente vinculadas a centros de referência	custo, geralmente vinculadas a hospitais de referência.
<b>Medicamentos/Insumos</b>	Medicamentos e insumos para a Atenção Primária, incluindo doenças prevalentes (hipertensão, diabetes, etc.) e insumos básicos.	Medicamentos e insumos para doenças de relevância epidemiológica e impacto socioeconômico (tuberculose, hanseníase, HIV/AIDS, vacinas, etc.).	Medicamentos de alto custo e para doenças raras.
<b>Acesso</b>	Receita médica do SUS, Cartão Nacional de Saúde (CNS) e documento de identidade.	Regulado por protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas do Ministério da Saúde.	Regulado por Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) do Ministério da Saúde. Processo administrativo específico (LME). Avaliação por comissão de farmácia e terapêutica.
<b>Gestão</b>	Municípios e estados	Ministério da Saúde.	Compartilhada.

**Fonte:** Elaborado pelo autor (2024), com base na Política Nacional de Assistência Farmacêutica e na legislação vigente.

A organização da assistência farmacêutica em componentes visa garantir o acesso a medicamentos para diferentes necessidades de saúde, de forma racional e equânime. No entanto, a efetiva implementação dessa política enfrenta desafios como o subfinanciamento do SUS, a má gestão dos recursos, a burocracia nos processos de acesso, a falta de informação e a judicialização da saúde.

A atuação do enfermeiro, como profissional que está na linha de frente do cuidado e que tem contato direto com os pacientes, é fundamental para orientar os

usuários sobre seus direitos, auxiliar no acesso aos medicamentos e promover o uso racional e seguro desses insumos.

O conhecimento aprofundado sobre a PNAF, a RENAME e os componentes da assistência farmacêutica é essencial para que o enfermeiro possa desempenhar seu papel de forma efetiva e contribuir para a garantia do direito à saúde.

### 3.3. Medicamentos de Alto Custo e Doenças Raras: Desafios no Acesso e Estratégias para a Garantia do Direito à Saúde

O acesso a medicamentos de alto custo e para doenças raras representa um dos maiores desafios para a efetivação do direito à saúde no Brasil e em diversos países do mundo.

Essa questão, complexa e multifacetada, envolve aspectos econômicos, sociais, éticos, científicos e jurídicos, e exige uma abordagem integrada e multidisciplinar para a busca de soluções que garantam o acesso equânime e sustentável a esses tratamentos.

#### **Medicamentos de Alto Custo:**

Os medicamentos de alto custo, também conhecidos como medicamentos órfãos (quando destinados a doenças raras) ou medicamentos especiais (quando destinados a doenças prevalentes, mas com alto custo unitário), são aqueles que, devido à sua complexidade tecnológica, ao seu processo de produção, à sua baixa prevalência ou à sua indicação para doenças graves e/ou crônicas, apresentam um preço elevado, que muitas vezes inviabiliza o seu acesso por parte da população e impõe um ônus significativo aos sistemas de saúde.

Esses medicamentos podem ser utilizados para o tratamento de diversas condições clínicas, como:

- **Doenças Raras:** Doenças que afetam um pequeno número de pessoas em relação à população geral (no Brasil, considera-se doença rara aquela que afeta até 65 pessoas em cada 100.000 indivíduos). Exemplos: fibrose cística, hemofilia, esclerose múltipla, doenças de depósito lisossômico, entre outras.

- **Câncer:** Diversos tipos de câncer, em estágios avançados ou com características específicas, exigem o uso de medicamentos de alto custo, como terapias-alvo, imunoterapias e anticorpos monoclonais.
- **Doenças Autoimunes:** Doenças como artrite reumatoide, lúpus eritematoso sistêmico e doença de Crohn podem requerer o uso de medicamentos imunossupressores e imunobiológicos de alto custo.
- **Doenças Crônicas Degenerativas:** Doenças como a esclerose lateral amiotrófica (ELA) e a doença de Alzheimer podem demandar o uso de medicamentos que, embora não promovam a cura, podem retardar a progressão da doença e melhorar a qualidade de vida dos pacientes.
- **Transplantes:** O tratamento de pacientes transplantados exige o uso de medicamentos imunossupressores de alto custo, para evitar a rejeição do órgão transplantado.

O **acesso a medicamentos de alto custo no SUS** é regulamentado pelo **Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF)**. O CEAF é financiado de forma tripartite (União, Estados e Municípios), e o acesso aos medicamentos se dá por meio de um processo administrativo específico, que envolve a avaliação de critérios clínicos e administrativos, a solicitação do medicamento pelo médico, a autorização por um gestor de saúde e a dispensação em farmácias de alto custo, geralmente vinculadas a hospitais de referência.

Os **Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT)** do Ministério da Saúde são documentos que estabelecem os critérios para o diagnóstico, o tratamento e o acompanhamento de diversas doenças e agravos, incluindo a indicação de medicamentos e outras terapias.

Os PCDT são elaborados com base nas melhores evidências científicas disponíveis e têm como objetivo orientar os profissionais de saúde na tomada de decisão clínica, padronizar o cuidado e garantir a segurança e a efetividade dos tratamentos. No entanto, a **não inclusão de um medicamento em um PCDT** não significa, necessariamente, que ele não possa ser fornecido pelo SUS. O Supremo Tribunal Federal (STF), em decisão de 2019, estabeleceu que o Estado pode ser obrigado a fornecer medicamentos de alto custo não padronizados pelo SUS, desde que

comprovada a sua necessidade e a incapacidade financeira do paciente, e desde que o medicamento possua registro na ANVISA.

Apesar da existência do CEAF e dos PCDT, o acesso a medicamentos de alto custo no SUS ainda enfrenta **inúmeros desafios**. A **demora na análise e na autorização** dos pedidos de medicamentos, a **falta de medicamentos** em algumas unidades de saúde, a **burocracia** do processo administrativo e a **falta de informação** sobre os direitos dos pacientes são alguns dos obstáculos que dificultam o acesso. Além disso, o **alto custo** desses medicamentos representa um desafio para o financiamento do SUS, e a **incorporação de novas tecnologias** em saúde nem sempre acompanha a velocidade dos avanços científicos.

### **Doenças Raras:**

As **doenças raras**, por sua vez, apresentam desafios adicionais para o acesso a medicamentos e tratamentos. Devido à sua baixa prevalência, as doenças raras são frequentemente negligenciadas pela indústria farmacêutica, que tem pouco interesse em investir no desenvolvimento de medicamentos para essas condições, já que o retorno financeiro é limitado.

Os medicamentos para doenças raras, quando existentes, são geralmente muito caros, o que dificulta ainda mais o seu acesso.

Além da dificuldade de acesso a medicamentos, os pacientes com doenças raras enfrentam outros desafios, como a **demora no diagnóstico**, a **falta de informação** sobre a doença, a **escassez de profissionais de saúde** especializados e a **ausência de centros de referência** para o tratamento.

O **diagnóstico de uma doença rara** pode levar anos para ser confirmado, e, durante esse período, o paciente e sua família podem passar por uma verdadeira "peregrinação" em busca de respostas e de um tratamento adequado.

A **Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras**, instituída pela Portaria GM/MS nº 199/2014, busca organizar a atenção às pessoas com doenças raras no SUS, estabelecendo diretrizes para o diagnóstico, o tratamento, o acompanhamento e a reabilitação desses pacientes.



A política prevê a criação de **centros de referência** para o diagnóstico e tratamento de doenças raras, a **elaboração de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas** específicas, e o **financiamento de medicamentos e outros insumos** necessários para o cuidado desses pacientes.

### **Estratégias Judiciais para a Garantia do Direito à Saúde:**

Diante dos desafios para o acesso a medicamentos de alto custo e para doenças raras, a **judicialização da saúde** tem se tornado um recurso cada vez mais utilizado pelos pacientes e seus familiares para garantir o acesso a tratamentos. A judicialização, embora seja um instrumento legítimo para a garantia do direito individual à saúde, apresenta uma série de **consequências** para o sistema de saúde, como o aumento dos gastos públicos, a desorganização da gestão e a criação de iniquidades no acesso.

Para **ingressar com uma ação judicial** buscando o acesso a um medicamento ou tratamento, o paciente precisará comprovar:

- **A necessidade do medicamento ou tratamento:** Por meio de laudos médicos, exames e outros documentos que demonstrem a sua condição de saúde e a indicação do tratamento.
- **A negativa do SUS ou do plano de saúde:** Por meio de documentos que comprovem a negativa de fornecimento do medicamento ou tratamento.
- **A incapacidade financeira de arcar com os custos do tratamento:** Por meio de declaração de hipossuficiência financeira e outros documentos que comprovem a sua situação econômica.
- **O registro do medicamento na ANVISA:** Em regra, o medicamento deve possuir registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). No entanto, em casos excepcionais, a Justiça tem autorizado o fornecimento de medicamentos sem registro, desde que comprovada a sua eficácia e segurança por meio de evidências científicas.

O **processo judicial** pode ser longo e complexo, e a obtenção de uma **tutela de urgência (liminar)**, que garanta o acesso imediato ao medicamento ou tratamento, é fundamental para a proteção da saúde do paciente. A atuação de um **advogado**

**especializado em direito da saúde** é essencial para orientar o paciente e para conduzir o processo judicial de forma adequada.

É importante ressaltar que a **judicialização não deve ser vista como a primeira ou única solução** para os problemas de acesso a medicamentos e tratamentos no SUS. É fundamental que se fortaleçam os **mecanismos administrativos de resolução de conflitos**, que se invista na **gestão eficiente dos recursos públicos**, que se promovam a **educação em saúde** e o **empoderamento dos pacientes**, e que se busquem **alternativas à judicialização**, como a mediação, a conciliação e a utilização de câmaras técnicas.

O **enfermeiro**, como profissional que atua na linha de frente do cuidado e que tem contato direto com os pacientes, tem um papel fundamental na **prevenção da judicialização**, por meio da orientação aos pacientes sobre seus direitos, do auxílio na obtenção de documentos e informações necessárias para o acesso aos serviços de saúde, e da promoção de uma comunicação clara e transparente sobre as opções terapêuticas disponíveis. Além disso, o enfermeiro pode atuar como **assistente técnico** em processos judiciais, fornecendo informações técnicas e científicas que subsidiem a tomada de decisão judicial.

Em conclusão, o acesso a medicamentos de alto custo e para doenças raras é um desafio complexo e multifacetado, que exige uma abordagem integrada e multidisciplinar. A atuação do enfermeiro, em conjunto com outros profissionais de saúde e com os operadores do direito, é fundamental para a garantia do direito à saúde e para a construção de um sistema de saúde mais justo, equânime e resolutivo.

Conclusão do Capítulo 3: Acesso a Medicamentos no SUS: Desafios e Estratégias Judiciais

Este capítulo se dedicou a dissecar a intrincada questão do acesso a medicamentos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), abordando desde os fundamentos da Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) e da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) até os complexos desafios e as estratégias judiciais para a garantia do direito à saúde.

A análise aprofundada desses elementos permitiu compreender a amplitude e a complexidade do tema, bem como o papel crucial da enfermagem nesse contexto.

A **PNAF**, como política pública estruturante, estabelece as diretrizes para a organização da assistência farmacêutica no SUS, visando garantir o acesso da população a medicamentos seguros, eficazes e de qualidade, e promovendo o seu uso racional. A **RENAME**, por sua vez, é um instrumento estratégico da PNAF, que seleciona os medicamentos considerados essenciais para atender às necessidades de saúde da população brasileira.

A organização da assistência farmacêutica em **três componentes (Básico, Estratégico e Especializado)** busca atender a diferentes demandas, desde as condições mais prevalentes até as doenças raras e de alto custo.

No entanto, a análise da realidade brasileira revela que a **efetivação do acesso a medicamentos no SUS** ainda enfrenta **inúmeros obstáculos**. O **subfinanciamento crônico do sistema**, a **má gestão dos recursos**, a **burocracia excessiva**, a **falta de infraestrutura e de profissionais qualificados**, a **demora na incorporação de novas tecnologias** e a **fragmentação do cuidado** são alguns dos fatores que dificultam o acesso da população aos medicamentos de que necessita.

O **Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF)**, responsável pelo fornecimento de medicamentos de alto custo e para doenças raras, é particularmente afetado por esses desafios.

A **complexidade do processo de acesso**, a **demora na análise e na autorização** dos pedidos de medicamentos, a **falta de medicamentos** em algumas unidades de saúde e a **judicialização da saúde** são problemas recorrentes que geram sofrimento e angústia para os pacientes e suas famílias.

A **judicialização da saúde**, embora seja um instrumento legítimo para a garantia do direito individual à saúde, tem se mostrado uma **via complexa e, muitas vezes, ineficaz** para a resolução dos problemas de acesso a medicamentos. As ações judiciais, em muitos casos, são demoradas, burocráticas e onerosas, e nem sempre garantem o acesso rápido e efetivo ao tratamento necessário.

Além disso, a judicialização individual pode gerar **iniquidades no sistema**, privilegiando aqueles que têm acesso à Justiça em detrimento da maioria da população, que não tem condições de arcar com os custos de um processo judicial ou que não tem acesso a informações e apoio jurídico para defender seus direitos.

Diante desse cenário, torna-se imperativo buscar **alternativas à judicialização**, fortalecendo os mecanismos administrativos de resolução de conflitos, aprimorando a gestão do SUS, investindo na prevenção de doenças e na promoção da saúde, e promovendo o diálogo entre os diferentes atores do sistema de saúde (gestores, profissionais, pacientes, Judiciário, Ministério Público, etc.).

A **atuação do enfermeiro** é fundamental para a prevenção da judicialização e para a garantia do acesso a medicamentos no SUS. O enfermeiro, como profissional que está em contato direto com o paciente e que conhece suas necessidades de saúde, pode atuar como um **educador em saúde**, orientando os pacientes sobre seus direitos, sobre o funcionamento do SUS e sobre as formas de acesso aos medicamentos.

Também pode atuar como um **facilitador do acesso**, auxiliando os pacientes na obtenção de documentos e informações necessárias para a solicitação de medicamentos, e acompanhando-os durante todo o processo. Além disso, o enfermeiro pode contribuir para a **melhoria da gestão da assistência farmacêutica**, participando do planejamento, da organização, da execução e da avaliação das ações relacionadas a medicamentos nas unidades de saúde.

A **Enfermagem Baseada em Evidências (EBE)** é uma ferramenta poderosa para a qualificação da prática do enfermeiro e para a promoção do acesso a medicamentos no SUS. Ao utilizar as melhores evidências científicas disponíveis na tomada de decisão clínica, o enfermeiro contribui para a **prescrição racional de medicamentos**, para a **prevenção de erros** e para a **melhoria dos resultados em saúde**.

A EBE também pode ser utilizada para **fundamentar as solicitações de medicamentos** não padronizados pelo SUS, demonstrando a sua necessidade e a sua efetividade para o tratamento do paciente.

Em conclusão, o acesso a medicamentos no SUS é um direito fundamental que ainda enfrenta inúmeros desafios para a sua efetivação. A superação desses desafios requer um esforço conjunto do Estado, da sociedade civil e dos profissionais de saúde, com o objetivo de construir um sistema de saúde mais justo, equânime e resolutivo.

A enfermagem, como profissão essencial para a saúde da população, tem um papel crucial nesse processo, atuando na linha de frente do cuidado, na gestão dos serviços de saúde, na educação em saúde e na defesa dos direitos dos pacientes.

O **fortalecimento da enfermagem** e a **valorização de seu papel** na assistência farmacêutica são, portanto, estratégias fundamentais para a garantia do acesso a medicamentos no SUS e para a construção de um futuro mais saudável e promissor para todos os brasileiros.

A judicialização, embora seja um recurso válido, deve ser vista como uma **medida de exceção**, e não como a principal forma de acesso a medicamentos. A **prevenção da judicialização**, por meio da melhoria da gestão do SUS, da ampliação do acesso à informação e da atuação qualificada dos profissionais de saúde, é o caminho mais eficaz para garantir o direito à saúde de forma integral e equânime.

## CAPÍTULO 4: ACESSO A TRATAMENTOS E PROCEDIMENTOS NEGADOS PELO SUS: ESTRATÉGIAS ADMINISTRATIVAS E JUDICIAIS

### **Autora Principal**

Karlanne Átilla Sousa Martins Lima<sup>1</sup>

Filipe da Silva Coelho<sup>2</sup>

### **Co-autores**

Maria Eduarda Fabricante do Nascimento<sup>3</sup>

Maria Gorete Marques Cruz<sup>4</sup>

Idelson de Carvalho Queiroz<sup>5</sup>

Cristina Dourado Costa<sup>6</sup>

Nelry Raquel Furtado De Leão<sup>7</sup>

Jeofton Meira Trindade<sup>8</sup>

Edson Rodrigues De Holanda<sup>9</sup>

Rogério Ferreira Da Silva<sup>10</sup>

<sup>1</sup> Doutoranda em Gestão em Saúde. – Integralize Corporation Educação. [lattes.cnpq.br/5382147734270548](http://lattes.cnpq.br/5382147734270548). Orcid ID: <https://orcid.org/0009-0006-4135-419X>. E-mail: [karlannelima9@gmail.com](mailto:karlannelima9@gmail.com).

<sup>2</sup> Mestrando Ciências da Educação. World Ecumenical University. Lattes <http://lattes.cnpq.br/9623484413657118>

<sup>3</sup> Graduanda em Direito. Faculdade Santa Luzia – FSL.

<sup>4</sup> Graduanda em Direito. Faculdade Santa Luzia – FSL.

<sup>5</sup> Graduando em Direito. Faculdade Santa Luzia – FSL.

<sup>6</sup> Graduanda em Direito. Faculdade Santa Luzia – FSL.

<sup>7</sup> Graduanda em Direito. Faculdade Santa Luzia – FSL.

<sup>8</sup> Graduando em Direito. Faculdade Santa Luzia – FSL.

<sup>9</sup> Graduando em Direito. Faculdade Santa Luzia – FSL.

<sup>10</sup> Graduando em Direito. Faculdade Santa Luzia – FSL.

### **1. INTRODUÇÃO**

O direito à saúde, consagrado na Constituição Federal de 1988 como um direito fundamental social, abrange não apenas o acesso a medicamentos, mas também o acesso a tratamentos e procedimentos necessários para a promoção, proteção e recuperação da saúde. No contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), a garantia desse acesso é um desafio constante, em face de limitações orçamentárias, deficiências na gestão, desigualdades regionais e uma demanda crescente por serviços de saúde. Este capítulo se propõe a analisar o acesso a tratamentos e procedimentos no SUS, abordando os mecanismos de regulação do acesso, as dificuldades enfrentadas pelos pacientes, as estratégias administrativas e judiciais para garantir o acesso, a questão da "reserva do possível" e da "escolha trágica", e o papel fundamental da enfermagem na gestão de filas de espera e na otimização do acesso.

Judicialização da Saúde no Brasil: acesso a medicamentos, tratamentos e procedimentos negados pelo sus e planos de saúde  
*Thesis Editora Científica 2025*

O SUS, idealizado como um sistema universal, integral e equânime, enfrenta, na prática, dificuldades para garantir o acesso oportuno e adequado a todos os cidadãos que necessitam de seus serviços. As longas filas de espera para consultas, exames, cirurgias e outros procedimentos são uma realidade em muitas regiões do país, gerando sofrimento, agravamento de doenças e, em alguns casos, até mesmo a morte de pacientes que não conseguem obter o tratamento necessário em tempo hábil.

A **regulação do acesso** a tratamentos e procedimentos no SUS é um processo complexo, que envolve diferentes instâncias e atores, e que visa organizar o fluxo de pacientes no sistema, priorizando os casos mais graves e urgentes, e buscando otimizar a utilização dos recursos disponíveis. A regulação é realizada por meio de **centrais de regulação**, que recebem as solicitações de procedimentos e tratamentos, avaliam a necessidade e a urgência de cada caso, e encaminham os pacientes para os serviços de saúde adequados, de acordo com a disponibilidade de vagas e a complexidade do caso.

No entanto, a regulação do acesso, embora seja um instrumento importante para a organização do sistema, nem sempre funciona de forma eficiente e transparente. A **falta de critérios claros e objetivos** para a priorização de pacientes, a **demora na análise** das solicitações, a **falta de vagas** em hospitais e clínicas, a **desarticulação entre os diferentes níveis de atenção** e a **falta de informação** aos pacientes são alguns dos problemas que dificultam o acesso e geram insatisfação e angústia.

Quando um paciente tem seu pedido de tratamento ou procedimento **negado pelo SUS**, ou quando a **demora no atendimento** é excessiva, colocando em risco sua saúde ou sua vida, ele pode recorrer a diferentes estratégias para garantir o seu direito. A **primeira via** a ser explorada é a **administrativa**, por meio de recursos junto à própria Secretaria de Saúde responsável, ouvidorias do SUS, e, em alguns casos, a busca por apoio em associações de pacientes e entidades de defesa do consumidor. O **recurso administrativo** é um instrumento importante para tentar resolver o problema de forma mais rápida e menos onerosa, sem a necessidade de recorrer à Justiça.

No entanto, quando a via administrativa não é suficiente para garantir o acesso ao tratamento ou procedimento, o paciente pode recorrer à **via judicial**, por meio de uma ação judicial contra o Estado (União, Estado ou Município), com o objetivo de obter uma decisão judicial que obrigue o SUS a fornecer o tratamento ou procedimento negado. A **judicialização da saúde**, como já discutido em capítulo anterior, é um

fenômeno crescente no Brasil, e as demandas por tratamentos e procedimentos representam uma parcela significativa das ações judiciais na área da saúde.

A **ação judicial** para garantir o acesso a tratamentos e procedimentos no SUS segue, em linhas gerais, o mesmo rito das ações judiciais para acesso a medicamentos. O paciente precisará comprovar a sua necessidade de saúde, a negativa do SUS, a sua incapacidade financeira de arcar com os custos do tratamento e, em alguns casos, a existência de evidências científicas sobre a eficácia e a segurança do tratamento solicitado. A obtenção de uma **tutela de urgência (liminar)**, que garanta o acesso imediato ao tratamento, é fundamental para proteger a saúde e a vida do paciente, especialmente em casos de urgência e emergência.

A **questão da "reserva do possível" e da "escolha trágica"** é um tema central no debate sobre a judicialização da saúde. A "reserva do possível" é um argumento frequentemente utilizado pelo Estado para justificar a negativa de fornecimento de tratamentos e procedimentos, alegando que os recursos públicos são limitados e que é necessário priorizar as demandas mais urgentes e relevantes. A "escolha trágica", por sua vez, refere-se às situações em que os recursos são insuficientes para atender a todas as necessidades, e os gestores e profissionais de saúde precisam tomar decisões difíceis sobre quais pacientes serão beneficiados e quais ficarão sem acesso ao tratamento. Essas questões envolvem dilemas éticos complexos e exigem uma reflexão aprofundada sobre os critérios de alocação de recursos em saúde, a equidade no acesso e a responsabilidade do Estado na garantia do direito à saúde.

A **atuação da enfermagem** é fundamental para a gestão de filas de espera e para a otimização do acesso a tratamentos e procedimentos no SUS. Os enfermeiros, como profissionais que atuam na linha de frente do cuidado e que têm contato direto com os pacientes, podem contribuir para a **identificação precoce de necessidades**, para a **orientação dos pacientes** sobre seus direitos e sobre o funcionamento do sistema, para a **organização dos fluxos de atendimento**, para o **monitoramento da evolução clínica** dos pacientes e para a **comunicação efetiva** entre a equipe de saúde, os pacientes e seus familiares. Além disso, os enfermeiros podem atuar na **gestão de casos complexos**, coordenando o cuidado e articulando os diferentes serviços e profissionais envolvidos na assistência.



A **Enfermagem Baseada em Evidências (EBE)** também pode contribuir para a otimização do acesso a tratamentos e procedimentos, fornecendo informações confiáveis sobre a efetividade e a segurança das intervenções, auxiliando na tomada de decisão clínica e na definição de protocolos e diretrizes clínicas. A utilização de **ferramentas de gestão**, como o **planejamento estratégico**, a **gestão de processos** e a **avaliação de resultados**, também é fundamental para a melhoria da gestão de filas de espera e para a garantia do acesso oportuno e adequado aos serviços de saúde.

Este capítulo se propõe a aprofundar a discussão sobre o acesso a tratamentos e procedimentos no SUS, analisando os **mecanismos de regulação do acesso**, as **dificuldades enfrentadas pelos pacientes**, as **estratégias administrativas e judiciais** para garantir o acesso, a **questão da "reserva do possível"** e da **"escolha trágica"**, e o **papel fundamental da enfermagem** na gestão de filas de espera e na otimização do acesso. Ao longo do capítulo, serão apresentados dados estatísticos, exemplos de casos concretos, análises de decisões judiciais relevantes e reflexões sobre as implicações éticas e sociais da judicialização da saúde. Espera-se, com isso, fornecer aos profissionais de saúde, aos operadores do direito, aos gestores públicos e aos cidadãos em geral um panorama abrangente e atualizado sobre o tema, contribuindo para um debate qualificado e para a construção de soluções que visem a garantir o direito à saúde de forma integral, equânime e sustentável.

A judicialização da saúde, embora seja um instrumento legítimo para a defesa de direitos individuais, não deve ser vista como a principal ou única forma de acesso a tratamentos e procedimentos no SUS. É fundamental que se fortaleçam os mecanismos de **gestão e organização do sistema**, que se invista na **prevenção de doenças e na promoção da saúde**, que se aprimorem os **processos de regulação do acesso**, que se promovam a **educação em saúde** e o **empoderamento dos pacientes**, e que se busquem **alternativas à judicialização**, como a mediação, a conciliação e a utilização de câmaras técnicas. A atuação dos enfermeiros, como profissionais engajados na defesa dos direitos dos pacientes e na promoção da saúde, é essencial para a construção de um SUS mais justo, equânime e resolutivo, que garanta o acesso universal e integral à saúde para todos os brasileiros.

humana.

4.1 Como funciona a regulação do acesso a tratamentos e procedimentos no SUS (listas de espera, centrais de regulação).

A regulação do acesso a tratamentos e procedimentos no Sistema Único de Saúde (SUS) é um processo complexo e multifacetado, que visa organizar a demanda por serviços de saúde, garantir a equidade no acesso e otimizar a utilização dos recursos disponíveis. Este tópico abordará em detalhes o funcionamento da regulação do acesso no SUS, com ênfase nas listas de espera e nas centrais de regulação, analisando seus mecanismos, seus desafios e o papel da enfermagem nesse contexto.

### **O que é Regulação em Saúde?**

A regulação em saúde, em sentido amplo, pode ser definida como um conjunto de ações e mecanismos que visam **ordenar e coordenar o acesso dos usuários aos serviços de saúde**, garantindo a equidade, a integralidade e a qualidade da assistência. A regulação abrange diferentes dimensões, como a regulação do acesso (objeto deste tópico), a regulação da assistência, a regulação da qualidade e a regulação financeira.

A **regulação do acesso**, em particular, busca **compatibilizar a demanda por serviços de saúde com a oferta disponível**, estabelecendo critérios de priorização, definindo fluxos de atendimento e organizando o encaminhamento dos pacientes entre os diferentes níveis de atenção (atenção primária, atenção especializada ambulatorial e hospitalar). A regulação do acesso não visa *restringir* o acesso, mas sim *organizá-lo* de forma a garantir que os pacientes recebam o cuidado adequado, no local adequado e no tempo oportuno.

### **Listas de Espera: Instrumento e Desafio**

As **listas de espera** são um instrumento frequentemente utilizado na regulação do acesso a serviços de saúde, especialmente para procedimentos eletivos (não urgentes). Elas consistem em um registro ordenado de pacientes que aguardam por um determinado procedimento, consulta especializada, exame ou internação. As listas de espera, em tese, deveriam funcionar como um mecanismo de **organização da demanda**, permitindo que os pacientes sejam atendidos de acordo com a sua necessidade clínica e a disponibilidade de vagas.

No entanto, na prática, as listas de espera no SUS são, muitas vezes, **longas e demoradas**, gerando insatisfação, angústia e, em alguns casos, agravamento do estado de saúde dos pacientes. A **falta de transparência** nos critérios de priorização, a **ausência de informações claras** sobre a posição na fila e o **tempo estimado de espera**, e a **falta de mecanismos de controle e auditoria** das listas de espera contribuem para a percepção de que as filas são injustas e ineficientes.

### **Centrais de Regulação: Estrutura e Funcionamento**

As **centrais de regulação** são estruturas organizacionais que desempenham um papel crucial na regulação do acesso a serviços de saúde no SUS. Elas são responsáveis por receber as solicitações de procedimentos, consultas especializadas, exames e internações, avaliar a necessidade e a urgência de cada caso, e encaminhar os pacientes para os serviços de saúde adequados, de acordo com a disponibilidade de vagas e os protocolos clínicos estabelecidos.

As centrais de regulação podem ser **municipais, regionais ou estaduais**, e podem regular o acesso a diferentes tipos de serviços, como consultas especializadas, exames de alta complexidade, leitos de UTI, cirurgias eletivas, entre outros. O funcionamento das centrais de regulação envolve, em geral, as seguintes etapas:

1. **Solicitação:** O profissional de saúde (geralmente um médico da atenção primária) solicita o procedimento ou consulta especializada para o paciente, por meio de um formulário padronizado ou de um sistema informatizado.
2. **Recebimento e Triagem:** A central de regulação recebe a solicitação e realiza uma triagem inicial, verificando se a solicitação está completa e se atende aos critérios mínimos para o encaminhamento.
3. **Avaliação e Classificação de Risco:** Um profissional de saúde da central de regulação (geralmente um médico regulador) avalia a solicitação, com base em protocolos clínicos e critérios de priorização, e classifica o risco do paciente, definindo a urgência do atendimento.
4. **Agendamento e Encaminhamento:** A central de regulação busca por vagas disponíveis nos serviços de saúde credenciados e agenda o procedimento ou consulta para o paciente, informando-o sobre a data, o horário e o local do

atendimento. O paciente é, então, encaminhado para o serviço de saúde adequado, de acordo com a sua necessidade e a disponibilidade de vagas.

5. **Monitoramento e Avaliação:** A central de regulação monitora o fluxo de pacientes, acompanha os resultados do processo regulatório e avalia a efetividade da regulação, buscando identificar problemas e propor melhorias.

### **Desafios da Regulação do Acesso no SUS:**

A regulação do acesso no SUS, apesar de sua importância, enfrenta diversos desafios, que comprometem a sua efetividade e geram insatisfação nos usuários:

- **Falta de Recursos:** A escassez de recursos financeiros, humanos e materiais dificulta a oferta de serviços de saúde em quantidade e qualidade suficientes para atender à demanda da população, gerando longas filas de espera e dificultando o acesso.
- **Fragmentação do Sistema:** A falta de integração entre os diferentes níveis de atenção e a desarticulação entre os serviços de saúde dificultam a coordenação do cuidado e a continuidade da assistência, gerando retrabalho, duplicidade de ações e perda de informações.
- **Falta de Transparência:** A ausência de informações claras e acessíveis sobre os critérios de priorização, o tempo de espera e o funcionamento da regulação gera desconfiança e insatisfação nos usuários.
- **Dificuldade de Acesso à Tecnologia:** A falta de acesso a sistemas informatizados de regulação, a prontuários eletrônicos integrados e a outras tecnologias dificulta o trabalho das centrais de regulação e compromete a eficiência do processo.
- **Judicialização:** A demora no acesso e as negativas de atendimento levam muitos pacientes a recorrer à via judicial, o que sobrecarrega o sistema de saúde e o Poder Judiciário, além de gerar iniquidades.

### **O Papel da Enfermagem na Regulação do Acesso:**

A enfermagem desempenha um papel fundamental na regulação do acesso a tratamentos e procedimentos no SUS, atuando em diferentes frentes:

Judicialização da Saúde no Brasil: acesso a medicamentos, tratamentos e procedimentos negados pelo SUS e planos de saúde  
*Thesis Editora Científica 2025*

- **Na Atenção Primária:** Os enfermeiros da atenção primária são, muitas vezes, os primeiros a identificar a necessidade de um tratamento ou procedimento especializado para o paciente. Eles realizam a avaliação inicial, solicitam os exames necessários, preenchem os formulários de encaminhamento e orientam o paciente sobre os próximos passos. A atuação do enfermeiro na atenção primária é crucial para a qualificação da demanda e para a redução de encaminhamentos desnecessários para a atenção especializada.
- **Nas Centrais de Regulação:** Enfermeiros podem atuar nas centrais de regulação, realizando a triagem das solicitações, a classificação de risco dos pacientes, o agendamento de consultas e procedimentos, e o contato com os pacientes para fornecer informações e orientações.
- **Nos Serviços Especializados:** Enfermeiros que atuam em serviços especializados podem contribuir para a gestão de filas de espera, realizando a avaliação dos pacientes, priorizando os casos mais graves e urgentes, e monitorando a evolução clínica dos pacientes que aguardam atendimento.
- **Na Gestão do Cuidado:** Os enfermeiros podem atuar como gestores de caso, acompanhando os pacientes ao longo de sua trajetória no sistema de saúde, coordenando o cuidado, articulando os diferentes serviços e profissionais envolvidos, e garantindo a continuidade da assistência.

**Tabela 1: Atores Envolvidos na Regulação do Acesso no SUS e suas Funções**

Ator	Funções
<b>Usuário/Paciente</b>	Demanda o cuidado, fornece informações sobre sua condição de saúde, segue as orientações recebidas e participa do processo de tomada de decisão.
<b>Profissional Solicitante (ex: Médico da APS)</b>	Realiza a avaliação inicial do paciente, identifica a necessidade de tratamento/procedimento especializado, solicita o encaminhamento para a central de regulação, fornece informações clínicas relevantes.
<b>Central de Regulação</b>	Recebe e tria as solicitações, avalia a necessidade e a urgência de cada caso, classifica o risco, busca vagas nos serviços de

	saúde, agenda o procedimento/consulta, informa o paciente, monitora o fluxo de pacientes e avalia a efetividade da regulação.
<b>Profissional Regulador (ex: Médico Regulador)</b>	Avalia as solicitações de procedimentos/consultas especializadas, com base em protocolos clínicos e critérios de priorização, define a urgência do atendimento e autoriza ou não o encaminhamento.
<b>Serviços de Saúde (Hospitais, Clínicas, Ambulatórios)</b>	Ofertam os procedimentos e tratamentos especializados, realizam o atendimento aos pacientes encaminhados pela central de regulação, informam a central sobre a disponibilidade de vagas e a realização dos procedimentos.
<b>Gestores do SUS (Secretarias de Saúde)</b>	Definem as políticas e diretrizes para a regulação do acesso, financiam e organizam a rede de serviços de saúde, monitoram e avaliam o processo regulatório, promovem a transparência e o controle social.
<b>Enfermeiro</b>	Atua em diferentes etapas do processo regulatório: na atenção primária (identificando necessidades e solicitando encaminhamentos), nas centrais de regulação (triagem, classificação de risco, agendamento), nos serviços especializados (gestão de filas de espera, avaliação de pacientes) e na gestão do cuidado.

**Tabela 2: Exemplo de Protocolo de Classificação de Risco para Regulação de Consultas Especializadas**

<b>Nível de Risco</b>	<b>Descrição</b>	<b>Tempo Máximo de Espera (Exemplo)</b>
<b>Vermelho (Emergência)</b>	Risco iminente de vida ou perda de função de órgão/sistema. Necessidade de atendimento imediato.	Imediato
<b>Laranja (Muito Urgente)</b>	Risco significativo de agravamento da condição de saúde. Necessidade de atendimento em curto prazo.	Até 24 horas
<b>Amarelo (Urgente)</b>	Condição clínica que requer avaliação médica, mas sem risco imediato de vida ou perda de função.	Até 7 dias

<b>Verde (Pouco Urgente)</b>	Condição clínica que pode aguardar atendimento ambulatorial, sem risco de agravamento no curto prazo.	Até 30 dias
<b>Azul (Não Urgente)</b>	Condição clínica que não requer atendimento especializado ou que pode ser resolvida na atenção primária.	Encaminhamento para a Atenção Primária

**Fonte:** Adaptado de protocolos de classificação de risco existentes. (Nota: Esta tabela é um *exemplo*. Os critérios e tempos máximos de espera podem variar de acordo com cada protocolo e com a realidade local.)

### **Tabela 3: Exemplo de Fluxograma Simplificado do Processo de Regulação do Acesso**

1. **Início:** Paciente procura a Unidade Básica de Saúde (UBS) com uma necessidade de saúde.
2. **Avaliação Inicial:** Enfermeiro ou médico da UBS realiza a avaliação inicial do paciente.
3. **Necessidade de Especialista/Procedimento:**
  - **Se NÃO:** O problema é resolvido na própria UBS (ex: tratamento de condições comuns, renovação de receitas, etc.).
  - **Se SIM:** O profissional preenche o formulário de solicitação de encaminhamento para a central de regulação, detalhando a condição clínica do paciente, a hipótese diagnóstica, os exames já realizados e a justificativa para o encaminhamento.
4. **Envio da Solicitação:** A solicitação é enviada para a Central de Regulação (pode ser via sistema online, e-mail, fax, etc.).
5. **Triagem na Central:** A Central de Regulação recebe a solicitação e faz uma triagem inicial (verificação de dados, adequação da solicitação).
6. **Avaliação pelo Médico Regulador:** O médico regulador avalia a solicitação, com base em protocolos clínicos e critérios de priorização, e classifica o risco do paciente (ex: Vermelho, Laranja, Amarelo, Verde, Azul - ver Tabela 2).
7. **Busca por Vaga:** A Central de Regulação busca por vagas disponíveis nos serviços de saúde credenciados que oferecem o procedimento/consulta solicitado.

8. **Agendamento:** Se houver vaga, a Central agenda o procedimento/consulta e informa o paciente (data, horário, local, preparo necessário).
9. **Atendimento:** O paciente comparece ao serviço de saúde na data e horário agendados para realizar o procedimento/consulta.
10. **Contrarreferência:** O serviço especializado envia informações sobre o atendimento realizado para a UBS de origem do paciente, para garantir a continuidade do cuidado (contrarreferência).
11. **Fim:** O paciente retorna para acompanhamento na UBS.

**Observação:** Este é um fluxograma *simplificado*. O processo real pode ser mais complexo, com mais etapas e variações dependendo do local e do tipo de serviço solicitado.

Em conclusão, a regulação do acesso a tratamentos e procedimentos no SUS é um processo complexo, que envolve múltiplos atores e etapas, e que busca organizar a demanda por serviços de saúde, priorizando os casos mais graves e urgentes. As listas de espera e as centrais de regulação são instrumentos importantes nesse processo, mas ainda enfrentam desafios que comprometem a sua efetividade. A atuação da enfermagem, em diferentes níveis de atenção, é fundamental para a qualificação da regulação do acesso, para a gestão de filas de espera e para a garantia do direito à saúde dos usuários do SUS.

4.2. O que fazer quando o SUS nega ou demora para fornecer um tratamento ou procedimento: Recurso administrativo e Ação judicial.

O direito à saúde, assegurado pela Constituição Federal e regulamentado por diversas leis e normas, nem sempre é efetivado de forma imediata e integral pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Pacientes e seus familiares, frequentemente, se deparam com negativas de fornecimento de tratamentos, medicamentos e procedimentos, ou com longas filas de espera que comprometem a saúde e a qualidade de vida. Diante dessas situações, é fundamental que os cidadãos conheçam seus direitos e as vias disponíveis para buscar a garantia do acesso à saúde, seja por meio de recursos administrativos, seja por meio de ações judiciais. Este tópico abordará, de forma detalhada, as estratégias administrativas



e judiciais que podem ser utilizadas quando o SUS nega ou demora para fornecer um tratamento ou procedimento, com foco na atuação do enfermeiro nesse contexto.

### **Recurso Administrativo: A Primeira Via de Defesa do Direito à Saúde**

Quando um paciente tem seu pedido de tratamento, medicamento ou procedimento negado pelo SUS, ou quando a demora no atendimento é excessiva e injustificada, a primeira medida a ser tomada é a **interposição de um recurso administrativo**. O recurso administrativo é um instrumento que permite ao cidadão contestar a decisão do órgão público responsável e solicitar a revisão do seu pedido, sem a necessidade de ingressar com uma ação judicial.

O recurso administrativo deve ser **direcionado à autoridade que proferiu a decisão** (ex: Secretário Municipal de Saúde, Secretário Estadual de Saúde, Diretor do Hospital, etc.) ou ao **órgão hierarquicamente superior**. É importante verificar, em cada caso, qual é a autoridade competente para analisar o recurso, o que pode variar de acordo com a organização do sistema de saúde local e com o tipo de demanda.

O recurso administrativo deve ser **escrito**, de forma clara e objetiva, e deve conter os seguintes elementos:

- **Identificação do paciente:** Nome completo, data de nascimento, número do Cartão Nacional de Saúde (CNS), endereço, telefone e outros dados de identificação.
- **Descrição detalhada da solicitação:** Especificar o medicamento, tratamento ou procedimento solicitado, a doença ou condição clínica que justifica a solicitação, e o tempo de espera (se for o caso).
- **Fundamentação do pedido:** Apresentar os motivos pelos quais o paciente necessita do tratamento ou procedimento, com base em laudos médicos, exames, relatórios e outros documentos que comprovem a sua condição de saúde. É fundamental que o laudo médico seja detalhado, descrevendo a doença, o CID (Código Internacional de Doenças), o tratamento indicado, a justificativa para a indicação, a ineficácia de tratamentos anteriores (se houver), e os riscos da falta do tratamento.

- **Fundamentação jurídica:** Apresentar os argumentos jurídicos que sustentam o direito do paciente ao tratamento ou procedimento, com base na Constituição Federal, nas Leis Orgânicas da Saúde, na Política Nacional de Atenção Básica, em protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas, e em outras normas relevantes.
- **Pedido:** Solicitar, de forma expressa, a revisão da decisão administrativa e o fornecimento do medicamento, tratamento ou procedimento negado.
- **Documentos anexos:** Anexar cópias de todos os documentos relevantes, como laudos médicos, exames, relatórios, receitas, comprovante de residência, documento de identidade, cartão do SUS, negativa do SUS (se houver), etc.

O recurso administrativo deve ser **protocolado** no órgão competente, e o paciente deve guardar uma cópia protocolada como comprovante. O órgão público tem um prazo para analisar o recurso e responder ao paciente. Esse prazo pode variar de acordo com a legislação local e com o tipo de demanda, mas, em geral, o prazo para resposta a solicitações relacionadas à saúde costuma ser curto, devido à urgência e à essencialidade do direito em questão.

Caso o recurso administrativo seja **negado** ou não seja respondido no prazo legal, o paciente pode recorrer à **via judicial**.

### **Ação Judicial: A Busca pela Efetivação do Direito à Saúde na Justiça**

A ação judicial é um instrumento legítimo para a garantia do direito à saúde, quando as vias administrativas se mostram ineficazes ou insuficientes. A judicialização da saúde, embora não seja a solução ideal para os problemas de acesso, tem se tornado uma realidade cada vez mais frequente no Brasil, em face das dificuldades enfrentadas pelos pacientes para obter tratamentos e medicamentos no SUS e nos planos de saúde.

A ação judicial para garantir o acesso a tratamentos e procedimentos no SUS pode ser proposta por:

- **O próprio paciente:** Se o paciente for maior de 18 anos e capaz, ele pode entrar com a ação judicial em seu próprio nome.

- **O representante legal do paciente:** Se o paciente for menor de idade ou incapaz, a ação deve ser proposta por seu representante legal (pais, tutores ou curadores).
- **O Ministério Público:** O Ministério Público tem legitimidade para propor ações judiciais em defesa de direitos individuais indisponíveis (como o direito à saúde) e de direitos coletivos.
- **A Defensoria Pública:** A Defensoria Pública tem a função de prestar assistência jurídica gratuita à população carente, e pode atuar em ações judiciais para garantir o acesso à saúde.
- **Associações de pacientes:** Associações de pacientes com doenças específicas podem propor ações coletivas para garantir o acesso a tratamentos e medicamentos para seus associados.

A ação judicial deve ser proposta **contra o ente federativo responsável** pelo fornecimento do tratamento ou procedimento. Em geral, a responsabilidade pela assistência à saúde é **compartilhada** entre a União, os Estados e os Municípios. No entanto, a definição do ente responsável pode variar de acordo com o tipo de demanda e com a organização do sistema de saúde local. Em muitos casos, a ação é proposta contra o **Estado** ou o **Município**, que são os responsáveis pela gestão dos serviços de saúde em seus respectivos territórios. Em alguns casos, a ação pode ser proposta contra a **União**, especialmente quando se trata de medicamentos ou tratamentos de alto custo, que não estão padronizados pelo SUS, ou quando se trata de doenças raras.

Os **documentos necessários** para ingressar com uma ação judicial variam de acordo com o caso, mas, em geral, incluem:

- **Documentos pessoais do paciente:** RG, CPF, comprovante de residência, Cartão Nacional de Saúde (CNS).
- **Laudo médico detalhado:** Descrevendo a doença, o CID, o tratamento indicado, a justificativa para a indicação, a ineficácia de tratamentos anteriores (se houver), os riscos da falta do tratamento e a urgência da situação.
- **Exames e relatórios médicos:** Que comprovem a condição de saúde do paciente e a necessidade do tratamento.

- **Receita médica:** Com a prescrição do medicamento ou tratamento solicitado.
- **Negativa do SUS:** Documento que comprove que o paciente solicitou o tratamento ou medicamento ao SUS e que o pedido foi negado, ou que demonstre a demora excessiva no atendimento.
- **Orçamentos (se aplicável):** Orçamentos do medicamento ou tratamento em diferentes estabelecimentos, para comprovar o custo.
- **Declaração de hipossuficiência financeira:** Declaração do paciente de que não tem condições de arcar com os custos do tratamento sem prejuízo do seu sustento e de sua família.
- **Procuração:** Documento que autoriza o advogado a representar o paciente em juízo.

O **processo judicial** para garantir o acesso a tratamentos e procedimentos no SUS segue, em linhas gerais, o rito comum das ações judiciais. No entanto, em casos de urgência, o paciente pode solicitar ao juiz a concessão de uma **tutela de urgência (liminar)**, que é uma decisão provisória que determina o fornecimento imediato do tratamento ou procedimento, antes do julgamento definitivo da ação. Para a concessão da liminar, o juiz avaliará a **probabilidade do direito** do paciente (ou seja, se há indícios suficientes de que o paciente tem direito ao tratamento) e o **perigo de dano ou risco ao resultado útil do processo** (ou seja, se a demora no fornecimento do tratamento pode causar danos irreparáveis à saúde do paciente).

Em muitos casos, o juiz pode solicitar a realização de uma **perícia médica** para avaliar a necessidade do tratamento ou procedimento solicitado. A perícia médica é realizada por um médico especialista, nomeado pelo juiz, que emitirá um laudo técnico sobre a condição de saúde do paciente e a adequação do tratamento.

A **jurisprudência** dos tribunais brasileiros tem se mostrado, em geral, favorável à concessão de liminares e de decisões definitivas que obrigam o SUS a fornecer medicamentos, tratamentos e procedimentos, mesmo que não estejam padronizados, desde que comprovada a necessidade do paciente e a ineficácia de outras alternativas terapêuticas. O Supremo Tribunal Federal (STF), em decisões recentes, tem reafirmado o direito fundamental à saúde e a responsabilidade solidária dos entes federativos (União, Estados e Municípios) em garantir o acesso a tratamentos e medicamentos.

É importante ressaltar que a **judicialização da saúde não é a solução ideal** para os problemas de acesso a tratamentos e procedimentos no SUS. A judicialização, embora seja um instrumento legítimo para a garantia de direitos individuais, pode gerar iniquidades no sistema, sobrecarregar o Poder Judiciário e impactar negativamente o orçamento público. A busca por **alternativas à judicialização**, como a mediação, a conciliação e o fortalecimento dos mecanismos administrativos de resolução de conflitos, é fundamental para a construção de um sistema de saúde mais justo, equânime e eficiente.

O **enfermeiro**, como profissional que atua na linha de frente do cuidado e que tem contato direto com os pacientes, pode desempenhar um papel crucial na **prevenção da judicialização**, por meio da **orientação aos pacientes** sobre seus direitos, do **auxílio na obtenção de documentos** e informações necessárias para o acesso aos serviços de saúde, da **promoção de uma comunicação clara e transparente** sobre as opções terapêuticas disponíveis e da **gestão adequada do cuidado**, garantindo a continuidade e a integralidade da assistência. Além disso, o enfermeiro pode atuar como **assistente técnico** em processos judiciais, fornecendo informações técnicas e científicas que subsidiem a tomada de decisão judicial. A atuação do enfermeiro, em conjunto com outros profissionais de saúde e com os operadores do direito, é fundamental para a garantia do direito à saúde e para a construção de um SUS mais justo e equânime.

#### 4.3. A Questão da "Reserva do Possível" e da "Escolha Trágica": Implicações Éticas, Jurídicas e para a Gestão do SUS

A efetivação do direito fundamental à saúde, em um contexto de recursos limitados e demandas crescentes, frequentemente esbarra em dois conceitos complexos e interligados: a "reserva do possível" e a "escolha trágica". Esses conceitos, amplamente debatidos no âmbito do Direito, da Ética e da gestão em saúde, traduzem os dilemas enfrentados por gestores e profissionais de saúde na alocação de recursos escassos e na tomada de decisões que envolvem a priorização de atendimentos e a definição de quais necessidades de saúde serão atendidas. Compreender esses conceitos, suas implicações e as diferentes perspectivas sobre o tema é fundamental para uma análise aprofundada da judicialização da saúde e para a busca de soluções que garantam a equidade, a justiça e a sustentabilidade do Sistema Único de Saúde (SUS).

## **A Reserva do Possível: Limites Orçamentários e Deveres do Estado**

A "reserva do possível" é um argumento jurídico frequentemente utilizado pelo Estado (União, Estados e Municípios) para justificar a impossibilidade de atender a todas as demandas por saúde apresentadas pela população. Em linhas gerais, a reserva do possível se baseia na ideia de que os direitos sociais, como o direito à saúde, são **direitos prestacionais**, ou seja, dependem da atuação positiva do Estado para a sua efetivação, e que essa atuação está limitada pela **disponibilidade de recursos financeiros e materiais**.

O argumento da reserva do possível, em si, não é ilegítimo. É evidente que os recursos públicos são finitos e que o Estado não tem condições de atender a *todas* as demandas da população em *todas* as áreas (saúde, educação, segurança, habitação, etc.). No entanto, a aplicação da reserva do possível na área da saúde é **extremamente delicada**, pois envolve decisões sobre a vida, a saúde e a dignidade das pessoas.

A jurisprudência brasileira, em especial a do Supremo Tribunal Federal (STF), tem se posicionado de forma a **relativizar a aplicação da reserva do possível** em matéria de saúde. O STF tem entendido que o direito à saúde é um direito fundamental, essencial para a dignidade da pessoa humana, e que o Estado tem o dever de garantir o acesso universal e igualitário aos serviços de saúde. Embora reconheça a existência de limites orçamentários, o STF tem afirmado que a reserva do possível não pode ser utilizada como um argumento genérico para justificar a omissão do Estado em garantir o mínimo existencial em saúde.

O **mínimo existencial**, nesse contexto, refere-se ao conjunto de prestações de saúde essenciais para garantir a vida, a saúde e a dignidade da pessoa humana. O que se inclui nesse mínimo existencial, no entanto, é objeto de intenso debate e não há uma definição legal precisa. A jurisprudência tem considerado que o mínimo existencial em saúde abrange, pelo menos, o acesso a medicamentos essenciais, a tratamentos para doenças graves e a procedimentos de urgência e emergência.

Em suas decisões, o STF tem estabelecido alguns **critérios** para a aplicação da reserva do possível em matéria de saúde:

- **Comprovação da Indisponibilidade de Recursos:** O Estado deve comprovar, de forma cabal, que não dispõe de recursos financeiros para atender à demanda. Não basta alegar genericamente a falta de recursos; é preciso apresentar dados concretos sobre a situação orçamentária e financeira.
- **Existência de Política Pública:** O Estado deve demonstrar que existe uma política pública de saúde que contemple a prestação demandada, mas que, por alguma razão, não está sendo efetivamente implementada.
- **Não Comprometimento do Mínimo Existencial:** A reserva do possível não pode ser invocada para negar o acesso a prestações de saúde que sejam consideradas essenciais para a garantia da vida, da saúde e da dignidade da pessoa humana.
- **Observância do Princípio da Proporcionalidade:** A decisão sobre a alocação de recursos deve ser proporcional, ou seja, deve buscar o equilíbrio entre os diferentes interesses em jogo, considerando a gravidade da doença, a urgência do tratamento, a disponibilidade de recursos e os direitos de outros pacientes.

### **A Escolha Trágica: Dilemas Éticos na Alocação de Recursos Escassos**

A "escolha trágica" é um conceito que se refere às situações em que os recursos de saúde são *insuficientes* para atender a *todas* as necessidades, e os gestores e profissionais de saúde precisam tomar decisões difíceis sobre quais pacientes serão beneficiados e quais ficarão sem acesso ao tratamento. Essas decisões, frequentemente, envolvem **dilemas éticos** complexos, pois colocam em conflito princípios como a beneficência, a não maleficência, a autonomia e a justiça.

Exemplos de situações que configuram escolhas trágicas incluem:

- **Triagem de pacientes em situações de emergência:** Em situações de desastres naturais, epidemias ou acidentes com múltiplas vítimas, os profissionais de saúde podem se ver diante da necessidade de triar os pacientes, priorizando o atendimento daqueles que têm maior chance de sobreviver, em detrimento daqueles que têm menor chance.
- **Alocação de leitos de UTI:** Em situações de escassez de leitos de UTI, os profissionais de saúde podem precisar decidir quais pacientes serão admitidos na

unidade e quais terão que aguardar, correndo o risco de agravamento de seu estado de saúde.

- **Disponibilidade de órgãos para transplante:** A escassez de órgãos para transplante obriga a criação de listas de espera e a definição de critérios para a seleção dos pacientes que receberão o órgão, o que inevitavelmente leva à exclusão de alguns pacientes que também necessitam do transplante.
- **Racionamento de medicamentos de alto custo:** Em situações de recursos financeiros limitados, os gestores de saúde podem precisar definir critérios para o fornecimento de medicamentos de alto custo, priorizando determinados grupos de pacientes em detrimento de outros.

Não há respostas fáceis ou soluções simples para as escolhas trágicas. A tomada de decisão nessas situações exige uma **reflexão ética aprofundada**, a **consideração de múltiplos fatores** (clínicos, sociais, econômicos, éticos) e a **participação de equipes multiprofissionais**. Alguns **critérios** que podem ser utilizados para auxiliar na tomada de decisão em situações de escolha trágica incluem:

- **Gravidade da doença:** Priorizar o atendimento aos pacientes com maior risco de vida ou de perda de função.
- **Urgência do tratamento:** Priorizar o atendimento aos pacientes que necessitam de intervenção imediata para evitar o agravamento de seu estado de saúde.
- **Prognóstico:** Considerar a probabilidade de sucesso do tratamento e o potencial de recuperação do paciente.
- **Tempo de espera:** Dar prioridade aos pacientes que estão há mais tempo aguardando pelo tratamento.
- **Idade:** Em alguns casos, a idade do paciente pode ser considerada um critério de priorização, mas essa questão é controversa e deve ser analisada com cautela, para evitar a discriminação etária.
- **Responsabilidades familiares:** Em alguns casos, a responsabilidade do paciente em relação a dependentes (filhos menores, idosos, etc.) pode ser considerada um critério de priorização.



- **Contribuição Social:** Critério mais controverso, e não recomendado, pois fere o princípio da dignidade da pessoa humana.

É fundamental que os critérios de priorização sejam **transparentes, públicos e baseados em evidências científicas**. A tomada de decisão em situações de escolha trágica deve ser **compartilhada** com a equipe multiprofissional, com o paciente (quando possível) e com seus familiares, buscando sempre o consenso e o respeito à autonomia do paciente.

**Tabela 1 - Reserva do Possível: Argumentos e Contra-argumentos**

Argumentos a Favor da Reserva do Possível	Contra-argumentos
<b>Os recursos públicos são finitos e o Estado não tem condições de atender a todas as demandas da população em todas as áreas.</b>	O direito à saúde é um direito fundamental e o Estado tem o dever de garantir o mínimo existencial em saúde.
<b>É necessário priorizar a alocação de recursos, direcionando-os para as ações e serviços de saúde mais efetivos e de maior impacto para a população.</b>	A reserva do possível não pode ser utilizada como um argumento genérico para justificar a omissão do Estado em garantir o acesso a serviços e insumos de saúde essenciais.
<b>A judicialização da saúde pode gerar iniquidades, privilegiando aqueles que têm acesso à Justiça em detrimento da maioria da população.</b>	A judicialização é um instrumento legítimo para a garantia de direitos individuais, e o Estado deve buscar soluções para os problemas de acesso à saúde que não envolvam a restrição de direitos.
<b>É preciso respeitar a autonomia dos gestores públicos na definição das políticas de saúde e na alocação dos recursos.</b>	A autonomia dos gestores públicos não é absoluta e deve ser exercida em conformidade com os princípios constitucionais e com os direitos fundamentais dos cidadãos.

**Fonte:** Elaborado pelo autor (2024).

**Tabela 2 - Critérios para a Tomada de Decisão em Situações de Escolha Trágica**

<b>Critério</b>	<b>Descrição</b>
<b>Gravidade da Doença</b>	Priorizar o atendimento aos pacientes com maior risco de vida ou de perda de função de órgão/sistema.
<b>Urgência do Tratamento</b>	Priorizar o atendimento aos pacientes que necessitam de intervenção imediata para evitar o agravamento de seu estado de saúde.
<b>Prognóstico</b>	Considerar a probabilidade de sucesso do tratamento e o potencial de recuperação do paciente.
<b>Tempo de Espera</b>	Dar prioridade aos pacientes que estão há mais tempo aguardando pelo tratamento (desde que isso não coloque em risco a vida ou a saúde de outros pacientes).
<b>Idade</b>	Em alguns casos, a idade do paciente pode ser considerada um critério de priorização (questão controversa e deve ser analisada com cautela).
<b>Responsabilidades Familiares</b>	Em alguns casos, a responsabilidade do paciente em relação a dependentes (filhos menores, idosos, etc.) pode ser considerada um critério de priorização (questão controversa e deve ser analisada com cautela).

**Fonte:** Elaborado pelo autor (2024).

**Tabela 3: O papel do Enfermeiro na Gestão de Filas de Espera**

<b>Ações</b>
<b>Avaliação e classificação de risco.</b>
<b>Monitoramento da lista.</b>
<b>Comunicação com pacientes e familiares.</b>
<b>Educação em saúde.</b>
<b>Encaminhamento e coordenação.</b>

<b>Gerenciamento de casos.</b>
<b>Promoção da adesão ao tratamento.</b>
<b>Advocacia do paciente.</b>
<b>Participação em comitês de ética.</b>

**Fonte:** Elaborado pelo autor (2024).

Em conclusão, a "reserva do possível" e a "escolha trágica" são conceitos que refletem os dilemas e desafios enfrentados na alocação de recursos escassos em saúde. A aplicação desses conceitos exige uma reflexão ética aprofundada, a consideração de múltiplos fatores e a busca por critérios justos e transparentes para a tomada de decisão. A enfermagem, como profissão comprometida com a defesa do direito à saúde e com a promoção da equidade, tem um papel fundamental na discussão desses temas e na busca por soluções que garantam o acesso universal e integral à saúde.

#### 4.4. O Papel do Enfermeiro na Gestão de Filas de Espera e na Otimização do Acesso: Parte 1

A atuação do enfermeiro na gestão de filas de espera e na otimização do acesso a tratamentos e procedimentos no Sistema Único de Saúde (SUS) é de fundamental importância para a garantia do direito à saúde, a redução das iniquidades e a melhoria da qualidade da assistência. O enfermeiro, como profissional que atua em diferentes níveis de atenção e que possui um conhecimento abrangente sobre o processo saúde-doença, as necessidades dos pacientes e o funcionamento do sistema de saúde, pode contribuir de forma significativa para a organização dos fluxos de atendimento, a identificação de gargalos, a implementação de estratégias de otimização do acesso e a promoção de um cuidado mais equânime e resolutivo. Esta primeira parte do tópico 4.4 abordará o papel do enfermeiro na gestão de filas de espera, com foco em suas atribuições na avaliação e classificação de risco, no monitoramento da lista de espera, na comunicação com os pacientes e na educação em saúde.

#### **Avaliação e Classificação de Risco: A Porta de Entrada para um Acesso Mais Justo**

Um dos principais desafios na gestão de filas de espera é a definição de critérios justos e transparentes para a priorização dos pacientes. A **avaliação e classificação de risco** é

uma ferramenta essencial para essa finalidade, permitindo que os enfermeiros identifiquem os pacientes que necessitam de atendimento mais urgente, com base em sua condição clínica e em seu potencial de agravamento.

A classificação de risco, no contexto da atenção ambulatorial especializada e dos procedimentos eletivos, não se resume a uma simples triagem. Ela envolve uma **avaliação clínica aprofundada** do paciente, que pode incluir a coleta de dados sobre a história da doença, a realização de exame físico, a análise de exames complementares e a aplicação de protocolos e escalas de avaliação. O enfermeiro, com seu conhecimento em semiologia e semiotécnica, e com sua capacidade de avaliação clínica, é o profissional mais indicado para realizar a classificação de risco, em conjunto com a equipe multiprofissional.

A utilização de **protocolos de classificação de risco** padronizados e baseados em evidências é fundamental para garantir a objetividade, a transparência e a equidade no processo de priorização. Esses protocolos devem ser elaborados por equipes multidisciplinares, com a participação de enfermeiros, médicos e outros profissionais de saúde, e devem ser revisados e atualizados periodicamente, de acordo com as novas evidências científicas e as mudanças no perfil epidemiológico da população.

A classificação de risco permite que os pacientes sejam estratificados em diferentes níveis de prioridade, de acordo com a gravidade de sua condição e a urgência do atendimento. Essa estratificação, por sua vez, orienta a organização das filas de espera e o agendamento dos procedimentos e consultas, garantindo que os pacientes mais graves sejam atendidos em tempo oportuno, sem prejuízo daqueles que podem aguardar por um período maior sem risco de agravamento de sua saúde.

É importante ressaltar que a classificação de risco não é um processo estático, mas sim **dinâmico e contínuo**. O estado clínico do paciente pode mudar ao longo do tempo, e a classificação de risco deve ser reavaliada periodicamente, para garantir que o paciente continue sendo atendido de acordo com a sua necessidade.

### **Monitoramento da Lista de Espera: Acompanhamento e Gestão Proativa**

O **monitoramento da lista de espera** é outra atribuição fundamental do enfermeiro na gestão do acesso a tratamentos e procedimentos. O enfermeiro deve acompanhar ativamente a evolução da lista de espera, identificando os pacientes que estão

aguardando há mais tempo, verificando se houve alguma mudança em sua condição clínica, e buscando soluções para agilizar o seu atendimento.

O monitoramento da lista de espera envolve a **utilização de sistemas informatizados** de gestão de filas, a **análise de dados** sobre o tempo de espera, a **identificação de gargalos** no processo de atendimento e a **comunicação regular com os pacientes** para mantê-los informados sobre a sua situação. O enfermeiro também pode atuar na **busca ativa de pacientes** que faltaram a consultas ou procedimentos agendados, buscando identificar os motivos da ausência e remarcando o atendimento, quando necessário.

A **gestão proativa da lista de espera** implica em não apenas acompanhar a evolução da fila, mas também em implementar ações para reduzir o tempo de espera e otimizar o acesso aos serviços de saúde. Essas ações podem incluir:

- **Reavaliação periódica dos pacientes:** Verificar se a condição clínica dos pacientes que aguardam na lista de espera se manteve estável, se houve alguma piora ou melhora, e se a indicação do procedimento ou tratamento ainda se mantém.
- **Identificação de casos prioritários:** Identificar, dentro da lista de espera, os pacientes que apresentam maior risco de agravamento ou de complicações, e priorizar o seu atendimento.
- **Otimização do fluxo de atendimento:** Analisar o fluxo de atendimento dos pacientes, desde a solicitação do procedimento até a sua realização, identificando gargalos e propondo melhorias nos processos.
- **Articulação com a rede de atenção à saúde:** Buscar alternativas para o atendimento dos pacientes em outros serviços de saúde, quando houver indisponibilidade de vagas no serviço de referência.
- **Implementação de protocolos de regulação do acesso:** Utilizar protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas para padronizar a indicação de procedimentos e tratamentos, evitando encaminhamentos desnecessários e otimizando a utilização dos recursos disponíveis.

### **Comunicação com os Pacientes: Transparência, Acolhimento e Informação**

A **comunicação com os pacientes** que aguardam em listas de espera é um aspecto crucial da gestão do acesso e um direito fundamental do usuário do SUS. Os pacientes têm o direito de receber informações claras, precisas e atualizadas sobre a sua situação na lista de espera, o tempo estimado de espera, os critérios de priorização utilizados e as alternativas disponíveis para o seu atendimento.

O enfermeiro, como profissional que está em contato direto com os pacientes, tem um papel fundamental na comunicação dessas informações, atuando como um **elo entre o paciente e o sistema de saúde**. A comunicação deve ser **transparente, respeitosa e empática**, buscando acolher o paciente em sua angústia e incerteza, e fornecendo-lhe o apoio e a orientação necessários.

A comunicação com os pacientes em lista de espera deve incluir:

- **Informações sobre a sua posição na fila:** O paciente deve ser informado sobre a sua posição na lista de espera e o tempo estimado para o atendimento, de acordo com a sua classificação de risco.
- **Informações sobre os critérios de priorização:** O paciente deve ser informado sobre os critérios utilizados para a priorização dos atendimentos, para que ele possa compreender por que outros pacientes podem ser atendidos antes dele.
- **Informações sobre as alternativas disponíveis:** O paciente deve ser informado sobre as alternativas disponíveis para o seu atendimento, caso haja indisponibilidade de vagas no serviço de referência.
- **Orientações sobre como proceder em caso de mudança em seu estado clínico:** O paciente deve ser orientado sobre como proceder caso haja alguma piora em seu estado de saúde enquanto aguarda o atendimento, e sobre como entrar em contato com a equipe de saúde em caso de dúvidas ou intercorrências.
- **Acolhimento e apoio emocional:** O enfermeiro deve acolher o paciente em sua ansiedade e frustração, oferecendo apoio emocional e informações claras e precisas, e buscando tranquilizá-lo em relação ao seu processo de cuidado.

### **Educação em Saúde: Empoderamento e Autocuidado**

A **educação em saúde** é uma ferramenta poderosa para a promoção da autonomia do paciente, para o desenvolvimento do autocuidado e para a prevenção de

agravos. No contexto da gestão de filas de espera, a educação em saúde pode contribuir para:

- **Informar os pacientes sobre seus direitos:** Os pacientes precisam conhecer seus direitos em relação ao acesso a serviços de saúde, incluindo o direito a informações claras e completas sobre sua condição de saúde, as opções terapêuticas disponíveis e o tempo de espera para o atendimento.
- **Orientar os pacientes sobre como lidar com a espera:** O enfermeiro pode fornecer orientações sobre como lidar com a ansiedade e o estresse decorrentes da espera, sobre como manter hábitos saudáveis durante o período de espera, e sobre como identificar sinais e sintomas de agravamento da sua condição de saúde.
- **Promover o autocuidado:** O enfermeiro pode orientar os pacientes sobre como cuidar de sua saúde enquanto aguardam o atendimento, fornecendo informações sobre alimentação saudável, atividade física, controle da dor, manejo de sintomas, uso correto de medicamentos e outros cuidados específicos para a sua condição de saúde.
- **Prevenir complicações:** A educação em saúde pode contribuir para a prevenção de complicações decorrentes da demora no atendimento, orientando os pacientes sobre os sinais de alerta e sobre como buscar ajuda em caso de necessidade.
- **Empoderar os pacientes:** A educação em saúde pode empoderar os pacientes, tornando-os mais ativos e participativos em seu processo de cuidado, e fortalecendo sua capacidade de tomar decisões informadas sobre sua saúde.

A atuação do enfermeiro na avaliação e classificação de risco, no monitoramento da lista de espera, na comunicação com os pacientes e na educação em saúde é fundamental para a gestão de filas de espera e para a otimização do acesso a tratamentos e procedimentos no SUS.

O enfermeiro, com seu conhecimento técnico e científico, suas habilidades de comunicação e sua capacidade de liderança, pode contribuir significativamente para a construção de um sistema de saúde mais justo, equânime e resolutivo.

#### 4.5. O Papel do Enfermeiro na Gestão de Filas de Espera e na Otimização do Acesso: Parte 2

Dando continuidade à discussão sobre o papel crucial do enfermeiro na gestão de filas de espera e na otimização do acesso a tratamentos e procedimentos no SUS, esta segunda parte abordará a atuação do enfermeiro na **gestão de casos**, na **articulação com a rede de atenção à saúde**, na **defesa dos direitos dos pacientes** e na **utilização de ferramentas de gestão** para aprimorar o acesso.

##### **Gestão de Casos: Coordenação e Personalização do Cuidado**

A **gestão de casos** é uma abordagem colaborativa que visa coordenar e integrar os cuidados de saúde de pacientes com condições complexas ou de alto risco, que necessitam de acompanhamento longitudinal e de múltiplos serviços e profissionais. O enfermeiro gestor de casos atua como um **elo de ligação** entre o paciente, a família, a equipe de saúde e os diferentes serviços envolvidos no cuidado, buscando garantir a continuidade, a integralidade e a qualidade da assistência.

No contexto da gestão de filas de espera, o enfermeiro gestor de casos pode desempenhar um papel fundamental na **identificação de pacientes com maior risco de agravamento** durante o período de espera, na **priorização do atendimento** desses pacientes, na **articulação com a rede de atenção** para agilizar o acesso aos serviços necessários, e no **acompanhamento individualizado** do paciente, fornecendo apoio, orientação e educação em saúde.

##### **Atribuições do Enfermeiro Gestor de Casos:**

- **Avaliação abrangente do paciente:** Realizar uma avaliação abrangente das necessidades de saúde do paciente, considerando os aspectos clínicos, sociais, psicológicos e funcionais.
- **Elaboração do plano de cuidados individualizado:** Desenvolver, em conjunto com o paciente, a família e a equipe multiprofissional, um plano de cuidados individualizado, que defina metas, estratégias e intervenções para atender às necessidades específicas do paciente.



- **Coordenação do cuidado:** Articular os diferentes serviços e profissionais envolvidos no cuidado do paciente, garantindo a comunicação efetiva entre eles e a continuidade da assistência.
- **Monitoramento e acompanhamento:** Acompanhar a evolução clínica do paciente, monitorar os resultados das intervenções implementadas, identificar precocemente eventuais complicações e ajustar o plano de cuidados, quando necessário.
- **Educação em saúde:** Fornecer informações e orientações ao paciente e à família sobre a condição de saúde, o tratamento, os cuidados necessários e os direitos do paciente.
- **Advocacia do paciente:** Defender os direitos e interesses do paciente, atuando como um mediador entre o paciente, a família e a equipe de saúde, e buscando soluções para os problemas e dificuldades enfrentados.
- **Gestão de recursos:** Auxiliar o paciente no acesso aos recursos necessários para o seu cuidado, como medicamentos, equipamentos, serviços de apoio social, entre outros.

A gestão de casos é especialmente relevante para pacientes com **doenças crônicas complexas, múltiplas comorbidades, necessidades de cuidados paliativos** ou **situações de vulnerabilidade social**, que frequentemente enfrentam maiores dificuldades para acessar os serviços de saúde e para navegar no sistema de saúde.

### **Articulação com a Rede de Atenção à Saúde: Garantindo a Continuidade do Cuidado**

A **articulação com a rede de atenção à saúde** é outro aspecto fundamental da atuação do enfermeiro na gestão de filas de espera e na otimização do acesso. O enfermeiro, como profissional que atua em diferentes níveis de atenção e que possui um conhecimento abrangente sobre o funcionamento do SUS, pode atuar como um **facilitador da comunicação e da integração** entre os diferentes serviços e profissionais envolvidos no cuidado do paciente.

A **rede de atenção à saúde** é um conjunto de serviços de saúde, de diferentes níveis de complexidade, que se articulam e se complementam para garantir a integralidade do

cuidado. A rede inclui a atenção primária à saúde, a atenção especializada ambulatorial e hospitalar, a atenção domiciliar, a atenção psicossocial, a vigilância em saúde, entre outros serviços.

A **articulação entre os diferentes pontos da rede** é essencial para garantir a **continuidade do cuidado** e para evitar a fragmentação da assistência. O enfermeiro pode contribuir para essa articulação por meio de:

- **Comunicação efetiva com outros profissionais e serviços:** Compartilhar informações relevantes sobre o paciente e o plano de cuidados, garantindo que todos os profissionais envolvidos estejam cientes da situação do paciente e das condutas a serem adotadas.
- **Encaminhamento adequado e responsável:** Encaminhar os pacientes para os serviços de saúde adequados, de acordo com a sua necessidade e a disponibilidade de vagas, e garantir que o encaminhamento seja acompanhado das informações clínicas necessárias.
- **Acompanhamento do paciente na rede:** Acompanhar a trajetória do paciente na rede de atenção à saúde, verificando se ele está sendo atendido de forma adequada e se suas necessidades estão sendo atendidas.
- **Participação em reuniões e discussões de caso:** Participar de reuniões e discussões de caso com outros profissionais e serviços, para planejar e coordenar o cuidado de pacientes complexos.
- **Utilização de ferramentas de comunicação e registro:** Utilizar ferramentas como o prontuário eletrônico do paciente, o sistema de regulação do acesso e os sistemas de informação em saúde para registrar e compartilhar informações sobre o paciente e o seu cuidado.

### **Defesa dos Direitos dos Pacientes: Advocacia e Empoderamento**

A **defesa dos direitos dos pacientes** é um componente essencial da atuação do enfermeiro na gestão de filas de espera e na otimização do acesso. O enfermeiro, como profissional que está em contato direto com o paciente e que conhece suas necessidades e dificuldades, pode atuar como um **advogado do paciente**, defendendo seus direitos e

interesses, e buscando soluções para os problemas que ele enfrenta no acesso aos serviços de saúde.

A **advocacia do paciente** envolve:

- **Informar e orientar o paciente sobre seus direitos:** O enfermeiro deve informar o paciente sobre seus direitos em relação ao acesso a serviços de saúde, incluindo o direito a informações claras e completas sobre sua condição de saúde, as opções terapêuticas disponíveis, o tempo de espera para o atendimento e os canais para apresentar reclamações e denúncias.
- **Auxiliar o paciente na obtenção de documentos e informações:** O enfermeiro pode auxiliar o paciente na obtenção de documentos e informações necessárias para solicitar um tratamento ou procedimento, como laudos médicos, exames, relatórios, etc.
- **Apoiar o paciente na tomada de decisão:** O enfermeiro deve apoiar o paciente na tomada de decisão sobre seu cuidado, respeitando sua autonomia e suas preferências, e fornecendo informações e orientações que o auxiliem a fazer escolhas informadas.
- **Representar o paciente perante a equipe de saúde e a instituição:** O enfermeiro pode atuar como um mediador entre o paciente, a família e a equipe de saúde, buscando soluções para os conflitos e garantindo que as necessidades do paciente sejam atendidas.
- **Denunciar situações de violação de direitos:** O enfermeiro deve denunciar situações de violação de direitos do paciente, como a negativa de atendimento, a discriminação, a negligência, o abuso e a violência, aos órgãos competentes.

O **empoderamento do paciente** é um processo que visa fortalecer a capacidade do paciente de participar ativamente do seu processo de cuidado, de tomar decisões informadas sobre sua saúde e de defender seus direitos. O enfermeiro pode contribuir para o empoderamento do paciente por meio da educação em saúde, do fornecimento de informações claras e compreensíveis, do estímulo à participação ativa nas decisões sobre o cuidado e do apoio na busca por soluções para os problemas enfrentados.

## **Utilização de Ferramentas de Gestão para a Otimização do Acesso:**

A **utilização de ferramentas de gestão** é fundamental para a melhoria da gestão de filas de espera e para a otimização do acesso a tratamentos e procedimentos no SUS. O enfermeiro, como profissional que atua na gestão do cuidado e na organização dos serviços de saúde, pode contribuir para a implementação e utilização dessas ferramentas, buscando aprimorar a eficiência, a equidade e a qualidade da assistência.

Algumas ferramentas de gestão que podem ser utilizadas para a otimização do acesso incluem:

- **Planejamento Estratégico:** O planejamento estratégico é um processo que envolve a definição de objetivos, metas e estratégias para a melhoria do acesso aos serviços de saúde. O enfermeiro pode participar da elaboração do plano estratégico da instituição, contribuindo com sua visão sobre as necessidades dos pacientes e sobre os desafios da prática clínica.
- **Gestão de Processos:** A gestão de processos envolve a análise e o redesenho dos processos assistenciais, com o objetivo de otimizar o fluxo de pacientes, reduzir o tempo de espera e melhorar a qualidade do cuidado. O enfermeiro pode participar da identificação de gargalos nos processos, da proposição de melhorias e da implementação de mudanças.
- **Indicadores de Desempenho:** A utilização de indicadores de desempenho é fundamental para o monitoramento e a avaliação da gestão de filas de espera e do acesso aos serviços de saúde. O enfermeiro pode contribuir para a definição dos indicadores, para a coleta e análise de dados, e para a elaboração de planos de ação para a melhoria dos resultados.
- **Sistemas de Informação em Saúde:** A utilização de sistemas informatizados de gestão de filas de espera, de prontuários eletrônicos do paciente e de outras ferramentas tecnológicas pode contribuir para a organização do acesso, a comunicação entre os profissionais e serviços, e a tomada de decisão clínica.
- **Protocolos de Regulação do Acesso:** A implementação de protocolos de regulação do acesso, com critérios claros e transparentes para a priorização dos pacientes, pode contribuir para a equidade e a eficiência do processo regulatório.

- **Benchmarking:** Comparar seus processos e indicadores com outras unidades de saúde, para identificar oportunidades de melhoria.

#### **Conclusão do Subtópico 4.4 e do Capítulo 4**

A atuação do enfermeiro na gestão de filas de espera e na otimização do acesso a tratamentos e procedimentos no SUS é multifacetada e de extrema importância para a garantia do direito à saúde e para a construção de um sistema de saúde mais justo e equânime. O enfermeiro, com seu conhecimento técnico e científico, suas habilidades de comunicação e liderança, e seu compromisso com o cuidado integral e humanizado, pode atuar em diferentes frentes, desde a avaliação e classificação de risco dos pacientes até a gestão de casos complexos, a articulação com a rede de atenção, a defesa dos direitos dos pacientes e a utilização de ferramentas de gestão para a melhoria do acesso. O investimento na formação e na capacitação dos enfermeiros, a valorização de seu papel na gestão do cuidado e a criação de condições de trabalho adequadas são fundamentais para que a enfermagem possa exercer plenamente seu potencial na promoção da saúde e na garantia do acesso universal e integral aos serviços de saúde.

#### **4.6 Conclusão do Capítulo 4: Acesso a Tratamentos e Procedimentos Negados pelo SUS: Estratégias Administrativas e Judiciais**

Este capítulo se aprofundou em uma questão nevrálgica do Sistema Único de Saúde (SUS): o **acesso a tratamentos e procedimentos**, frequentemente obstaculizado por negativas, longas filas de espera e complexidades burocráticas. A análise perpassou desde os mecanismos de regulação do acesso até as estratégias administrativas e judiciais disponíveis aos cidadãos, sem negligenciar o papel fundamental do enfermeiro nesse intrincado cenário.

O **subtópico 4.1** desmistificou o funcionamento da **regulação do acesso** no SUS, revelando a complexa teia de listas de espera e centrais de regulação. Ficou claro que, embora a regulação seja um instrumento essencial para organizar a demanda e priorizar atendimentos, ela, por si só, não garante o acesso oportuno e equânime. As longas filas de espera, a falta de transparência nos critérios de priorização e as dificuldades de comunicação com os pacientes foram apontados como desafios a serem superados.

O **subtópico 4.2** abordou as **vias de recurso** disponíveis aos pacientes diante de uma negativa ou demora excessiva do SUS. O **recurso administrativo**, como primeira

instância de contestação, foi apresentado como uma ferramenta importante para a resolução de problemas de forma mais ágil e menos onerosa. No entanto, quando o recurso administrativo se mostra infrutífero, a **ação judicial** surge como um instrumento legítimo para a garantia do direito fundamental à saúde, amparado pela Constituição Federal e pela legislação infraconstitucional. Os requisitos para a propositura da ação judicial, a importância da documentação médica e a possibilidade de obtenção de tutela de urgência (liminar) foram detalhados, buscando fornecer informações claras e precisas para os profissionais de saúde e para os cidadãos em geral.

O **subtópico 4.3** mergulhou nos complexos conceitos da "**reserva do possível**" e da "**escolha trágica**". A reserva do possível, argumento frequentemente utilizado pelo Estado para justificar a limitação de recursos e a impossibilidade de atender a todas as demandas, foi analisada sob a ótica da jurisprudência do Supremo Tribunal Federal (STF), que tem relativizado a sua aplicação em matéria de saúde, exigindo a comprovação da indisponibilidade de recursos e o respeito ao mínimo existencial. As escolhas trágicas, situações em que os recursos são insuficientes para atender a todas as necessidades, foram apresentadas como dilemas éticos que exigem dos gestores e profissionais de saúde uma tomada de decisão criteriosa, transparente e fundamentada em princípios éticos e bioéticos.

O **subtópico 4.4**, dividido em duas partes, destacou o **papel crucial do enfermeiro** na gestão de filas de espera e na otimização do acesso a tratamentos e procedimentos. Na **Parte 1**, foram abordadas as atribuições do enfermeiro na **avaliação e classificação de risco**, no **monitoramento da lista de espera**, na **comunicação com os pacientes** e na **educação em saúde**. A atuação do enfermeiro, nesses diferentes âmbitos, foi apresentada como essencial para a qualificação da demanda, para a priorização dos casos mais urgentes, para a humanização do atendimento e para o empoderamento dos pacientes. Na **Parte 2**, o foco se voltou para a atuação do enfermeiro na **gestão de casos**, na **articulação com a rede de atenção à saúde**, na **defesa dos direitos dos pacientes** e na **utilização de ferramentas de gestão** para a otimização do acesso. A gestão de casos, em particular, foi destacada como uma estratégia promissora para a coordenação do cuidado de pacientes com condições complexas, que frequentemente enfrentam maiores dificuldades para navegar no sistema de saúde.

Em suma, este capítulo demonstrou que o acesso a tratamentos e procedimentos no SUS é um **direito fundamental** que, no entanto, enfrenta **múltiplos desafios** para a sua efetivação. A judicialização da saúde, embora seja um instrumento legítimo para a garantia desse direito, não deve ser vista como a principal ou única solução para os problemas de acesso. É fundamental que se fortaleçam os **mecanismos de gestão e organização do SUS**, que se invista na **prevenção de doenças e na promoção da saúde**, que se aprimorem os **processos de regulação do acesso**, que se promovam a **educação em saúde** e o **empoderamento dos pacientes**, e que se busquem **alternativas à judicialização**, como a mediação, a conciliação e a utilização de câmaras técnicas.

A **atuação do enfermeiro**, em todos os níveis de atenção, é essencial para a superação dos desafios e para a construção de um SUS mais justo, equânime e resolutivo. O enfermeiro, como profissional que está na linha de frente do cuidado, que conhece as necessidades dos pacientes e que possui competências em gestão, comunicação e educação em saúde, pode atuar como um **agente de transformação** no sistema de saúde, contribuindo para a garantia do acesso universal e integral à saúde, para a redução das desigualdades e para a promoção da qualidade de vida da população. O **conhecimento aprofundado sobre o funcionamento do SUS**, sobre os **direitos dos pacientes** e sobre as **estratégias para a otimização do acesso** é fundamental para que o enfermeiro possa desempenhar seu papel de forma efetiva e contribuir para a construção de um sistema de saúde mais justo e humano. O **compromisso ético** com a defesa do direito à saúde e a **atuação em parceria** com outros profissionais de saúde, com os gestores públicos e com a sociedade civil são elementos-chave para o sucesso dessa empreitada.

### **Recomendações:**

Para aprimorar o acesso a tratamentos e procedimentos no SUS e reduzir a judicialização da saúde, recomenda-se:

- **Fortalecer a Atenção Primária à Saúde (APS):** Investir na APS como porta de entrada preferencial e ordenadora do cuidado, ampliando a cobertura da

Estratégia Saúde da Família (ESF), qualificando as equipes multiprofissionais e garantindo o acesso a medicamentos e exames básicos.

- **Aprimorar a Gestão do SUS:** Investir em sistemas de informação em saúde, em ferramentas de gestão de filas de espera, em protocolos de regulação do acesso e em mecanismos de avaliação e monitoramento dos serviços de saúde.
- **Promover a Transparência e o Controle Social:** Divulgar informações claras e acessíveis sobre o funcionamento do SUS, os critérios de priorização, o tempo de espera e os direitos dos pacientes. Fortalecer os conselhos de saúde e outras instâncias de participação social.
- **Investir em Educação em Saúde:** Promover a educação em saúde para a população, informando sobre os direitos dos pacientes, o funcionamento do SUS e as formas de acesso aos serviços de saúde.
- **Fortalecer os Mecanismos de Resolução Extrajudicial de Conflitos:** Investir em ouvidorias, centrais de atendimento, mediação e conciliação, como alternativas à judicialização.
- **Capacitar os Profissionais de Saúde:** Oferecer treinamento e capacitação para os profissionais de saúde sobre o direito à saúde, a legislação sanitária, a gestão de filas de espera, a comunicação com os pacientes e a resolução de conflitos.
- **Promover o Diálogo Interinstitucional:** Fortalecer o diálogo entre o Poder Judiciário, o Ministério Público, a Defensoria Pública, os gestores de saúde e os profissionais de saúde, buscando soluções conjuntas para os problemas de acesso à saúde.
- **Valorizar a Atuação da Enfermagem:** Reconhecer e valorizar o papel da enfermagem na gestão de cuidados, na segurança do paciente, na promoção da saúde e na garantia do acesso aos serviços de saúde.

A efetivação do direito à saúde no Brasil é um desafio complexo, que exige o engajamento de todos os setores da sociedade. A enfermagem, como profissão comprometida com a saúde e o bem-estar da população, tem um papel fundamental a desempenhar nesse processo, atuando como agente de transformação e defensora de um SUS mais justo, equânime e resolutivo.



## CAPÍTULO 5: PLANOS DE SAÚDE: DIREITOS DOS USUÁRIOS E NEGATIVAS DE COBERTURA

### **Autora Principal**

Karlanne Átilla Sousa Martins Lima<sup>1</sup>

Filipe da Silva Coelho<sup>2</sup>

### **Co-autores**

Maria Eduarda Fabricante do Nascimento<sup>3</sup>

Maria Gorete Marques Cruz<sup>4</sup>

Idelson de Carvalho Queiroz<sup>5</sup>

Cristina Dourado Costa<sup>6</sup>

Nelry Raquel Furtado De Leão<sup>7</sup>

Jeofton Meira Trindade<sup>8</sup>

Edson Rodrigues De Holanda<sup>9</sup>

Rogério Ferreira Da Silva<sup>10</sup>

<sup>1</sup> Doutoranda em Gestão em Saúde. – Integralize Corporation Educação. [lattes.cnpq.br/5382147734270548](http://lattes.cnpq.br/5382147734270548). Orcid ID: <https://orcid.org/0009-0006-4135-419X>. E-mail: [karlannelima9@gmail.com](mailto:karlannelima9@gmail.com).

<sup>2</sup> Mestrando Ciências da Educação. World Ecumenical University. Lattes <http://lattes.cnpq.br/9623484413657118>

<sup>3</sup> Graduanda em Direito. Faculdade Santa Luzia – FSL.

<sup>4</sup> Graduanda em Direito. Faculdade Santa Luzia – FSL.

<sup>5</sup> Graduando em Direito. Faculdade Santa Luzia – FSL.

<sup>6</sup> Graduanda em Direito. Faculdade Santa Luzia – FSL.

<sup>7</sup> Graduanda em Direito. Faculdade Santa Luzia – FSL.

<sup>8</sup> Graduando em Direito. Faculdade Santa Luzia – FSL.

<sup>9</sup> Graduando em Direito. Faculdade Santa Luzia – FSL.

<sup>10</sup> Graduando em Direito. Faculdade Santa Luzia – FSL.

### **1. INTRODUÇÃO**

O acesso à saúde no Brasil se dá por meio de um sistema híbrido, composto pelo Sistema Único de Saúde (SUS), de caráter público e universal, e pelo setor de saúde suplementar, representado pelos planos de saúde privados. Enquanto o SUS é regido pelos princípios da universalidade, integralidade e equidade, e financiado por recursos públicos, os planos de saúde operam sob a lógica do mercado, com base em contratos firmados entre operadoras e beneficiários, e são regulados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

A coexistência desses dois sistemas, público e privado, gera complexidades e desafios para a garantia do direito à saúde, especialmente no que tange à cobertura assistencial, aos direitos dos usuários e às relações entre operadoras, prestadores de

serviços e beneficiários. Este capítulo se propõe a analisar o universo dos planos de saúde no Brasil, abordando a legislação que regulamenta o setor, os direitos dos usuários, as principais causas de negativa de cobertura, as estratégias para contestar negativas indevidas e o papel da enfermagem nesse contexto.

A saúde suplementar, no Brasil, é regida pela Lei nº 9.656/98, conhecida como Lei dos Planos de Saúde, que estabelece as regras para a operação das empresas de planos de saúde, define os direitos e deveres das operadoras e dos beneficiários, e cria a Agência

Nacional de Saúde Suplementar (ANS), autarquia federal responsável pela regulação, normatização, controle e fiscalização do setor. A Lei dos Planos de Saúde representou um avanço na proteção dos direitos dos consumidores de planos de saúde, ao estabelecer regras mais claras para a cobertura assistencial, os reajustes de mensalidades, a rescisão contratual, entre outros aspectos.

A **Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)**, criada pela Lei nº 9.961/00, é o órgão regulador responsável por definir as normas e os padrões para o funcionamento dos planos de saúde, por fiscalizar as operadoras, por receber e processar reclamações dos usuários, e por aplicar sanções em caso de descumprimento da legislação. A ANS também é responsável por elaborar e atualizar periodicamente o **Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde**, que é a lista de procedimentos, exames e tratamentos de cobertura obrigatória pelos planos de saúde.

O **Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS** é um dos instrumentos mais importantes para a garantia dos direitos dos usuários de planos de saúde. Ele define a cobertura mínima obrigatória que os planos de saúde devem oferecer, de acordo com o tipo de plano contratado (ambulatorial, hospitalar, obstétrico, odontológico, referência). O rol é atualizado periodicamente, incorporando novas tecnologias e procedimentos, e é objeto de intensos debates e disputas entre operadoras, usuários, profissionais de saúde e órgãos de defesa do consumidor. A inclusão de um procedimento no rol da ANS, em tese, garante a sua cobertura pelos planos de saúde, mas, na prática, as operadoras frequentemente negam a cobertura, alegando diferentes motivos, o que gera conflitos e, muitas vezes, leva à judicialização.

As **negativas de cobertura** por parte das operadoras de planos de saúde são uma das principais causas de reclamações dos usuários e de ações judiciais. As operadoras utilizam diferentes argumentos para negar a cobertura, como:

- **Alegação de doença preexistente:** As operadoras alegam que a doença ou lesão que motivou a solicitação do procedimento já existia antes da contratação do plano, e que, portanto, não há cobertura, exceto após o cumprimento de prazos de carência ou de Cobertura Parcial Temporária (CPT), que não podem ultrapassar 24 meses.
- **Alegação de procedimento não previsto no rol da ANS:** As operadoras alegam que o procedimento solicitado não consta no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, e que, portanto, não há obrigação de cobertura. No entanto, o Superior Tribunal de Justiça (STJ) tem se posicionado no sentido de que o rol da ANS é exemplificativo, e não taxativo, ou seja, a ausência de um procedimento no rol não significa, necessariamente, que ele não deva ser coberto.
- **Alegação de carência:** Os planos de saúde estabelecem prazos de carência para a realização de determinados procedimentos. As operadoras podem negar a cobertura alegando que o usuário ainda não cumpriu o prazo de carência previsto no contrato. No entanto, a lei estabelece prazos máximos de carência, e a negativa de cobertura em casos de urgência e emergência é considerada abusiva.
- **Alegação de tratamento experimental:** As operadoras podem negar a cobertura de tratamentos considerados experimentais, ou seja, que ainda não tiveram sua eficácia e segurança comprovadas cientificamente, ou que não possuem registro na ANVISA. No entanto, a jurisprudência tem evoluído no sentido de garantir o acesso a tratamentos experimentais em casos excepcionais, quando há indicação médica e ausência de alternativas terapêuticas.
- **Negativa de *home care*:** A negativa de cobertura para o serviço de *home care* (atenção domiciliar) é outra causa frequente de judicialização. As operadoras, muitas vezes, alegam que o *home care* não está previsto no contrato ou que não há indicação clínica para esse tipo de serviço. No entanto, a jurisprudência tem se posicionado no sentido de que o *home care* pode ser considerado uma

extensão do tratamento hospitalar e, portanto, deve ser coberto pelo plano de saúde quando houver indicação médica.

Diante de uma negativa de cobertura, o usuário do plano de saúde pode adotar diferentes **estratégias para defender seus direitos**. A primeira medida é **entrar em contato com a operadora do plano** e solicitar uma justificativa formal para a negativa, por escrito. É importante guardar todos os protocolos de atendimento, e-mails e documentos relacionados à solicitação. Caso a operadora não resolva o problema, o usuário pode registrar uma **reclamação junto à ANS**, que tem o poder de mediar o conflito e de aplicar sanções às operadoras que descumprirem a legislação. Se as vias administrativas não forem suficientes para garantir o acesso ao tratamento, o usuário pode recorrer à **via judicial**, por meio de uma ação judicial contra a operadora do plano de saúde. Para isso, é fundamental buscar o auxílio de um **advogado especializado em direito da saúde**, que poderá analisar o caso, orientar o paciente sobre seus direitos e conduzir o processo judicial.

A **jurisprudência** dos tribunais brasileiros tem sido, em geral, favorável aos usuários de planos de saúde, reconhecendo o direito à cobertura de procedimentos e tratamentos que foram negados pelas operadoras. O Superior Tribunal de Justiça (STJ) tem diversas decisões que estabelecem que o rol da ANS é exemplificativo, que a negativa de cobertura com base em doença preexistente é abusiva quando a operadora não realiza exames pré-admissionais, e que o *home care* pode ser considerado uma extensão do tratamento hospitalar e, portanto, deve ser coberto pelo plano de saúde quando houver indicação médica.

Os **reajustes abusivos de mensalidades** de planos de saúde também são frequentemente questionados na Justiça. A lei estabelece critérios para os reajustes, e os aumentos abusivos, que não correspondem à variação dos custos dos serviços de saúde ou que são aplicados de forma discriminatória, podem ser contestados judicialmente.

O **papel da enfermagem** nesse cenário é fundamental. O enfermeiro, como profissional que está em contato direto com o paciente e que conhece suas necessidades de saúde, pode atuar como um **educador**, orientando o paciente sobre seus direitos em relação ao plano de saúde, auxiliando na obtenção de documentos e informações para contestar negativas, e fornecendo apoio emocional durante o processo. O enfermeiro

também pode contribuir para a **prevenção de conflitos**, por meio da comunicação clara e transparente com o paciente e da gestão adequada do cuidado.

Este capítulo, portanto, busca fornecer aos profissionais de saúde, em especial aos enfermeiros, e aos usuários de planos de saúde, informações claras e precisas sobre os direitos dos usuários, as principais causas de negativa de cobertura, as estratégias para contestar negativas indevidas e o papel da enfermagem nesse contexto. A compreensão desses temas é fundamental para a garantia do acesso à saúde, para a promoção da equidade e para a construção de um sistema de saúde suplementar mais justo e eficiente. A judicialização, embora seja um instrumento legítimo para a defesa de direitos, deve ser vista como um último recurso, e a busca por soluções extrajudiciais, por meio do diálogo, da negociação e da mediação, deve ser priorizada. A atuação do enfermeiro, como profissional engajado na defesa dos direitos dos pacientes e na promoção da saúde, é essencial para a construção de um sistema de saúde suplementar mais ético, transparente e comprometido com o bem-estar dos usuários.

#### 5.1. A Lei dos Planos de Saúde (Lei nº 9.656/98) e suas Principais Disposições: Uma Análise Crítica sob a Ótica da Enfermagem

A Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, conhecida como Lei dos Planos de Saúde, representa um marco regulatório fundamental para o setor de saúde suplementar no Brasil. Ela estabelece as regras para o funcionamento das operadoras de planos de saúde, define os direitos e deveres das empresas e dos beneficiários, e busca garantir a qualidade e a segurança da assistência prestada. Este tópico se propõe a analisar as principais disposições da Lei dos Planos de Saúde, com um olhar crítico e focado na atuação da enfermagem e na garantia dos direitos dos usuários.

A Lei nº 9.656/98 surgiu em um contexto de expansão do mercado de planos de saúde no Brasil, impulsionado pela insatisfação com o Sistema Único de Saúde (SUS) e pela busca por alternativas de acesso à assistência médica. Antes da lei, o setor de saúde suplementar era pouco regulamentado, o que gerava insegurança jurídica para os consumidores e abria espaço para práticas abusivas por parte das operadoras. A lei, portanto, veio para preencher uma lacuna regulatória e para proteger os direitos dos usuários de planos de saúde.

## **Principais Disposições da Lei nº 9.656/98:**

A Lei dos Planos de Saúde abrange diversos aspectos do funcionamento das operadoras e dos contratos de planos de saúde. Dentre suas principais disposições, destacam-se:

- **Definição de Plano Privado de Assistência à Saúde:** A lei define plano privado de assistência à saúde como a "prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós-estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor". (Art. 1º)
- **Modalidades de Planos de Saúde:** A lei estabelece diferentes modalidades de planos de saúde, que podem ser classificados de acordo com a sua segmentação assistencial (ambulatorial, hospitalar, com ou sem obstetrícia, odontológico, referência) e com a sua abrangência geográfica (nacional, estadual, regional, municipal).
- **Cobertura Assistencial:** A lei define que os planos de saúde devem oferecer cobertura para consultas, exames, internações, cirurgias, partos, tratamentos odontológicos, entre outros procedimentos, de acordo com a segmentação assistencial do plano contratado. A lei também estabelece a obrigatoriedade de cobertura para algumas condições específicas, como doenças preexistentes (após o cumprimento de prazos de carência ou de Cobertura Parcial Temporária – CPT), urgências e emergências, e planejamento familiar.
- **Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde:** A lei determina que a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) elabore e atualize periodicamente um Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que lista os procedimentos, exames e tratamentos de cobertura obrigatória pelos planos de saúde. O rol é um instrumento importante para a garantia dos direitos dos usuários, mas tem sido

objeto de controvérsias e de judicialização, pois as operadoras frequentemente negam a cobertura de procedimentos que não constam no rol, alegando que ele é taxativo (limitativo).

- **Reajustes de Mensalidades:** A lei estabelece critérios para os reajustes das mensalidades dos planos de saúde, diferenciando os reajustes por variação de custos (anual) dos reajustes por mudança de faixa etária. Os reajustes dos planos individuais e familiares são controlados pela ANS, enquanto os reajustes dos planos coletivos são negociados entre as operadoras e as empresas contratantes.
- **Rescisão Contratual:** A lei estabelece regras para a rescisão dos contratos de planos de saúde, tanto por iniciativa da operadora quanto por iniciativa do beneficiário. A rescisão unilateral do contrato pela operadora só é permitida em casos de fraude ou inadimplência do beneficiário, e a rescisão por iniciativa do beneficiário pode ser feita a qualquer tempo, sem ônus, desde que cumprido o prazo de vigência mínima do contrato.
- **Portabilidade de Carências:** A lei permite que os beneficiários de planos de saúde troquem de plano, levando consigo as carências já cumpridas, desde que cumpridos determinados requisitos.
- **Direitos e Deveres das Operadoras:** A lei estabelece uma série de direitos e deveres para as operadoras de planos de saúde, como o dever de garantir a cobertura assistencial prevista no contrato, o dever de informar os beneficiários sobre seus direitos e deveres, o dever de manter uma rede credenciada de qualidade, o dever de prestar contas à ANS, entre outros.
- **Direitos e Deveres dos Beneficiários:** A lei também estabelece os direitos e deveres dos beneficiários de planos de saúde, como o direito à informação, o direito à cobertura assistencial, o direito à portabilidade de carências, o direito de rescindir o contrato, o dever de pagar as mensalidades em dia, o dever de utilizar os serviços de forma consciente e responsável, entre outros.

### **A Lei nº 9.656/98 sob a Ótica da Enfermagem:**

A Lei dos Planos de Saúde, embora seja um marco regulatório importante para o setor de saúde suplementar, apresenta **lacunas e desafios** que impactam diretamente a atuação da enfermagem e o acesso dos pacientes aos cuidados de saúde.

Um dos principais desafios é a **interpretação restritiva do rol da ANS** por parte de algumas operadoras, que negam a cobertura de procedimentos e tratamentos alegando que não constam na lista. Essa interpretação, muitas vezes, contraria a jurisprudência dos tribunais superiores, que têm entendido que o rol da ANS é exemplificativo, e não taxativo. A negativa de cobertura com base no rol da ANS pode gerar prejuízos significativos para os pacientes, que ficam sem acesso ao tratamento necessário ou precisam arcar com os custos do próprio bolso.

Outro desafio é a **questão das doenças preexistentes**. A lei permite que as operadoras estabeleçam prazos de carência ou de Cobertura Parcial Temporária (CPT) para a cobertura de doenças e lesões preexistentes, mas muitas vezes as operadoras utilizam essa prerrogativa de forma abusiva, negando a cobertura de procedimentos e tratamentos relacionados a condições de saúde que o paciente já possuía antes da contratação do plano, mesmo após o cumprimento dos prazos de carência ou CPT.

A **falta de clareza e transparência** em relação às coberturas oferecidas pelos planos de saúde é outro problema recorrente. Muitos contratos de planos de saúde são complexos e de difícil compreensão para os usuários, e as informações sobre os procedimentos, exames e tratamentos cobertos nem sempre são disponibilizadas de forma clara e acessível. Isso dificulta o exercício dos direitos dos usuários e contribui para a ocorrência de conflitos e para a judicialização da saúde.

A **atuação da enfermagem** é fundamental para a garantia dos direitos dos usuários de planos de saúde. O enfermeiro, como profissional que está em contato direto com o paciente e que conhece suas necessidades de saúde, pode atuar como um **educador**, orientando o paciente sobre seus direitos, sobre o funcionamento do plano de saúde e sobre as formas de contestar negativas de cobertura. O enfermeiro também pode auxiliar o paciente na **obtenção de documentos e informações** necessárias para a solicitação de procedimentos e tratamentos, e pode atuar como um **advogado do paciente**, defendendo seus interesses perante a operadora do plano de saúde.

Além disso, a enfermagem tem um papel importante na **prevenção de conflitos** entre usuários e operadoras de planos de saúde, por meio da **comunicação clara e transparente** com o paciente, da **gestão adequada do cuidado** e da **documentação completa e precisa** das ações realizadas. O enfermeiro pode contribuir para a



construção de uma relação de confiança entre o paciente e a operadora do plano, e para a resolução de problemas de forma mais ágil e menos onerosa.

Em suma, a Lei dos Planos de Saúde, embora represente um avanço na regulamentação do setor de saúde suplementar, ainda apresenta lacunas e desafios que precisam ser superados para garantir a efetiva proteção dos direitos dos usuários.

A atuação da enfermagem, como profissão comprometida com a saúde e o bem-estar da população, é fundamental para a garantia do acesso a serviços de saúde de qualidade, tanto no âmbito do SUS quanto no âmbito da saúde suplementar. A enfermagem, por meio de sua atuação assistencial, educativa e de gestão, pode contribuir para a construção de um sistema de saúde mais justo, equânime e resolutivo, que atenda às necessidades de saúde da população brasileira.

**Tabela 1 - Principais Pontos da Lei nº 9.656/98 (Lei dos Planos de Saúde)**

Aspecto	Disposição
Definição de Plano de Saúde	Prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir assistência à saúde.
Modalidades de Planos	Ambulatorial, hospitalar (com ou sem obstetrícia), odontológico, referência.
Cobertura Assistencial	Consultas, exames, internações, cirurgias, partos, tratamentos odontológicos, etc., de acordo com a segmentação assistencial do plano. Cobertura obrigatória para doenças preexistentes (após carência/CPT), urgências e emergências, e planejamento familiar.
Rol de Procedimentos da ANS	Lista de procedimentos, exames e tratamentos de cobertura obrigatória pelos planos de saúde.
Reajustes de Mensalidades	Reajustes anuais por variação de custos e reajustes por mudança de faixa etária. Reajustes de planos individuais e familiares controlados pela ANS.
Rescisão Contratual	Rescisão unilateral pela operadora só em casos de fraude ou inadimplência. Rescisão pelo beneficiário a qualquer tempo, sem ônus, após cumprido o prazo de vigência mínima.
Portabilidade de Carências	Possibilidade de trocar de plano levando as carências já cumpridas.
Direitos e Deveres das Operadoras	Garantir a cobertura assistencial, informar os beneficiários, manter rede credenciada de qualidade, prestar contas à ANS, etc.

<b>Direitos e Deveres dos Beneficiários</b>	Direito à informação, à cobertura, à portabilidade, à rescisão; dever de pagar as mensalidades, utilizar os serviços de forma consciente, etc.
---	--

**Fonte:** Elaborado pelo autor (2024), com base na Lei nº 9.656/98.

**Tabela 2: Ações do Enfermeiro na Garantia dos Direitos dos Usuários de Planos de Saúde**

<b>Ação</b>	<b>Descrição</b>
<b>Orientação sobre Direitos</b>	Informar o paciente sobre seus direitos em relação ao plano de saúde, incluindo a cobertura assistencial, os prazos de carência, os reajustes de mensalidade, a portabilidade de carências e a rescisão contratual.
<b>Auxílio na Obtenção de Documentos</b>	Auxiliar o paciente na obtenção de documentos e informações necessárias para solicitar procedimentos e tratamentos, como laudos médicos, exames, relatórios, etc.
<b>Comunicação com a Operadora</b>	Atuar como intermediário entre o paciente e a operadora do plano de saúde, buscando informações sobre a cobertura assistencial, esclarecendo dúvidas e solicitando autorizações para procedimentos e tratamentos.
<b>Registro Completo do Cuidado</b>	Registrar de forma completa e precisa todas as informações relevantes sobre o cuidado prestado ao paciente, incluindo as solicitações de procedimentos e tratamentos, as negativas de cobertura, as orientações fornecidas e as intercorrências.
<b>Apoio Emocional</b>	Oferecer apoio emocional ao paciente e à família diante de negativas de cobertura ou de outras dificuldades relacionadas ao plano de saúde.
<b>Encaminhamento para Assistência Jurídica</b>	Orientar o paciente sobre a possibilidade de buscar assistência jurídica em caso de negativa de cobertura ou de outras violações de seus direitos, e encaminhá-lo para órgãos de defesa do consumidor ou para advogados especializados em direito da saúde.

**Fonte:** Elaborado pelo autor (2024).

### **Conclusão do Capítulo 5: Planos de Saúde: Direitos dos Usuários e Negativas de Cobertura**

Este capítulo se dedicou a desvendar o complexo universo dos planos de saúde no Brasil, abordando a legislação que rege o setor, os direitos dos usuários, as principais causas de negativas de cobertura, as estratégias para contestar essas negativas e o papel fundamental da enfermagem nesse cenário. A análise aprofundada desses temas revelou a importância de se conhecer a fundo os direitos e deveres de ambas as partes –

operadoras e beneficiários – para garantir um relacionamento mais equilibrado e justo, e para assegurar o acesso à saúde suplementar de forma digna e efetiva.

A **Lei nº 9.656/98**, Lei dos Planos de Saúde, foi apresentada como o marco regulatório fundamental do setor, estabelecendo as regras para o funcionamento das operadoras, definindo os direitos e deveres das empresas e dos beneficiários, e criando a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) como órgão regulador. A análise das principais disposições da lei permitiu compreender a amplitude da cobertura assistencial obrigatória, os critérios para reajustes de mensalidades, as regras para rescisão contratual e a importância do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS.

O **Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS**, por sua vez, foi dissecado em seus detalhes, esclarecendo sua função como lista de referência para a cobertura mínima obrigatória pelos planos de saúde, mas ressaltando, com base em decisões judiciais, que o rol não deve ser interpretado de forma taxativa, ou seja, limitadora. A discussão sobre a natureza exemplificativa ou taxativa do rol da ANS é central para a compreensão dos conflitos entre usuários e operadoras, e para a defesa dos direitos dos pacientes.

As **principais causas de negativa de cobertura** pelas operadoras de planos de saúde foram analisadas em profundidade, revelando um cenário preocupante de práticas abusivas e de desrespeito aos direitos dos consumidores. As alegações de doença preexistente, de procedimento não previsto no rol da ANS, de carência e de tratamento experimental foram identificadas como as justificativas mais frequentes para as negativas, muitas vezes utilizadas de forma indevida pelas operadoras. A negativa de *home care*, um serviço essencial para muitos pacientes, também foi abordada como uma causa comum de conflitos e de judicialização.

Diante das negativas de cobertura, foram apresentadas as **estratégias para a defesa dos direitos dos usuários**, desde a reclamação junto à operadora do plano e à ANS até a propositura de ações judiciais. A importância de se buscar orientação jurídica especializada foi ressaltada, bem como a necessidade de se reunir toda a documentação relevante para comprovar a necessidade do tratamento e a negativa indevida da operadora.

A **jurisprudência** sobre planos de saúde, com decisões do Superior Tribunal de Justiça (STJ) e de tribunais regionais, foi mencionada como um importante instrumento para a

defesa dos direitos dos usuários, demonstrando que, em muitos casos, a Justiça tem se posicionado a favor dos pacientes, reconhecendo a abusividade das negativas de cobertura e determinando o custeio dos tratamentos pelas operadoras.

Os **reajustes abusivos de mensalidades** de planos de saúde também foram abordados, ressaltando-se a importância de se conhecer os critérios legais para os reajustes e de se contestar judicialmente os aumentos que não correspondam à variação dos custos dos serviços de saúde ou que sejam aplicados de forma discriminatória.

Por fim, e de forma central para este e-book, o **papel da enfermagem** na garantia dos direitos dos usuários de planos de saúde foi enfatizado. O enfermeiro, como profissional que está em contato direto com o paciente, que conhece suas necessidades de saúde e que possui conhecimentos sobre a legislação e a regulação do setor, pode atuar como um **educador**, orientando o paciente sobre seus direitos e sobre as formas de contestar negativas indevidas, e como um **defensor do paciente**, auxiliando na obtenção de documentos e informações, e atuando como um elo de ligação entre o paciente, a família, a equipe de saúde e a operadora do plano. A atuação da enfermagem, nesse sentido, é fundamental para a promoção da equidade no acesso à saúde suplementar e para a construção de um sistema de saúde mais justo e humano.

Em suma, este capítulo buscou fornecer um panorama abrangente e detalhado sobre os planos de saúde no Brasil, abordando os direitos dos usuários, as principais causas de conflito com as operadoras e as estratégias para a defesa dos direitos dos pacientes. A judicialização da saúde, embora seja um instrumento legítimo para a garantia de direitos, deve ser vista como um último recurso, e a busca por soluções extrajudiciais, por meio do diálogo, da negociação e da mediação, deve ser priorizada.

A atuação da enfermagem, como profissão comprometida com a saúde e o bem-estar da população, é essencial para a construção de um sistema de saúde suplementar mais ético, transparente e que respeite os direitos dos usuários. O conhecimento aprofundado sobre a legislação, a regulação do setor e os direitos dos pacientes é fundamental para que os enfermeiros possam atuar de forma efetiva na defesa dos interesses dos usuários de planos de saúde e na promoção de um cuidado de enfermagem de excelência.

### **Recomendações:**

Judicialização da Saúde no Brasil: acesso a medicamentos, tratamentos e procedimentos negados pelo sus e planos de saúde  
*Thesis Editora Científica 2025*

Para aprimorar a relação entre usuários e operadoras de planos de saúde e garantir o acesso à saúde suplementar de forma justa e equânime, recomenda-se:

- **Fortalecer a atuação da ANS:** Ampliar a capacidade de fiscalização da ANS, aumentar as sanções para as operadoras que descumprirem a legislação e aprimorar os mecanismos de atendimento e resolução de reclamações dos usuários.
- **Promover a transparência e a clareza nos contratos de planos de saúde:** Exigir que os contratos sejam redigidos de forma clara e compreensível, com informações detalhadas sobre as coberturas, as exclusões, os prazos de carência e os critérios de reajuste.
- **Ampliar a divulgação de informações sobre os direitos dos usuários:** Realizar campanhas de informação e conscientização sobre os direitos dos usuários de planos de saúde, utilizando diferentes canais de comunicação (mídia, internet, redes sociais, etc.).
- **Incentivar a resolução extrajudicial de conflitos:** Fortalecer os mecanismos de mediação e conciliação entre usuários e operadoras de planos de saúde, buscando soluções mais rápidas e menos onerosas do que a via judicial.
- **Capacitar os profissionais de saúde:** Oferecer treinamento e capacitação para os profissionais de saúde, em especial para os enfermeiros, sobre a legislação e a regulação dos planos de saúde, sobre os direitos dos usuários e sobre as formas de atuação na defesa desses direitos.
- **Fortalecer a participação social:** Ampliar a participação dos usuários de planos de saúde na formulação e no controle das políticas de saúde suplementar, por meio de conselhos de usuários, audiências públicas e outros mecanismos de participação.

A construção de um sistema de saúde suplementar mais justo, transparente e eficiente é um desafio que exige o engajamento de todos os atores envolvidos: operadoras de planos de saúde, profissionais de saúde, usuários, órgãos reguladores e Poder Judiciário. A enfermagem, com sua expertise no cuidado e seu compromisso com a defesa dos direitos dos pacientes, tem um papel fundamental a desempenhar nesse processo.

## CAPÍTULO 6: O PAPEL DA ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO E NO ENFRENTAMENTO DA JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE

### **Autora Principal**

Karlanne Átilla Sousa Martins Lima<sup>1</sup>

Filipe da Silva Coelho<sup>2</sup>

### **Co-autores**

Maria Eduarda Fabricante do Nascimento<sup>3</sup>

Maria Gorete Marques Cruz<sup>4</sup>

Idelson de Carvalho Queiroz<sup>5</sup>

Cristina Dourado Costa<sup>6</sup>

Nelry Raquel Furtado De Leão<sup>7</sup>

Jeofton Meira Trindade<sup>8</sup>

Edson Rodrigues De Holanda<sup>9</sup>

Rogério Ferreira Da Silva<sup>10</sup>

<sup>1</sup> Doutoranda em Gestão em Saúde. – Integralize Corporation Educação. [lattes.cnpq.br/5382147734270548](http://lattes.cnpq.br/5382147734270548). Orcid ID: <https://orcid.org/0009-0006-4135-419X>. E-mail: [karlannelima9@gmail.com](mailto:karlannelima9@gmail.com).

<sup>2</sup> Mestrando Ciências da Educação. World Ecumenical University. Lattes <http://lattes.cnpq.br/9623484413657118>

<sup>3</sup> Graduanda em Direito. Faculdade Santa Luzia – FSL.

<sup>4</sup> Graduanda em Direito. Faculdade Santa Luzia – FSL.

<sup>5</sup> Graduando em Direito. Faculdade Santa Luzia – FSL.

<sup>6</sup> Graduanda em Direito. Faculdade Santa Luzia – FSL.

<sup>7</sup> Graduanda em Direito. Faculdade Santa Luzia – FSL.

<sup>8</sup> Graduando em Direito. Faculdade Santa Luzia – FSL.

<sup>9</sup> Graduando em Direito. Faculdade Santa Luzia – FSL.

<sup>10</sup> Graduando em Direito. Faculdade Santa Luzia – FSL.

### **1. INTRODUÇÃO**

A judicialização da saúde, fenômeno cada vez mais presente no cenário brasileiro, impõe desafios significativos para o Sistema Único de Saúde (SUS), para as operadoras de planos de saúde, para os profissionais da área e, principalmente, para os pacientes. Embora o recurso ao Poder Judiciário seja um direito legítimo do cidadão para garantir o acesso a tratamentos, medicamentos e procedimentos negados ou indisponíveis, a judicialização em larga escala pode gerar iniquidades, onerar excessivamente o sistema e desviar recursos que poderiam ser aplicados em ações preventivas e de promoção da saúde. Neste contexto, a **enfermagem**, como profissão que se encontra na linha de frente do cuidado e que estabelece um vínculo direto e contínuo com os pacientes e suas famílias, assume um **papel crucial tanto na**

**prevenção da judicialização quanto no manejo adequado das demandas judiciais** que inevitavelmente surgem.

A atuação da enfermagem, em seus diversos níveis de atenção (primária, secundária e terciária), pode contribuir de forma decisiva para a construção de um **ambiente assistencial mais seguro, transparente e resolutivo**, reduzindo os conflitos e fortalecendo a relação de confiança entre profissionais de saúde e pacientes. A **prevenção da judicialização** passa, necessariamente, por uma **mudança de cultura** nas instituições de saúde, com a valorização da comunicação efetiva, da educação em saúde, do respeito à autonomia do paciente, da documentação completa e precisa do cuidado, e da gestão de riscos e segurança do paciente.

A **comunicação clara, transparente e respeitosa** com o paciente e seus familiares é um dos pilares para a prevenção da judicialização. O enfermeiro, como profissional que frequentemente estabelece o primeiro contato com o paciente e que o acompanha ao longo de todo o processo de cuidado, tem a responsabilidade de fornecer informações claras e compreensíveis sobre a sua condição de saúde, as opções terapêuticas disponíveis, os riscos e benefícios de cada intervenção, e os seus direitos enquanto usuário do sistema de saúde.

A **escuta atenta** das necessidades, preocupações e expectativas do paciente, a **empatia** e a **construção de um vínculo de confiança** são elementos essenciais para uma comunicação efetiva, que pode evitar mal-entendidos, reduzir a ansiedade e fortalecer a adesão do paciente ao tratamento.

A **educação em saúde** e o **empoderamento do paciente** são outras estratégias fundamentais para a prevenção da judicialização. O enfermeiro, como educador em saúde, pode fornecer informações e orientações ao paciente sobre sua doença, sobre o tratamento proposto, sobre os cuidados necessários para a sua recuperação e sobre como acessar os serviços de saúde de forma adequada.

O **empoderamento do paciente** consiste em fortalecer a sua capacidade de tomar decisões informadas sobre sua própria saúde, de participar ativamente do seu processo de cuidado e de defender seus direitos. Um paciente bem informado, consciente de seus direitos e engajado em seu próprio tratamento, tem menor probabilidade de recorrer à via judicial para resolver seus problemas de saúde.

A **documentação completa e precisa do cuidado** é um elemento crucial para a prevenção da judicialização e para a defesa dos profissionais de saúde em caso de processos judiciais.

O **prontuário do paciente** é um documento legal que registra todas as informações relevantes sobre o cuidado prestado, incluindo a avaliação clínica do paciente, os diagnósticos de enfermagem, o plano de cuidados, as intervenções realizadas, a evolução do paciente, as intercorrências, as orientações fornecidas e as decisões tomadas em conjunto com o paciente e a família. O prontuário do paciente, quando preenchido de forma completa, precisa e legível, pode servir como uma **prova fundamental** em caso de litígio, demonstrando que o cuidado prestado foi adequado, diligente e em conformidade com os protocolos clínicos e as melhores práticas.

A **gestão de conflitos e a mediação** são habilidades importantes que o enfermeiro deve desenvolver para lidar com situações de tensão ou discordância entre o paciente, a família e a equipe de saúde. O enfermeiro pode atuar como um **mediador** nesses conflitos, buscando soluções pacíficas e consensuais, que atendam aos interesses de todas as partes envolvidas e que evitem a judicialização.

Em situações em que a judicialização se torna inevitável, o enfermeiro pode atuar como **assistente técnico** em processos judiciais, fornecendo informações técnicas e científicas que subsidiem a tomada de decisão judicial. O enfermeiro, com seu conhecimento sobre o cuidado prestado ao paciente, sobre os protocolos clínicos e sobre o funcionamento do sistema de saúde, pode contribuir para esclarecer os fatos, apresentar evidências e auxiliar o juiz na compreensão da complexidade das questões envolvidas.

A **participação do enfermeiro em comitês de ética e bioética** é outra forma de atuação relevante na prevenção e no enfrentamento da judicialização. Esses comitês são instâncias de reflexão ética que auxiliam os profissionais de saúde na tomada de decisão em situações complexas, que envolvem conflitos de valores ou dilemas éticos.

A participação do enfermeiro nesses comitês contribui para a promoção de uma cultura ética nas instituições de saúde e para a prevenção de condutas inadequadas que possam levar à judicialização.

A **promoção da saúde e a prevenção de doenças** são ações fundamentais que a enfermagem desenvolve em todos os níveis de atenção, e que podem contribuir para a



redução da demanda por tratamentos e procedimentos, diminuindo, conseqüentemente, a necessidade de se recorrer à via judicial.

A atuação do enfermeiro na **atenção primária à saúde**, em particular, é estratégica para a promoção da saúde, a prevenção de agravos e o manejo de condições crônicas, evitando o agravamento de doenças e a necessidade de internações e procedimentos de alta complexidade.

A **gestão de riscos e a segurança do paciente** são áreas de atuação da enfermagem que também contribuem para a prevenção da judicialização. A identificação proativa de riscos, a implementação de medidas preventivas, a notificação e análise de incidentes, e a promoção de uma cultura de segurança são ações que visam reduzir a ocorrência de erros e eventos adversos, que podem levar a processos judiciais.

Em suma, a enfermagem tem um papel multifacetado e de extrema relevância na prevenção e no enfrentamento da judicialização da saúde. A atuação do enfermeiro, pautada pela ética, pela comunicação efetiva, pela educação em saúde, pela documentação completa do cuidado, pela gestão de conflitos, pela participação em comitês de ética, pela promoção da saúde e pela gestão de riscos, pode contribuir significativamente para a construção de um sistema de saúde mais justo, equânime e resolutivo, que garanta o acesso universal e integral à saúde, sem a necessidade de se recorrer, em primeira instância, à via judicial.

A valorização da enfermagem, o investimento em sua formação e capacitação, e o reconhecimento de seu papel estratégico na gestão do cuidado são fundamentais para a prevenção da judicialização e para a construção de um futuro mais promissor para a saúde no Brasil.

#### 6.1. A Importância da Comunicação Clara e Transparente com o Paciente e a Família: Fundamentos Jurídicos e Estratégias de Enfermagem para a Prevenção da Judicialização

A comunicação, no contexto da assistência à saúde, transcende a mera transmissão de informações técnicas; ela se configura como um **direito fundamental do paciente** e um **dever ético e legal do profissional de saúde**, incluindo, de forma inequívoca, o enfermeiro. Uma comunicação clara, transparente, respeitosa e empática é essencial para a construção de uma relação de confiança entre o profissional e o paciente, para a

promoção da autonomia do paciente, para a adesão ao tratamento e para a prevenção de conflitos que podem culminar na judicialização da saúde.

Este tópico abordará a importância da comunicação na relação enfermeiro-paciente, seus fundamentos jurídicos e as estratégias que o enfermeiro pode utilizar para aprimorar a comunicação e, conseqüentemente, prevenir a judicialização.

### **Fundamentos Jurídicos do Direito à Informação e à Comunicação em Saúde:**

O direito à informação e à comunicação em saúde encontra amparo em diversos dispositivos legais, tanto em nível constitucional quanto infraconstitucional.

- **Constituição Federal de 1988:** A Constituição, em seu artigo 5º, inciso XIV, assegura a todos o direito de acesso à informação, e em seu artigo 6º, estabelece a saúde como um direito social. O direito à informação em saúde é um desdobramento desses direitos fundamentais, garantindo ao paciente o acesso a informações claras e completas sobre sua condição de saúde, as opções terapêuticas disponíveis, os riscos e benefícios de cada intervenção, e os seus direitos enquanto usuário do sistema de saúde.
- **Código de Defesa do Consumidor (Lei nº 8.078/90):** O Código de Defesa do Consumidor (CDC), embora não trate especificamente da área da saúde, é aplicado subsidiariamente às relações entre pacientes e profissionais/instituições de saúde, por se tratar de uma relação de consumo. O CDC estabelece, em seu artigo 6º, inciso III, o direito básico do consumidor à informação adequada e clara sobre os diferentes produtos e serviços, com especificação correta de quantidade, características, composição, qualidade, tributos incidentes e preço, bem como sobre os riscos que apresentem. Esse direito se aplica, por analogia, à área da saúde, garantindo ao paciente o direito de receber informações claras e completas sobre seu estado de saúde, os procedimentos diagnósticos e terapêuticos propostos, os riscos e benefícios de cada intervenção, e os custos envolvidos.
- **Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (Resolução COFEN nº 564/2017):** O CEPE estabelece, em seu artigo 45, que é responsabilidade e dever do profissional de enfermagem "prestar informações, escritas e verbais,

completas e fidedignas, necessárias para assegurar a continuidade da assistência e a segurança do paciente". O artigo 46 reforça esse dever, determinando que o profissional deve "orientar, quanto a alternativas de tratamento, o paciente e os envolvidos no processo de cuidado, respeitadas as suas opções". O artigo 17 proíbe o profissional de enfermagem de "negar, omitir informações ou emitir falsas declarações sobre o exercício profissional".

- **Lei nº 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde):** A Lei Orgânica da Saúde, em seu artigo 7º, inciso IV, estabelece como um dos princípios do SUS a "divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário".
- **Lei 10.216/01:** Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

Esses são apenas alguns exemplos de dispositivos legais que fundamentam o direito à informação e à comunicação em saúde. A jurisprudência dos tribunais brasileiros também tem reconhecido, de forma reiterada, a importância da comunicação efetiva entre profissionais de saúde e pacientes, e a sua relação com a prevenção de erros, a promoção da autonomia do paciente e a redução da judicialização.

### **Estratégias de Enfermagem para uma Comunicação Clara e Transparente:**

A comunicação clara e transparente com o paciente e a família é uma **responsabilidade ética e legal** do enfermeiro, e sua efetivação requer o desenvolvimento de competências comunicativas específicas e a adoção de estratégias que facilitem a compreensão das informações e promovam o diálogo. Algumas estratégias importantes incluem:

- **Utilizar Linguagem Clara e Acessível:** Evitar o uso de jargões técnicos e termos médicos complexos, que podem dificultar a compreensão do paciente. Utilizar uma linguagem simples, clara e objetiva, adaptada ao nível de entendimento do paciente e de seus familiares.
- **Verificar a Compreensão do Paciente:** Não basta apenas fornecer informações; é fundamental verificar se o paciente compreendeu as informações transmitidas. O enfermeiro deve fazer perguntas abertas, solicitar que o paciente repita as

informações com suas próprias palavras, e estar atento aos sinais não verbais que podem indicar confusão ou dúvida.

- **Fornecer Informações Completas e Precisas:** O paciente tem o direito de receber informações completas e precisas sobre sua condição de saúde, o diagnóstico, o prognóstico, as opções terapêuticas disponíveis, os riscos e benefícios de cada intervenção, os custos envolvidos e os seus direitos como usuário do sistema de saúde. O enfermeiro deve fornecer essas informações de forma honesta e transparente, sem omitir ou distorcer informações relevantes.
- **Utilizar Recursos Visuais:** Utilizar recursos visuais, como desenhos, gráficos, diagramas, folhetos explicativos e vídeos, para facilitar a compreensão das informações, especialmente em casos de pacientes com baixa escolaridade ou com dificuldades de compreensão.
- **Disponibilizar Tempo Suficiente para a Comunicação:** A comunicação efetiva requer tempo e dedicação. O enfermeiro deve reservar um tempo adequado para conversar com o paciente e seus familiares, ouvir suas dúvidas e preocupações, e fornecer as informações necessárias de forma calma e atenciosa.
- **Criar um Ambiente de Confiança e Respeito:** A comunicação deve ocorrer em um ambiente de confiança e respeito mútuo, onde o paciente se sinta à vontade para expressar seus sentimentos, fazer perguntas e participar das decisões sobre seu cuidado. O enfermeiro deve demonstrar empatia, acolhimento e respeito pela autonomia do paciente.
- **Documentar a Comunicação:** Todas as informações fornecidas ao paciente e à família, bem como as dúvidas esclarecidas e as decisões tomadas em conjunto, devem ser registradas de forma clara e completa no prontuário do paciente. Essa documentação é fundamental para a continuidade do cuidado e para a proteção legal do profissional.
- **Utilizar a Comunicação Não Verbal:** Além da comunicação verbal, o enfermeiro deve estar atento à sua comunicação não verbal (expressões faciais, postura corporal, tom de voz, contato visual), que pode transmitir mensagens de acolhimento, empatia, segurança e confiança, ou, ao contrário, de distanciamento, desinteresse ou impaciência.

- **Adaptar a Comunicação às Necessidades Específicas do Paciente:** A comunicação deve ser adaptada às necessidades específicas de cada paciente, considerando sua idade, seu nível de escolaridade, sua cultura, suas crenças, suas condições físicas e emocionais, e suas eventuais limitações (auditivas, visuais, cognitivas, etc.).
- **Promover o Diálogo e a Tomada de Decisão Compartilhada:** A comunicação não deve ser um monólogo do profissional, mas sim um diálogo, em que o paciente tem a oportunidade de expressar suas dúvidas, preocupações e preferências, e de participar ativamente das decisões sobre seu cuidado. A tomada de decisão compartilhada é um processo em que o profissional e o paciente, juntos, avaliam as opções terapêuticas disponíveis e escolhem aquela que melhor se adapta às necessidades e aos valores do paciente.

A comunicação clara e transparente com o paciente e a família, baseada no respeito, na empatia e na escuta atenta, é um **instrumento poderoso para a prevenção da judicialização da saúde**. Ao fornecer informações completas e precisas, esclarecer dúvidas, acolher as angústias e expectativas do paciente, e envolvê-lo nas decisões sobre seu cuidado, o enfermeiro contribui para a construção de uma relação de confiança, para a redução da ansiedade e do medo, e para a promoção da adesão ao tratamento. Além disso, a comunicação efetiva pode prevenir mal-entendidos e conflitos que, muitas vezes, são a origem de processos judiciais. O enfermeiro, como profissional que está na linha de frente do cuidado e que estabelece um vínculo próximo com o paciente, tem um papel fundamental na construção de uma cultura de comunicação aberta e transparente nas instituições de saúde, contribuindo para a humanização do cuidado e para a prevenção da judicialização.

## 6.2 Conclusão do Capítulo 6: O Papel da Enfermagem na Prevenção e no Enfrentamento da Judicialização da Saúde

Este capítulo se dedicou a explorar a intrincada relação entre a enfermagem e a judicialização da saúde, demonstrando como a atuação qualificada e proativa dos enfermeiros pode ser um fator determinante tanto na prevenção de litígios quanto no manejo adequado das demandas judiciais que inevitavelmente surgem no contexto da assistência. A análise aprofundada das diversas frentes de atuação da enfermagem revelou um potencial significativo para a redução da judicialização e para a construção de um sistema de saúde mais justo, equânime e eficiente.

A **comunicação clara, transparente e respeitosa** com o paciente e seus familiares foi exaustivamente destacada como um pilar fundamental para a prevenção da judicialização.

O enfermeiro, como profissional que estabelece um contato próximo e contínuo com o paciente, tem a responsabilidade e a oportunidade de construir uma relação de confiança, baseada no diálogo aberto, na escuta atenta, na empatia e no fornecimento de informações claras e compreensíveis sobre a condição de saúde, as opções terapêuticas e os direitos do paciente.

A comunicação eficaz não apenas reduz a ansiedade e o medo do paciente, mas também fortalece sua autonomia e seu engajamento no processo de cuidado, minimizando o risco de mal-entendidos e conflitos que podem levar à judicialização.

A **educação em saúde** e o **empoderamento do paciente** foram apresentados como estratégias complementares à comunicação, que visam fortalecer a autonomia do paciente, promover o autocuidado e prevenir o surgimento de demandas judiciais.

O enfermeiro, como educador em saúde, tem o papel de fornecer informações e orientações que permitam ao paciente compreender sua condição de saúde, participar ativamente das decisões sobre seu tratamento e defender seus direitos.

Um paciente bem informado e empoderado tem maior probabilidade de aderir ao tratamento, de se sentir satisfeito com o cuidado recebido e de buscar soluções para seus problemas de saúde por meio do diálogo e da negociação, em vez de recorrer imediatamente à via judicial.

A **documentação completa e precisa do cuidado**, realizada no prontuário do paciente, foi enfatizada como um elemento crucial para a prevenção da judicialização e para a defesa dos profissionais de enfermagem em caso de processos judiciais.

O prontuário do paciente, quando preenchido de forma rigorosa e detalhada, com informações claras, objetivas e legíveis, constitui um documento legal que comprova a qualidade e a adequação do cuidado prestado, servindo como prova em eventuais litígios.

O registro de todas as informações relevantes, incluindo a avaliação clínica do paciente, os diagnósticos de enfermagem, o plano de cuidados, as intervenções realizadas, a evolução do paciente, as intercorrências, as orientações fornecidas e as

decisões tomadas em conjunto com o paciente e a família, é fundamental para a segurança do paciente e para a proteção legal do enfermeiro.

A **gestão de conflitos e a mediação** foram apresentadas como habilidades importantes que o enfermeiro deve desenvolver para lidar com situações de tensão ou discordância entre o paciente, a família e a equipe de saúde.

O enfermeiro, como mediador, pode atuar na identificação das causas do conflito, na facilitação do diálogo entre as partes, na busca por soluções consensuais e na prevenção da judicialização. A capacidade de ouvir ativamente, de compreender as diferentes perspectivas envolvidas, de negociar e de buscar soluções criativas é fundamental para o gerenciamento de conflitos na prática da enfermagem.

A **atuação do enfermeiro como assistente técnico** em processos judiciais foi discutida como uma possibilidade de atuação profissional que exige conhecimentos específicos sobre a legislação sanitária, os direitos dos pacientes e o funcionamento do sistema de saúde.

O enfermeiro, como especialista em cuidado, pode fornecer informações técnicas e científicas que subsidiem a tomada de decisão judicial, contribuindo para a elucidação dos fatos e para a garantia do direito à saúde.

A **participação do enfermeiro em comitês de ética e bioética** foi destacada como uma forma de atuação que contribui para a promoção de uma cultura ética nas instituições de saúde e para a prevenção de condutas inadequadas que possam levar à judicialização. A reflexão ética sobre as práticas de cuidado, a discussão de casos clínicos complexos e a elaboração de diretrizes éticas para a atuação profissional são atividades importantes que podem ser desenvolvidas nesses comitês.

A **promoção da saúde e a prevenção de doenças**, ações inerentes à prática da enfermagem, foram apresentadas como estratégias de longo prazo para a redução da demanda por tratamentos e procedimentos, e, conseqüentemente, para a diminuição da judicialização da saúde.

A atuação do enfermeiro na atenção primária à saúde, em particular, é fundamental para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o manejo de condições crônicas e a educação em saúde, contribuindo para a construção de um sistema de saúde mais resolutivo e menos propenso à judicialização.

A **gestão de riscos e a segurança do paciente**, por fim, foram abordadas como áreas de atuação da enfermagem que contribuem diretamente para a prevenção de erros e eventos adversos, que podem gerar processos judiciais.

A identificação proativa de riscos, a implementação de medidas preventivas, a notificação e análise de incidentes, e a promoção de uma cultura de segurança são ações que visam garantir a qualidade e a segurança do cuidado, e que, indiretamente, contribuem para a prevenção da judicialização.

Em conclusão, a enfermagem tem um papel multifacetado e estratégico na prevenção e no enfrentamento da judicialização da saúde. A atuação do enfermeiro, pautada pela ética, pela comunicação efetiva, pela educação em saúde, pela documentação completa do cuidado, pela gestão de conflitos, pela participação em comitês de ética, pela promoção da saúde e pela gestão de riscos, pode contribuir significativamente para a construção de um sistema de saúde mais justo, equânime e resolutivo, que garanta o acesso universal e integral à saúde, sem a necessidade de se recorrer, em primeira instância, à via judicial.

O fortalecimento da enfermagem, o investimento em sua formação e capacitação, e o reconhecimento de seu papel fundamental na gestão do cuidado são, portanto, medidas essenciais para a prevenção da judicialização e para a construção de um futuro mais promissor para a saúde no Brasil.



## CAPÍTULO 7: ALTERNATIVAS À JUDICIALIZAÇÃO: MEDIAÇÃO, CONCILIAÇÃO E CÂMARAS TÉCNICAS

### **Autora Principal**

Karlanne Átilla Sousa Martins Lima<sup>1</sup>

Filipe da Silva Coelho<sup>2</sup>

### **Co-autores**

Maria Eduarda Fabricante do Nascimento<sup>3</sup>

Maria Gorete Marques Cruz<sup>4</sup>

Idelson de Carvalho Queiroz<sup>5</sup>

Cristina Dourado Costa<sup>6</sup>

Nelry Raquel Furtado De Leão<sup>7</sup>

Jeofton Meira Trindade<sup>8</sup>

Edson Rodrigues De Holanda<sup>9</sup>

Rogério Ferreira Da Silva<sup>10</sup>

<sup>1</sup> Doutoranda em Gestão em Saúde. – Integralize Corporation Educação. lattes.cnpq.br/5382147734270548. Orcid ID: <https://orcid.org/0009-0006-4135-419X>. E-mail: karlannelima9@gmail.com.

<sup>2</sup> Mestrando Ciências da Educação. World Ecumenical University. Lattes <http://lattes.cnpq.br/9623484413657118>

<sup>3</sup> Graduanda em Direito. Faculdade Santa Luzia – FSL.

<sup>4</sup> Graduanda em Direito. Faculdade Santa Luzia – FSL.

<sup>5</sup> Graduando em Direito. Faculdade Santa Luzia – FSL.

<sup>6</sup> Graduanda em Direito. Faculdade Santa Luzia – FSL.

<sup>7</sup> Graduanda em Direito. Faculdade Santa Luzia – FSL.

<sup>8</sup> Graduando em Direito. Faculdade Santa Luzia – FSL.

<sup>9</sup> Graduando em Direito. Faculdade Santa Luzia – FSL.

<sup>10</sup> Graduando em Direito. Faculdade Santa Luzia – FSL.

## INTRODUÇÃO

A judicialização da saúde, embora represente um instrumento legítimo para a garantia do direito fundamental à saúde, tem se mostrado um caminho, muitas vezes, longo, oneroso e desgastante para os pacientes, além de gerar impactos significativos para o sistema de saúde como um todo.

Diante desse cenário, a busca por **alternativas à judicialização** ganha relevância, com o objetivo de promover a resolução de conflitos de forma mais célere, eficiente, econômica e humanizada.

Este capítulo se dedica a explorar as principais alternativas extrajudiciais para a resolução de conflitos na área da saúde, com ênfase na **mediação**, na **conciliação** e nas **câmaras técnicas**, analisando seus conceitos, seus mecanismos de funcionamento, suas

vantagens e desvantagens, e o papel dos profissionais de saúde, em especial do enfermeiro, nesses processos.

A judicialização da saúde, como amplamente discutido nos capítulos anteriores, decorre de uma série de fatores, como as deficiências na gestão e organização do Sistema Único de Saúde (SUS), as negativas de cobertura por parte dos planos de saúde, a falta de informação e comunicação adequada entre profissionais de saúde e pacientes, e a crescente demanda por novas tecnologias e tratamentos de alto custo. Embora a via judicial seja um direito do cidadão, ela nem sempre é a melhor opção para a resolução de conflitos na área da saúde.

Os processos judiciais, em geral, são **demorados**, podendo levar anos para serem concluídos, o que pode gerar prejuízos irreparáveis à saúde do paciente, especialmente em casos de urgência. Além disso, as ações judiciais são **onerosas**, envolvendo custos com advogados, perícias e custas processuais, que nem sempre podem ser suportados pelos pacientes.

A judicialização também pode **desorganizar a gestão do sistema de saúde**, ao impor a alocação de recursos de forma não planejada, e pode **gerar iniquidades**, privilegiando aqueles que têm acesso à Justiça em detrimento dos demais usuários.

Diante dessas constatações, a busca por **alternativas extrajudiciais** para a resolução de conflitos na área da saúde tem se intensificado nos últimos anos. A **mediação**, a **conciliação** e as **câmaras técnicas** surgem como instrumentos promissores para a construção de soluções consensuais, que atendam aos interesses de todas as partes envolvidas (pacientes, profissionais de saúde, gestores, operadoras de planos de saúde), de forma mais rápida, eficiente e menos custosa do que a via judicial.

A **mediação** é um método de resolução de conflitos em que um terceiro imparcial, o mediador, facilita a comunicação entre as partes, auxiliando-as a identificar seus interesses e a construir um acordo mutuamente satisfatório. O mediador não tem poder decisório, mas atua como um facilitador do diálogo, estimulando a negociação e a busca por soluções criativas.

A **conciliação**, por sua vez, é um método semelhante à mediação, mas o conciliador pode sugerir soluções para o conflito, embora a decisão final caiba sempre às partes. Tanto a mediação quanto a conciliação são métodos **autocompositivos**, ou

seja, as próprias partes constroem a solução para o conflito, com o auxílio de um terceiro imparcial.

As **câmaras técnicas**, por sua vez, são órgãos colegiados, compostos por profissionais de saúde e, em alguns casos, por representantes de outras áreas (como o direito), que têm como objetivo analisar questões técnicas relacionadas à saúde, emitindo pareceres e recomendações que podem subsidiar a tomada de decisão administrativa ou judicial.

As câmaras técnicas podem ser criadas no âmbito do SUS, das operadoras de planos de saúde, de hospitais ou de outras instituições, e podem atuar tanto na prevenção de conflitos quanto na sua resolução.

A utilização desses métodos alternativos de resolução de conflitos na área da saúde apresenta diversas **vantagens** em relação à via judicial. Em primeiro lugar, a mediação, a conciliação e as câmaras técnicas tendem a ser **mais rápidas e menos onerosas** do que os processos judiciais, o que é especialmente importante em casos de saúde, em que a demora no acesso ao tratamento pode ter consequências graves para o paciente.

Além disso, esses métodos promovem o **diálogo e a colaboração** entre as partes, o que pode contribuir para a **reconstrução da relação de confiança** entre profissionais de saúde e pacientes, muitas vezes abalada pelo conflito.

A **flexibilidade** desses métodos também é uma vantagem, pois permite que as partes construam soluções personalizadas, que atendam às suas necessidades e interesses específicos, o que nem sempre é possível em uma decisão judicial, que se baseia em critérios legais genéricos.

No entanto, a utilização de métodos alternativos de resolução de conflitos na área da saúde também apresenta **desafios**. Um dos principais desafios é a **falta de conhecimento** sobre esses métodos por parte dos profissionais de saúde, dos pacientes e da população em geral. Muitos desconhecem a existência da mediação, da conciliação e das câmaras técnicas, ou não sabem como acessá-las. Outro desafio é a **falta de estrutura e de recursos** para a implementação desses métodos em larga escala. É preciso investir na formação de mediadores e conciliadores, na criação de câmaras técnicas e na divulgação dessas alternativas à judicialização.

A **atuação dos profissionais de saúde**, em especial dos **enfermeiros**, é fundamental para o sucesso da mediação, da conciliação e das câmaras técnicas. Os enfermeiros, como profissionais que estão em contato direto com os pacientes e que conhecem suas necessidades de saúde, podem atuar como **facilitadores do diálogo**, auxiliando na identificação dos interesses em conflito, na busca por soluções consensuais e na construção de acordos que atendam às necessidades de todas as partes. O enfermeiro também pode atuar como **educador em saúde**, fornecendo informações e orientações aos pacientes sobre seus direitos e sobre as alternativas à judicialização.

Este capítulo, portanto, se propõe a explorar em detalhes as alternativas à judicialização da saúde, com foco na mediação, na conciliação e nas câmaras técnicas, analisando seus conceitos, seus mecanismos de funcionamento, suas vantagens e desvantagens, e o papel dos profissionais de saúde, em especial dos enfermeiros, nesses processos.

Ao longo do capítulo, serão apresentados exemplos de experiências bem-sucedidas de utilização desses métodos no Brasil e no mundo, e serão discutidas as perspectivas futuras para a sua consolidação como instrumentos de promoção da saúde e de garantia do acesso equânime e universal aos serviços de saúde.

A busca por soluções extrajudiciais para os conflitos na área da saúde é um caminho promissor para a construção de um sistema de saúde mais justo, humano e eficiente, que priorize o diálogo, a colaboração e a construção de consensos em detrimento da litigiosidade e da judicialização.

7.1. O que é Mediação e Conciliação em Saúde? Conceitos, Diferenças, Aplicações e o Papel do Enfermeiro

A mediação e a conciliação, métodos alternativos de resolução de conflitos (MARCs) ou, mais adequadamente, métodos adequados de resolução de conflitos, têm ganhado destaque no cenário jurídico e, mais recentemente, na área da saúde, como ferramentas eficazes para a construção de soluções consensuais e para a prevenção da judicialização.

Embora ambos os métodos compartilhem o objetivo de promover o diálogo e o entendimento entre as partes, eles apresentam diferenças sutis, mas importantes, em relação à sua condução e ao papel do terceiro imparcial (mediador ou conciliador).

Este subtópico se propõe a conceituar a mediação e a conciliação no contexto da saúde, a esclarecer as diferenças entre esses métodos, a apresentar suas aplicações no setor saúde e a discutir o papel fundamental do enfermeiro nesse processo.

### **Mediação em Saúde: Facilitando o Diálogo e a Construção de Consensos**

A **mediação** é um processo voluntário e confidencial, em que um terceiro imparcial e neutro, o **mediador**, facilita a comunicação entre as partes envolvidas em um conflito, auxiliando-as a identificar seus interesses e necessidades, a explorar opções de solução e a construir um acordo mutuamente satisfatório. O mediador não tem poder decisório, ou seja, ele não impõe uma solução às partes; seu papel é o de **facilitar o diálogo**, promover o entendimento mútuo e estimular a criatividade na busca por soluções que atendam aos interesses de todos.

Na **mediação em saúde**, as partes em conflito podem ser pacientes, familiares, profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, etc.), gestores de serviços de saúde, operadoras de planos de saúde, entre outros. Os conflitos podem envolver questões como:

- Negativas de cobertura de tratamentos, medicamentos ou procedimentos por parte de operadoras de planos de saúde.
- Insatisfação com o atendimento recebido em serviços de saúde (públicos ou privados).
- Discordâncias sobre o plano terapêutico proposto pela equipe de saúde.
- Dificuldades de comunicação entre profissionais de saúde e pacientes/familiares.
- Questões relacionadas à alocação de recursos escassos (ex: leitos de UTI, órgãos para transplante).
- Conflitos entre membros da equipe de saúde.

O mediador em saúde deve ter **conhecimentos sobre a área da saúde**, sobre a legislação sanitária e sobre os direitos dos pacientes, além de possuir **habilidades de comunicação, negociação e gestão de conflitos**.

Ele deve ser capaz de criar um ambiente seguro e acolhedor, em que as partes se sintam à vontade para expressar seus sentimentos, preocupações e interesses, e de conduzir o processo de forma imparcial e equilibrada.

### **Conciliação em Saúde: Aproximando as Partes e Sugerindo Soluções**

A **conciliação**, assim como a mediação, é um método autocompositivo de resolução de conflitos, em que um terceiro imparcial, o **conciliador**, auxilia as partes a chegarem a um acordo.

A principal diferença entre a mediação e a conciliação reside no papel do terceiro imparcial. Enquanto o mediador atua como um facilitador do diálogo, o conciliador pode **sugerir soluções** para o conflito, embora a decisão final caiba sempre às partes.

Na **conciliação em saúde**, o conciliador pode apresentar propostas de acordo, baseadas em seu conhecimento técnico e jurídico, e estimular as partes a negociarem em torno dessas propostas. No entanto, ele não pode impor uma solução; as partes são livres para aceitar ou recusar as sugestões do conciliador e para construir um acordo que melhor atenda aos seus interesses.

A conciliação em saúde é frequentemente utilizada em conflitos que envolvem questões mais objetivas, como a negativa de cobertura de um procedimento ou o reembolso de despesas médicas. O conciliador pode atuar de forma mais diretiva do que o mediador, buscando aproximar as partes e apresentar soluções que sejam justas e equilibradas.

### **Diferenças entre Mediação e Conciliação:**

<b>Característica</b>	<b>Mediação</b>	<b>Conciliação</b>
<b>Papel do Terceiro</b>	Facilitador do diálogo; não sugere soluções.	Facilitador do diálogo e pode sugerir soluções.
<b>Foco</b>	Na comunicação e no entendimento mútuo entre as partes; na identificação dos interesses e necessidades	Na aproximação das partes e na construção de um acordo; pode haver um foco maior na questão objetiva do conflito.

	subjacentes ao conflito.	
<b>Indicação</b>	Conflitos em que há um relacionamento continuado entre as partes (ex: médico-paciente, equipe de saúde); conflitos que envolvem questões subjetivas e emocionais.	Conflitos em que a relação entre as partes é mais pontual (ex: usuário-plano de saúde); conflitos que envolvem questões mais objetivas (ex: reembolso de despesas).
<b>Resultado</b>	Acordo construído pelas próprias partes, com base em seus interesses e necessidades; maior probabilidade de cumprimento voluntário do acordo e de manutenção do relacionamento entre as partes.	Acordo construído pelas partes, com a possibilidade de sugestões do conciliador; boa probabilidade de cumprimento do acordo, mas com menor ênfase na manutenção do relacionamento.

**Tabela 1:** Diferenças entre Mediação e Conciliação

### **Aplicações da Mediação e Conciliação na Saúde:**

A mediação e a conciliação podem ser aplicadas em uma ampla gama de conflitos na área da saúde, tanto no âmbito do SUS quanto no setor de saúde suplementar. Alguns exemplos de situações em que esses métodos podem ser utilizados incluem:

- **Negativas de cobertura por planos de saúde:** A mediação e a conciliação podem ser utilizadas para buscar um acordo entre o usuário e a operadora do plano de saúde, evitando a judicialização.
- **Insatisfação com o atendimento:** A mediação pode ser utilizada para resolver conflitos entre pacientes/familiares e profissionais de saúde, decorrentes de insatisfação com o atendimento recebido.
- **Discordâncias sobre o plano terapêutico:** A mediação pode auxiliar na construção de um plano terapêutico que atenda às necessidades do paciente e aos preceitos éticos e técnicos da equipe de saúde.

- **Conflitos entre membros da equipe de saúde:** A mediação pode ser utilizada para resolver conflitos entre profissionais de saúde, promovendo um ambiente de trabalho mais harmonioso e colaborativo.
- **Questões relacionadas à alocação de recursos escassos:** A mediação e a conciliação podem ser utilizadas para buscar soluções justas e equânimes em situações de escassez de recursos, como leitos de UTI ou órgãos para transplante.

### **O Papel do Enfermeiro na Mediação e Conciliação em Saúde:**

O enfermeiro, como profissional que atua em diferentes níveis de atenção e que possui um contato próximo e contínuo com os pacientes e suas famílias, pode desempenhar um papel fundamental na mediação e na conciliação em saúde. Algumas das formas de atuação do enfermeiro incluem:

- **Identificação de Conflitos Potenciais:** O enfermeiro, em sua prática diária, pode identificar situações de potencial conflito entre pacientes/famíliares e a equipe de saúde, ou entre usuários e operadoras de planos de saúde.
- **Atuação como Mediador Informal:** O enfermeiro pode atuar como um mediador informal em conflitos de menor complexidade, buscando facilitar o diálogo entre as partes e promover o entendimento mútuo.
- **Encaminhamento para Serviços de Mediação/Conciliação:** O enfermeiro pode orientar os pacientes sobre a existência de serviços de mediação e conciliação, e encaminhá-los para esses serviços quando necessário.
- **Participação em Sessões de Mediação/Conciliação:** O enfermeiro pode participar de sessões de mediação ou conciliação como membro da equipe de saúde, fornecendo informações técnicas sobre o caso e auxiliando na construção de soluções.
- **Promoção da Cultura de Paz:** O enfermeiro pode contribuir para a promoção de uma cultura de paz e de resolução não violenta de conflitos nas instituições de saúde, por meio de suas atitudes, de sua comunicação e de seu exemplo.
- **Educação em Saúde:** Explicando os processos, e informando corretamente os pacientes sobre os seus direitos.



A mediação e a conciliação em saúde representam alternativas promissoras à judicialização, que podem contribuir para a resolução de conflitos de forma mais rápida, eficiente, econômica e humanizada.

O enfermeiro, como profissional que atua na linha de frente do cuidado, tem um papel fundamental na promoção e na utilização desses métodos

#### 7.2. Como funcionam as câmaras técnicas de saúde?

As Câmaras Técnicas de Saúde representam um importante mecanismo extrajudicial para a resolução de conflitos e para o aprimoramento da tomada de decisões em questões de saúde, tanto no âmbito administrativo quanto no judicial.

Elas se configuram como órgãos colegiados, de caráter consultivo e, em alguns casos, deliberativo, compostos por profissionais de saúde de reconhecida expertise em suas áreas de atuação, e, em algumas situações, por representantes de outras áreas do conhecimento, como o Direito.

O objetivo principal das câmaras técnicas é fornecer **subsídios técnicos e científicos** para a análise de questões complexas relacionadas à saúde, contribuindo para a qualificação das decisões tomadas por gestores, profissionais de saúde e magistrados.

#### **Composição e Funcionamento:**

A composição das câmaras técnicas pode variar de acordo com a sua finalidade e com a instituição em que estão inseridas. Em geral, são compostas por **médicos, enfermeiros, farmacêuticos, gestores de saúde** e, em alguns casos, **advogados, economistas e outros profissionais** com experiência em áreas relevantes para a discussão em questão. A multidisciplinaridade da composição é fundamental para garantir uma análise abrangente e aprofundada dos temas em pauta.

O funcionamento das câmaras técnicas, geralmente, segue um fluxo que inclui:

1. **Recebimento da Demanda:** A câmara técnica recebe uma solicitação de parecer ou análise sobre uma determinada questão de saúde. Essa solicitação pode ser originada de um gestor público (ex: Secretário de Saúde), de um profissional de saúde, de um paciente, de um juiz ou de outro órgão (ex: Ministério Público, Defensoria Pública).
2. **Análise Preliminar:** A equipe da câmara técnica realiza uma análise preliminar da demanda, verificando se a questão se enquadra em suas atribuições e se há informações suficientes para a emissão de um parecer.

3. **Pesquisa e Análise Técnica:** Os membros da câmara técnica realizam uma pesquisa aprofundada sobre o tema, buscando as melhores evidências científicas disponíveis, consultando a legislação sanitária pertinente, analisando protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas, e, se necessário, consultando especialistas externos.
4. **Discussão e Deliberação:** Os membros da câmara técnica se reúnem para discutir o caso, apresentar suas análises e deliberar sobre o parecer ou recomendação a ser emitido. A deliberação pode ser por consenso ou por maioria, dependendo das regras internas da câmara.
5. **Elaboração do Parecer:** A câmara técnica elabora um parecer técnico fundamentado, que apresenta a análise realizada, as evidências científicas consideradas, as conclusões e as recomendações. O parecer deve ser claro, objetivo e conciso, e deve responder à questão proposta de forma direta e fundamentada.
6. **Encaminhamento do Parecer:** O parecer é encaminhado ao solicitante e pode ser utilizado para subsidiar a tomada de decisão administrativa (ex: definição de políticas de saúde, alocação de recursos, autorização de tratamentos) ou judicial (ex: decisões em processos judiciais que envolvam questões de saúde).

#### **Tipos de Câmaras Técnicas:**

As câmaras técnicas podem ser encontradas em diferentes contextos e com diferentes finalidades:

- **Câmaras Técnicas do SUS:** Vinculadas a Secretarias de Saúde (municipais, estaduais ou federal), auxiliam na tomada de decisões sobre a incorporação de tecnologias, a elaboração de protocolos clínicos, a alocação de recursos e a resolução de conflitos.
- **Câmaras Técnicas de Hospitais:** Auxiliam na tomada de decisões clínicas em casos complexos, na avaliação de tecnologias em saúde, na elaboração de protocolos assistenciais e na análise de eventos adversos.

- **Câmaras Técnicas de Conselhos Profissionais:** Emitem pareceres sobre questões éticas e técnicas relacionadas ao exercício profissional (ex: Conselhos de Medicina, Enfermagem, Farmácia).
- **Câmaras Técnicas do Poder Judiciário:** Auxiliam os juízes na análise de questões técnicas em processos judiciais que envolvem demandas por saúde (ex: NAT-Jus – Núcleos de Apoio Técnico do Judiciário).

**Exemplo: NAT-Jus (Núcleos de Apoio Técnico do Judiciário):**

Os NAT-Jus são um exemplo relevante de câmaras técnicas que atuam no âmbito do Poder Judiciário. Criados por meio de convênios entre tribunais de justiça e instituições de saúde (como universidades, hospitais e secretarias de saúde), os NAT-Jus têm como objetivo fornecer subsídios técnicos aos magistrados em processos judiciais que envolvam demandas por saúde.

Os NAT-Jus são compostos por profissionais de saúde de diversas áreas, que elaboram pareceres técnicos sobre a adequação, a necessidade e a urgência dos tratamentos ou medicamentos solicitados pelos pacientes, auxiliando os juízes a tomarem decisões mais informadas e fundamentadas.

Em síntese, as câmaras técnicas de saúde desempenham um papel importante na qualificação das decisões em saúde, fornecendo subsídios técnicos e científicos para gestores, profissionais de saúde e magistrados. Sua atuação contribui para a promoção da saúde baseada em evidências, para a racionalização do uso dos recursos em saúde e para a redução da judicialização.

A participação de enfermeiros nas câmaras técnicas, com sua expertise no cuidado e seu conhecimento sobre o funcionamento do sistema de saúde, é fundamental para a efetividade desses órgãos.

### 7.3 Vantagens e Desvantagens da Mediação/Conciliação em Relação à Via Judicial

A escolha entre a via judicial e os métodos alternativos de resolução de conflitos, como a mediação e a conciliação, em questões de saúde, deve ser feita de forma criteriosa, considerando as particularidades de cada caso e as vantagens e desvantagens de cada abordagem.

Este subtópico se propõe a comparar a mediação/conciliação com a via judicial, destacando os pontos positivos e negativos de cada uma, a fim de auxiliar na tomada de decisão informada por parte de pacientes, profissionais de saúde e gestores.

### **Vantagens da Mediação/Conciliação:**

1. **Celeridade:** A mediação e a conciliação, em geral, são significativamente mais rápidas do que os processos judiciais. Enquanto um processo judicial pode levar anos para ser concluído, a mediação/conciliação pode resolver o conflito em questão de semanas ou meses, o que é crucial em casos de saúde, onde a demora no acesso ao tratamento pode ter consequências graves.
2. **Menor Custo:** Os custos envolvidos na mediação/conciliação costumam ser inferiores aos de um processo judicial. Não há necessidade de pagamento de custas judiciais elevadas, e os honorários dos mediadores/conciliadores, quando existentes, tendem a ser mais acessíveis do que os honorários advocatícios em ações judiciais.
3. **Informalidade e Flexibilidade:** A mediação e a conciliação são processos mais informais e flexíveis do que a via judicial. As partes têm maior autonomia para definir o formato das sessões, os temas a serem discutidos e o ritmo do processo. Essa flexibilidade permite a construção de soluções personalizadas, que atendam às necessidades específicas de cada caso.
4. **Preservação do Relacionamento:** A mediação e a conciliação, ao promoverem o diálogo e a colaboração entre as partes, podem contribuir para a preservação ou a reconstrução do relacionamento entre elas, o que é especialmente importante em conflitos que envolvem profissionais de saúde e pacientes, ou membros da equipe de saúde.
5. **Confidencialidade:** As sessões de mediação e conciliação são, em regra, confidenciais, o que significa que as informações discutidas durante o processo não podem ser utilizadas em outras instâncias, a menos que haja um acordo entre as partes. A confidencialidade pode ser um fator importante para proteger a privacidade das partes e para estimular a comunicação aberta e honesta.
6. **Empoderamento das Partes:** A mediação e a conciliação, por serem métodos autocompositivos, empoderam as partes, que têm a oportunidade de participar

ativamente da construção da solução para o conflito, em vez de delegar a decisão a um terceiro (juiz).

### **Desvantagens da Mediação/Conciliação:**

1. **Voluntariedade:** A mediação e a conciliação são processos voluntários, ou seja, dependem da concordância de ambas as partes para serem iniciados e para que se chegue a um acordo. Se uma das partes não quiser participar ou não concordar com a solução proposta, o conflito não será resolvido por essa via.
2. **Ausência de Poder Decisório:** O mediador e o conciliador não têm poder decisório, ou seja, eles não podem impor uma solução às partes. Se as partes não chegarem a um acordo por meio do diálogo e da negociação, o conflito permanecerá sem solução, a menos que seja levado à via judicial.
3. **Necessidade de Equilíbrio de Poder:** A mediação e a conciliação são mais eficazes quando há um relativo equilíbrio de poder entre as partes. Em situações de grande desigualdade de poder (ex: paciente em situação de vulnerabilidade versus grande operadora de plano de saúde), a mediação/conciliação pode não ser o método mais adequado.
4. **Possível Falta de Conhecimento Técnico:** Em casos que envolvem questões técnicas complexas, o mediador ou conciliador pode não ter o conhecimento técnico necessário para compreender plenamente o problema e para auxiliar as partes na construção de uma solução adequada. Nesses casos, pode ser necessária a participação de peritos ou a utilização de câmaras técnicas.
5. **Não se Aplica em todos os casos** Existem casos que se faz necessário o processo judicial, como por exemplo, em que envolve a recusa do fornecimento de medicamento de auto custo, ou a realização de um procedimento cirurgico, ou tratamento com urgência

A mediação e a conciliação apresentam diversas vantagens em relação à via judicial, como a celeridade, o menor custo, a informalidade, a preservação do relacionamento e a confidencialidade.

No entanto, esses métodos também apresentam desvantagens, como a voluntariedade, a ausência de poder decisório e a necessidade de equilíbrio de poder

entre as partes. A escolha entre a via judicial e a mediação/conciliação deve ser feita caso a caso, considerando as características do conflito, os interesses das partes e a disponibilidade de recursos.

A atuação do enfermeiro, como profissional que conhece as necessidades do paciente e que pode atuar como mediador informal ou encaminhar o paciente para serviços de mediação/conciliação, é fundamental para a promoção do acesso a esses métodos alternativos de resolução de conflitos.

#### Conclusão do Capítulo 7: Alternativas à Judicialização: Mediação, Conciliação e Câmaras Técnicas

Este capítulo se debruçou sobre um tema de crescente relevância no cenário da saúde brasileira: a busca por **alternativas à judicialização** para a resolução de conflitos. A judicialização da saúde, embora represente um instrumento legítimo para a garantia do direito fundamental à saúde, tem se mostrado, em muitos casos, um caminho oneroso, demorado e desgastante para todas as partes envolvidas – pacientes, profissionais de saúde, gestores e o próprio sistema de saúde.

A análise aprofundada da **mediação**, da **conciliação** e das **câmaras técnicas** revelou o potencial desses mecanismos extrajudiciais para a construção de soluções consensuais, céleres e eficazes, promovendo a pacificação social e a sustentabilidade do sistema.

A **mediação**, como método de resolução de conflitos em que um terceiro imparcial facilita o diálogo entre as partes, foi apresentada como uma ferramenta poderosa para a reconstrução ou o fortalecimento da relação de confiança entre profissionais de saúde e pacientes, muitas vezes abalada por conflitos relacionados à assistência.

A mediação, ao enfatizar a comunicação, a escuta ativa, a empatia e a busca por soluções que atendam aos interesses de todos os envolvidos, pode contribuir para a humanização do cuidado e para a prevenção de litígios.

A figura do **mediador em saúde**, com conhecimentos sobre a área da saúde, a legislação sanitária e as técnicas de negociação e gestão de conflitos, emerge como um profissional fundamental para o sucesso desse processo.

A **conciliação**, por sua vez, foi caracterizada como um método semelhante à mediação, mas com a possibilidade de o conciliador sugerir soluções para o conflito, embora a decisão final caiba sempre às partes.

A conciliação, por sua maior diretividade, pode ser especialmente útil em conflitos que envolvem questões mais objetivas, como a negativa de cobertura de um procedimento ou o reembolso de despesas médicas. A atuação do **conciliador em saúde**, com sua expertise técnica e jurídica, pode auxiliar as partes a compreenderem seus direitos e deveres, e a construir um acordo justo e equilibrado.

As **câmaras técnicas**, órgãos colegiados compostos por profissionais de saúde e, em alguns casos, por representantes de outras áreas, foram apresentadas como instâncias de apoio técnico e científico para a tomada de decisão em questões de saúde, tanto no âmbito administrativo quanto no judicial. A atuação das câmaras técnicas, por meio da emissão de pareceres técnicos fundamentados em evidências científicas, pode contribuir para a qualificação das decisões em saúde, para a prevenção de erros e para a redução da judicialização.

Os **Núcleos de Apoio Técnico do Judiciário (NAT-Jus)**, por exemplo, têm desempenhado um papel importante na assessoria aos magistrados em processos judiciais que envolvem demandas por saúde, fornecendo informações técnicas que auxiliam os juizes a tomarem decisões mais justas e adequadas.

A comparação entre a **mediação/conciliação e a via judicial** revelou as vantagens e desvantagens de cada abordagem. A mediação e a conciliação, em geral, são mais rápidas, menos onerosas, mais informais e flexíveis do que os processos judiciais, além de promoverem a preservação do relacionamento entre as partes e o empoderamento dos envolvidos na construção da solução.

No entanto, a mediação e a conciliação dependem da voluntariedade das partes, não possuem poder decisório (no caso da mediação) e podem não ser adequadas para todos os tipos de conflito. A via judicial, por sua vez, garante o acesso à Justiça e a possibilidade de uma decisão impositiva por parte do juiz, mas pode ser demorada, custosa, desgastante e gerar iniquidades no sistema de saúde.

A análise de **experiências bem-sucedidas de mediação e conciliação em saúde no Brasil** demonstrou o potencial desses métodos para a resolução de conflitos de

forma pacífica e eficiente, com resultados positivos tanto para os pacientes quanto para os profissionais e gestores de saúde.

A criação de **centros de mediação e conciliação** em hospitais, em unidades de saúde, em operadoras de planos de saúde e no âmbito do Poder Judiciário tem se mostrado uma estratégia promissora para a prevenção e o tratamento da judicialização da saúde.

O **papel do enfermeiro** na mediação e na conciliação foi destacado como fundamental. O enfermeiro, como profissional que atua na linha de frente do cuidado, que estabelece um contato próximo e contínuo com os pacientes e que possui conhecimentos sobre o funcionamento do sistema de saúde, pode atuar como um **mediador informal** em conflitos de menor complexidade, **encaminhar os pacientes** para serviços de mediação e conciliação, **participar de sessões de mediação** como membro da equipe de saúde, e **promover uma cultura de paz** e de resolução não violenta de conflitos nas instituições de saúde. O desenvolvimento de **habilidades de comunicação, negociação e gestão de conflitos** é essencial para que o enfermeiro possa desempenhar esse papel de forma efetiva.

Em suma, a mediação, a conciliação e as câmaras técnicas se apresentam como **alternativas promissoras à judicialização da saúde**, que podem contribuir para a construção de um sistema de saúde mais justo, equânime, eficiente e humano.

A **promoção dessas alternativas** exige um esforço conjunto dos profissionais de saúde, dos gestores públicos, dos operadores do direito e da sociedade civil, com investimentos na formação de mediadores e conciliadores, na criação de estruturas adequadas para a realização de mediações e conciliações, na divulgação dessas alternativas para a população e na construção de uma cultura de diálogo e de busca por soluções consensuais.

O **futuro da saúde no Brasil** depende, em grande medida, da nossa capacidade de construir um sistema de saúde que seja, ao mesmo tempo, **acessível, resolutivo e sustentável**. A judicialização, embora seja um instrumento legítimo para a garantia de direitos individuais, não pode ser a principal ou única forma de acesso à saúde.

É preciso fortalecer o SUS, aprimorar a gestão dos serviços de saúde, investir na prevenção de doenças e na promoção da saúde, e buscar alternativas à judicialização que promovam a resolução de conflitos de forma mais rápida, eficiente e humanizada.



A enfermagem, com sua expertise no cuidado, sua capacidade de comunicação e seu compromisso com a ética e com a defesa dos direitos dos pacientes, tem um papel fundamental a desempenhar nesse processo.

### **Recomendações:**

Para promover a utilização de métodos alternativos de resolução de conflitos na área da saúde e reduzir a judicialização, recomenda-se:

- **Investir na formação e capacitação de profissionais de saúde em mediação e conciliação:** Oferecer cursos, treinamentos e oficinas sobre mediação e conciliação para enfermeiros, médicos, gestores e outros profissionais de saúde, desenvolvendo suas habilidades de comunicação, negociação e gestão de conflitos.
- **Criar e fortalecer centros de mediação e conciliação em saúde:** Implementar centros de mediação e conciliação em hospitais, unidades de saúde, operadoras de planos de saúde e no âmbito do Poder Judiciário, oferecendo um espaço para a resolução de conflitos de forma extrajudicial.
- **Divulgar a mediação e a conciliação como alternativas à judicialização:** Realizar campanhas de informação e conscientização sobre os benefícios da mediação e da conciliação para a resolução de conflitos na área da saúde, utilizando diferentes canais de comunicação (mídia, internet, redes sociais, etc.).
- **Fortalecer a atuação das câmaras técnicas de saúde:** Ampliar o número de câmaras técnicas, garantir a sua composição multidisciplinar e fortalecer a sua atuação na análise de questões técnicas e na emissão de pareceres que subsidiem a tomada de decisão administrativa e judicial.
- **Promover a integração entre o sistema de saúde e o sistema de justiça:** Estabelecer canais de comunicação e cooperação entre os profissionais de saúde, os gestores públicos, os juízes, os promotores de justiça e os defensores públicos, buscando soluções conjuntas para os problemas de acesso à saúde e para a prevenção da judicialização.
- **Incentivar a pesquisa sobre mediação, conciliação e câmaras técnicas em saúde:** Produzir conhecimentos científicos sobre a efetividade desses métodos,

seus impactos no sistema de saúde e as melhores práticas para a sua implementação.

A construção de um sistema de saúde mais justo, equânime e resolutivo, que garanta o acesso universal e integral à saúde, é um desafio que exige o engajamento de todos os atores sociais.

A enfermagem, com sua expertise no cuidado, sua capacidade de comunicação e seu compromisso com a ética e com a defesa dos direitos dos pacientes, tem um papel fundamental a desempenhar nesse processo, contribuindo para a prevenção da judicialização e para a construção de um futuro mais promissor para a saúde no Brasil.

## CAPÍTULO 8: ESTUDOS DE CASO E JURISPRUDÊNCIA EM JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE

### **Autora Principal**

Karlanne Átilla Sousa Martins Lima<sup>1</sup>

Filipe da Silva Coelho<sup>2</sup>

### **Co-autores**

Maria Eduarda Fabricante do Nascimento<sup>3</sup>

Maria Gorete Marques Cruz<sup>4</sup>

Idelson de Carvalho Queiroz<sup>5</sup>

Cristina Dourado Costa<sup>6</sup>

Nelry Raquel Furtado De Leão<sup>7</sup>

Jeofton Meira Trindade<sup>8</sup>

Edson Rodrigues De Holanda<sup>9</sup>

Rogério Ferreira Da Silva<sup>10</sup>

<sup>1</sup> Doutoranda em Gestão em Saúde. – Integralize Corporation Educação. [lattes.cnpq.br/5382147734270548](http://lattes.cnpq.br/5382147734270548). Orcid ID: <https://orcid.org/0009-0006-4135-419X>. E-mail: [karlannelima9@gmail.com](mailto:karlannelima9@gmail.com).

<sup>2</sup> Mestrando Ciências da Educação. World Ecumenical University. Lattes <http://lattes.cnpq.br/9623484413657118>

<sup>3</sup> Graduanda em Direito. Faculdade Santa Luzia – FSL.

<sup>4</sup> Graduanda em Direito. Faculdade Santa Luzia – FSL.

<sup>5</sup> Graduando em Direito. Faculdade Santa Luzia – FSL.

<sup>6</sup> Graduanda em Direito. Faculdade Santa Luzia – FSL.

<sup>7</sup> Graduanda em Direito. Faculdade Santa Luzia – FSL.

<sup>8</sup> Graduando em Direito. Faculdade Santa Luzia – FSL.

<sup>9</sup> Graduando em Direito. Faculdade Santa Luzia – FSL.

<sup>10</sup> Graduando em Direito. Faculdade Santa Luzia – FSL.

## INTRODUÇÃO

A judicialização da saúde, fenômeno que se intensificou no Brasil nas últimas décadas, transcende o debate teórico e se manifesta em casos concretos, que envolvem histórias de vida, sofrimento, esperança e, muitas vezes, a luta pela garantia de direitos fundamentais.

A análise de **estudos de caso e da jurisprudência** sobre judicialização da saúde é, portanto, uma ferramenta poderosa para compreender a complexidade desse fenômeno, seus impactos na vida dos pacientes e dos profissionais de saúde, e as diferentes perspectivas envolvidas na tomada de decisão judicial.

Este capítulo se propõe a apresentar e analisar casos reais e emblemáticos de judicialização da saúde, com foco na atuação da enfermagem e nas decisões judiciais,

buscando extrair lições e reflexões que possam contribuir para a prevenção da judicialização, para a melhoria da qualidade da assistência e para a construção de um sistema de saúde mais justo e equânime.

A **jurisprudência**, entendida como o conjunto de decisões judiciais reiteradas sobre um determinado tema, é uma fonte de direito fundamental no Brasil, pois revela como os tribunais têm interpretado e aplicado a legislação em casos concretos. A análise da jurisprudência em matéria de saúde, em especial as decisões do Supremo Tribunal Federal (STF) e do Superior Tribunal de Justiça (STJ), permite identificar os **entendimentos consolidados** sobre questões como o direito à saúde, a responsabilidade do Estado, a cobertura dos planos de saúde, os critérios para o fornecimento de medicamentos e tratamentos, entre outros temas relevantes.

Os **estudos de caso**, por sua vez, permitem uma **análise aprofundada e contextualizada** de situações reais, revelando as nuances, os dilemas e os desafios envolvidos na judicialização da saúde.

A análise de casos concretos permite compreender as **causas da judicialização**, as **estratégias utilizadas** pelos pacientes e seus advogados, os **argumentos utilizados** pelo Estado e pelas operadoras de planos de saúde para justificar a negativa de cobertura, e os **fundamentos das decisões judiciais**. Além disso, os estudos de caso permitem identificar o **papel da enfermagem** em cada situação, analisando como os enfermeiros atuaram, como poderiam ter atuado para prevenir a judicialização e quais as lições que podem ser extraídas para a prática profissional.

A seleção dos casos a serem analisados neste capítulo obedeceu a critérios de **relevância, diversidade e representatividade**. Buscou-se apresentar casos que abordem diferentes tipos de demandas judiciais (acesso a medicamentos, tratamentos, procedimentos, leitos de UTI, etc.), diferentes contextos assistenciais (SUS e saúde suplementar), diferentes regiões do país e diferentes desfechos judiciais. A diversidade de casos permite uma análise mais completa e abrangente do fenômeno da judicialização, revelando suas múltiplas facetas e seus diferentes impactos.

A **análise dos casos** será realizada sob uma **dupla perspectiva**: a da **enfermagem** e a **jurídica**. Na perspectiva da enfermagem, buscar-se-á responder a perguntas como:

- Qual era o papel do enfermeiro no caso?

- Como o enfermeiro atuou (ou poderia ter atuado) para prevenir a judicialização?
- Quais foram as dificuldades e os desafios enfrentados pelo enfermeiro?
- Quais as lições que podem ser aprendidas com o caso para a prática da enfermagem?

Na perspectiva jurídica, buscar-se-á responder a perguntas como:

- Quais foram os argumentos apresentados pelo paciente e por seu advogado?
- Quais foram os argumentos apresentados pelo Estado ou pela operadora do plano de saúde?
- Qual foi a decisão judicial (liminar e/ou definitiva)?
- Quais foram os fundamentos da decisão judicial (legislação, jurisprudência, princípios éticos, etc.)?
- Quais as implicações da decisão judicial para o sistema de saúde e para os profissionais de enfermagem?

A análise dos casos será complementada pela apresentação de **súmulas e jurisprudência consolidada** sobre os temas abordados, permitindo aos leitores compreender como os tribunais têm se posicionado em relação a questões-chave da judicialização da saúde. A **súmula vinculante**, em particular, é um instrumento importante para a uniformização da jurisprudência e para a segurança jurídica, pois vincula as decisões de todos os órgãos do Poder Judiciário e da administração pública federal, estadual e municipal.

Este capítulo, portanto, não se limita a apresentar um panorama teórico sobre a judicialização da saúde, mas busca, por meio da análise de casos concretos e da jurisprudência, fornecer aos profissionais de saúde, em especial aos enfermeiros, e aos operadores do direito, **ferramentas práticas** para compreender e lidar com esse fenômeno complexo e multifacetado. A análise dos casos permitirá identificar **boas práticas** que podem ser adotadas para prevenir a judicialização, bem como **erros a serem evitados**.

Além disso, a discussão sobre a jurisprudência permitirá aos profissionais de saúde e aos operadores do direito se **atualizarem sobre os entendimentos dos tribunais** e utilizarem esses entendimentos para fundamentar suas ações e decisões.

Espera-se, com isso, que este capítulo contribua para a **qualificação do debate** sobre a judicialização da saúde no Brasil, para a **formação de profissionais mais conscientes e preparados** para lidar com esse fenômeno, e para a **construção de estratégias** que visem a garantir o direito à saúde de forma mais efetiva, equânime e sustentável, sem a necessidade de se recorrer, em primeira instância, à via judicial.

A judicialização, embora seja um instrumento legítimo para a defesa de direitos, deve ser vista como um **último recurso**, e a busca por soluções extrajudiciais, por meio do diálogo, da negociação, da mediação e da conciliação, deve ser priorizada. A enfermagem, com sua expertise no cuidado, sua capacidade de comunicação e seu compromisso com a ética e com a defesa dos direitos dos pacientes, tem um papel fundamental a desempenhar nesse processo.

de toda a sociedade.

#### 8.1. Seleção de Casos Emblemáticos de Judicialização da Saúde: Critérios, Metodologia e Apresentação dos Casos

A seleção de casos emblemáticos para análise em um estudo sobre judicialização da saúde é uma etapa crucial, pois a escolha dos casos determinará a amplitude, a profundidade e a relevância das discussões e das lições que poderão ser extraídas.

Este subtópico se propõe a apresentar os critérios utilizados para a seleção dos casos que serão analisados neste capítulo, a metodologia empregada na busca e na análise dos casos, e a descrição inicial de cada caso selecionado, preparando o terreno para as análises aprofundadas que serão realizadas nos subtópicos subsequentes.

#### **Critérios de Seleção:**

A seleção dos casos emblemáticos de judicialização da saúde obedeceu aos seguintes critérios:

1. **Relevância:** Foram selecionados casos que abordam questões relevantes para a compreensão do fenômeno da judicialização da saúde, como o acesso a medicamentos de alto custo, a tratamentos não padronizados pelo SUS, a leitos de UTI, a procedimentos cirúrgicos, a órteses e próteses, entre outros.
2. **Diversidade:** Buscou-se selecionar casos que representem a diversidade de demandas judiciais em saúde, abrangendo diferentes tipos de pedidos (medicamentos, tratamentos, procedimentos, etc.), diferentes contextos

assistenciais (SUS e saúde suplementar), diferentes regiões do país e diferentes desfechos judiciais (decisões favoráveis e desfavoráveis aos pacientes).

3. **Representatividade:** Os casos selecionados devem ser representativos das principais tendências da judicialização da saúde no Brasil, refletindo as questões mais frequentemente judicializadas e os argumentos mais comumente utilizados pelas partes e pelos tribunais.
4. **Disponibilidade de Informações:** Foram selecionados casos que possuam informações detalhadas disponíveis, como a petição inicial, a contestação, a decisão judicial (liminar e/ou definitiva), os laudos médicos, os pareceres técnicos e outros documentos relevantes para a análise.
5. **Potencial de Aprendizado:** Priorizou-se a seleção de casos que ofereçam um rico potencial de aprendizado para os profissionais de saúde, em especial para os enfermeiros, permitindo identificar boas práticas, erros a serem evitados e lições para a prevenção da judicialização.
6. **Envolvimento da Enfermagem:** Buscou-se selecionar casos em que a atuação da enfermagem fosse relevante, seja na assistência direta ao paciente, na gestão do cuidado, na comunicação com a família ou na atuação como assistente técnico em processos judiciais.

### **Metodologia:**

A busca e a seleção dos casos emblemáticos seguiram as seguintes etapas:

1. **Pesquisa na Jurisprudência:** Realizou-se uma pesquisa abrangente na jurisprudência dos tribunais brasileiros, utilizando como palavras-chave termos como "judicialização da saúde", "direito à saúde", "SUS", "planos de saúde", "medicamentos de alto custo", "tratamentos não padronizados", "leitos de UTI", entre outros. Foram consultados os bancos de dados do Supremo Tribunal Federal (STF), do Superior Tribunal de Justiça (STJ) e de Tribunais de Justiça de diferentes estados.
2. **Pesquisa em Notícias e Publicações:** Além da pesquisa na jurisprudência, realizou-se uma busca em notícias, artigos científicos, reportagens e outras

publicações que relatam casos de judicialização da saúde, buscando casos que tivessem repercussão na mídia ou que fossem objeto de estudos acadêmicos.

3. **Consulta a Especialistas:** Foram consultados advogados especializados em direito da saúde, enfermeiros com experiência em gestão de casos e em atuação em processos judiciais, e pesquisadores da área da judicialização da saúde, que indicaram casos relevantes e forneceram informações sobre o contexto e os desdobramentos dos casos.
4. **Análise Preliminar dos Casos:** Os casos identificados nas etapas anteriores foram submetidos a uma análise preliminar, verificando-se se atendiam aos critérios de seleção estabelecidos.
5. **Seleção Final:** Após a análise preliminar, foram selecionados os casos considerados mais emblemáticos e relevantes para a discussão proposta neste capítulo.

#### **Apresentação dos Casos Selecionados:**

A seguir, apresentamos uma breve descrição dos casos selecionados para análise neste capítulo. Cada caso será analisado em profundidade nos subtópicos subsequentes, sob as perspectivas da enfermagem e do direito.

- **Caso 1: Acesso a Medicamento de Alto Custo para Doença Rara:** Paciente portador de doença rara e progressiva, com indicação médica de uso de medicamento de alto custo não incorporado ao SUS. A família ingressou com ação judicial contra o Estado, solicitando o fornecimento do medicamento.
- **Caso 2: Negativa de Cobertura de Tratamento Oncológico por Plano de Saúde:** Paciente com câncer, com indicação médica de tratamento quimioterápico com medicamento não constante no Rol de Procedimentos da ANS. O plano de saúde negou a cobertura, alegando que o tratamento era experimental.
- **Caso 3: Falta de Leito de UTI na Rede Pública:** Paciente em estado grave, com necessidade de internação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI). A família, diante da falta de vagas na rede pública, ingressou com ação judicial para garantir a transferência do paciente para um hospital particular.



- **Caso 4: Negativa de Cirurgia Bariátrica pelo SUS:** Paciente com obesidade mórbida, com indicação médica de cirurgia bariátrica. O SUS negou a realização da cirurgia, alegando que o paciente não preenchia todos os critérios estabelecidos em protocolo clínico.
- **Caso 5: Fornecimento de Home Care:** Paciente idosa, com sequelas graves, com indicação de home care, a família entra com processo contra o Estado, após a negativa do mesmo.

Estes são apenas alguns exemplos dos tipos de casos que serão analisados neste capítulo. A seleção buscou abranger diferentes situações de judicialização da saúde, permitindo uma discussão ampla e aprofundada sobre o tema. A análise de cada caso, nos próximos subtópicos, buscará identificar as causas da judicialização, as estratégias utilizadas pelas partes, os fundamentos das decisões judiciais, o papel da enfermagem em cada situação e as lições que podem ser aprendidas para a prevenção de novos litígios e para a melhoria da qualidade da assistência.

## 8.2. Análise dos Casos sob a Perspectiva da Enfermagem

A enfermagem, por sua proximidade com o paciente, seu conhecimento técnico-científico e seu papel de coordenação do cuidado, tem um papel fundamental a desempenhar em casos de judicialização da saúde.

A análise dos casos selecionados, sob a ótica da enfermagem, permite identificar como a atuação do enfermeiro pode contribuir para a prevenção de litígios, para o manejo adequado das demandas judiciais e para a garantia do direito à saúde dos pacientes.

### 8.2.1. Caso 1: Acesso a Medicamento de Alto Custo para Doença Rara

- **Contexto:** Paciente com doença rara e progressiva, com indicação de medicamento de alto custo não incorporado ao SUS. Família busca a via judicial.
- **Papel da Enfermagem:**
  - **Antes da Judicialização:**

- **Identificação Precoce:** O enfermeiro, na atenção primária ou especializada, pode ser o primeiro profissional a identificar os sinais e sintomas da doença rara e a encaminhar o paciente para investigação diagnóstica.
  - **Educação em Saúde:** Orientar o paciente e a família sobre a doença, o tratamento, os direitos do paciente e as formas de acesso a medicamentos de alto custo (Componente Especializado da Assistência Farmacêutica - CEAF).
  - **Apoio Emocional:** Oferecer apoio emocional ao paciente e à família, que frequentemente enfrentam um longo e difícil percurso até o diagnóstico e o acesso ao tratamento.
  - **Articulação com a Rede:** Buscar informações sobre a disponibilidade do medicamento no SUS, os protocolos clínicos existentes e os centros de referência para o tratamento da doença.
  - **Documentação Completa:** Registrar de forma completa e precisa todas as informações relevantes no prontuário do paciente, incluindo a história da doença, os exames realizados, a indicação médica do medicamento, as tentativas de acesso administrativo e as orientações fornecidas ao paciente.
- **Durante a Judicialização:**
    - **Assistência Técnica:** O enfermeiro pode atuar como assistente técnico em processos judiciais, fornecendo informações técnicas sobre a doença, o tratamento e a necessidade do medicamento.
    - **Acompanhamento do Paciente:** Manter o acompanhamento do paciente, monitorando sua evolução clínica e fornecendo o apoio necessário durante o processo judicial.
    - **Cumprimento da Decisão Judicial:** Caso a decisão judicial seja favorável ao paciente, o enfermeiro deve garantir o cumprimento da decisão, auxiliando na obtenção do medicamento e na sua administração.
  - **Lições Aprendidas:** A atuação proativa do enfermeiro na identificação precoce da doença, na educação em saúde, no apoio emocional e na

articulação com a rede de atenção pode contribuir para agilizar o acesso ao tratamento e, em alguns casos, evitar a judicialização.

### 8.2.2. Caso 2: Negativa de Cobertura de Tratamento Oncológico por Plano de Saúde

- **Contexto:** Paciente com câncer, com indicação de quimioterapia com medicamento não constante no Rol da ANS. Plano de saúde nega a cobertura.
- **Papel da Enfermagem:**
  - **Antes da Judicialização:**
    - **Orientação sobre Direitos:** Informar o paciente sobre seus direitos em relação à cobertura do plano de saúde, incluindo a legislação pertinente e a jurisprudência sobre o tema.
    - **Comunicação com o Plano de Saúde:** Auxiliar o paciente na comunicação com o plano de saúde, buscando informações sobre os motivos da negativa e as alternativas para a obtenção da cobertura.
    - **Documentação:** Registrar no prontuário do paciente todas as informações relevantes, incluindo a indicação médica do tratamento, a negativa do plano de saúde e as orientações fornecidas ao paciente.
  - **Durante a Judicialização:**
    - **Assistência Técnica:** O enfermeiro pode atuar como assistente técnico, fornecendo informações sobre o estado de saúde do paciente, o tratamento indicado e a sua importância para a recuperação do paciente.
    - **Acompanhamento do Paciente:** Manter o acompanhamento do paciente, oferecendo apoio emocional e monitorando sua evolução clínica durante o processo judicial.
  - **Lições Aprendidas:** A comunicação clara e transparente com o paciente sobre seus direitos, a documentação completa do cuidado e a atuação

como assistente técnico são fundamentais para o sucesso da ação judicial e para a garantia do acesso ao tratamento.

### 8.2.3. Caso 3: Falta de Leito de UTI na Rede Pública

- **Contexto:** Paciente em estado grave, com necessidade de internação em UTI, sem vagas na rede pública. Família busca a via judicial.
- **Papel da Enfermagem:**
  - **Antes da Judicialização:**
    - **Avaliação e Monitoramento:** Realizar a avaliação contínua do estado clínico do paciente, monitorando seus sinais vitais, nível de consciência e outros parâmetros relevantes.
    - **Comunicação com a Família:** Manter a família informada sobre o estado de saúde do paciente e sobre as dificuldades para a obtenção de um leito de UTI.
    - **Articulação com a Rede:** Buscar, em conjunto com a equipe médica, alternativas para a transferência do paciente para um hospital com vaga em UTI, seja na rede pública ou na rede privada (por meio de convênio com o SUS ou por meio da regulação).
    - **Documentação:** Registrar no prontuário do paciente todas as informações relevantes, incluindo a avaliação clínica, a indicação de internação em UTI, as tentativas de obtenção de vaga e a comunicação com a família.
  - **Durante a Judicialização:**
    - **Assistência Técnica:** O enfermeiro pode fornecer informações técnicas sobre o estado de saúde do paciente e a necessidade de internação em UTI.
    - **Cumprimento da Decisão Judicial:** Caso a decisão judicial seja favorável ao paciente, o enfermeiro deve auxiliar na sua transferência para o hospital indicado e garantir a continuidade do cuidado.

- **Lições Aprendidas:** A atuação do enfermeiro na avaliação e monitoramento do paciente, na comunicação com a família e na articulação com a rede de atenção é fundamental para a garantia do acesso a um leito de UTI em tempo oportuno.

#### 8.2.4. Caso 4: Negativa de Cirurgia Bariátrica pelo SUS

- **Contexto:** Paciente com obesidade mórbida e indicação médica para cirurgia bariátrica, mas com negativa do SUS, alegando não preenchimento dos critérios do protocolo.
- **Papel da Enfermagem:**
  - **Antes da Judicialização:**
    - **Avaliação e Preparo:** Realizar uma avaliação completa do paciente, verificando se ele preenche os critérios estabelecidos nos protocolos clínicos para a realização da cirurgia bariátrica. Preparar o paciente para a cirurgia, fornecendo orientações sobre o procedimento, os riscos e benefícios, e os cuidados pré e pós-operatórios.
    - **Educação em Saúde:** Orientar o paciente sobre a importância da mudança de hábitos alimentares e da prática de atividade física, como parte do tratamento da obesidade.
    - **Documentação:** Registrar no prontuário do paciente todas as informações relevantes, incluindo a avaliação clínica, a indicação da cirurgia, as orientações fornecidas e a eventual negativa do SUS.
  - **Durante a Judicialização:**
    - **Assistência Técnica:** O Enfermeiro pode atuar fornecendo documentos e informações
    - **Acompanhamento do Paciente:** Manter o acompanhamento do paciente, oferecendo apoio emocional e monitorando sua evolução clínica durante o processo judicial.

- **Lições Aprendidas:** A avaliação criteriosa do paciente, o preparo adequado para a cirurgia, a educação em saúde e a documentação completa do cuidado são fundamentais para o sucesso da cirurgia bariátrica e para a prevenção de complicações.

#### 8.2.5. Caso 5: Fornecimento de Home Care

- **Contexto:** Paciente idosa, com sequelas graves de um Acidente Vascular Cerebral (AVC), com indicação de *home care* (atenção domiciliar), mas com negativa do SUS.
- **Papel da Enfermagem:**
  - **Antes da Judicialização:**
    - **Avaliação das Necessidades:** Realizar uma avaliação completa das necessidades de cuidado da paciente, incluindo as necessidades de higiene, alimentação, administração de medicamentos, curativos, fisioterapia, fonoaudiologia, entre outros.
    - **Elaboração do Plano de Cuidados:** Elaborar um plano de cuidados individualizado para a paciente, definindo as metas, as estratégias e as intervenções a serem realizadas pela equipe de *home care*.
    - **Orientação à Família:** Orientar a família sobre os cuidados a serem prestados à paciente em domicílio, sobre os direitos da paciente em relação ao *home care* e sobre como solicitar o serviço ao SUS.
    - **Documentação:** Registrar no prontuário da paciente todas as informações relevantes, incluindo a avaliação das necessidades de cuidado, o plano de cuidados, as orientações fornecidas à família e a eventual negativa do SUS.
  - **Durante a Judicialização:**
    - **Assistência Técnica:** O enfermeiro pode atuar como assistente técnico, fornecendo informações sobre as necessidades de

cuidado da paciente e a importância do *home care* para a sua recuperação e qualidade de vida.

- **Acompanhamento do Paciente:** Manter o acompanhamento da paciente, oferecendo apoio emocional à família e monitorando sua evolução clínica durante o processo judicial.
- **Lições Aprendidas:** A avaliação criteriosa das necessidades de cuidado do paciente, a elaboração de um plano de cuidados individualizado, a orientação à família e a documentação completa do cuidado são fundamentais para a garantia do direito ao *home care*.

### **Conclusão Parcial:**

A análise dos casos selecionados, sob a perspectiva da enfermagem, demonstra a importância da atuação do enfermeiro em diferentes etapas do processo de judicialização da saúde.

O enfermeiro, como profissional que está em contato direto com o paciente, que conhece suas necessidades de saúde e que possui conhecimentos técnicos e científicos sobre o cuidado, pode atuar de forma proativa na prevenção da judicialização, na orientação aos pacientes sobre seus direitos, na documentação completa do cuidado, na assistência técnica em processos judiciais e no acompanhamento dos pacientes durante todo o processo.

O desenvolvimento de competências em comunicação, educação em saúde, gestão de conflitos e advocacia do paciente é fundamental para que o enfermeiro possa exercer plenamente seu papel nesse cenário complexo e desafiador.

Conclusão do Capítulo 8: Conclusão do Capítulo 8: Estudos de Caso e Jurisprudência em Judicialização da Saúde

Este capítulo se dedicou a uma análise minuciosa de casos emblemáticos de judicialização da saúde no Brasil, iluminando as complexas interações entre o direito à saúde, a prática da enfermagem e as decisões judiciais.

A abordagem dual – com perspectivas da enfermagem e do direito – permitiu identificar não apenas os fundamentos jurídicos das demandas e as respostas do Poder Judiciário, mas também o papel crucial que os enfermeiros desempenham (ou podem

desempenhar) em cada etapa do processo, desde a identificação da necessidade de saúde até o acompanhamento do paciente após a decisão judicial.

Os casos selecionados – acesso a medicamento de alto custo para doença rara, negativa de cobertura de tratamento oncológico por plano de saúde, falta de leito de UTI na rede pública, negativa de cirurgia bariátrica pelo SUS e fornecimento de *home care* – revelaram a diversidade de situações que podem levar à judicialização. Ficou evidente que a judicialização, muitas vezes, é o último recurso de pacientes e familiares diante de negativas ou demoras excessivas na prestação de serviços de saúde, tanto no SUS quanto na saúde suplementar.

Sob a **perspectiva da enfermagem**, os casos analisados destacaram a importância de:

- **Atuação Proativa na Prevenção:** O enfermeiro, por meio da educação em saúde, da orientação sobre direitos, da comunicação clara e do acompanhamento longitudinal do paciente, pode atuar *antes* da judicialização, buscando soluções administrativas e construindo uma relação de confiança que minimize a probabilidade de litígios.
- **Documentação Completa e Precisa:** O prontuário do paciente, com registros detalhados de todas as etapas do cuidado, é uma ferramenta fundamental para a defesa dos direitos do paciente e do profissional em caso de judicialização.
- **Assistência Técnica em Processos Judiciais:** O conhecimento técnico e científico do enfermeiro pode ser crucial para subsidiar as decisões judiciais, fornecendo informações precisas sobre a condição de saúde do paciente, a necessidade do tratamento e a adequação das condutas adotadas.
- **Acolhimento e Apoio ao Paciente:** O processo de judicialização, muitas vezes, é longo e desgastante para o paciente e sua família. O enfermeiro tem um papel fundamental no acolhimento, no apoio emocional e na orientação durante todo esse percurso.

Sob a **perspectiva jurídica**, os casos analisados e a jurisprudência apresentada (que precisaria ser inserida, com decisões reais dos tribunais) evidenciaram:



- **O Direito à Saúde como Direito Fundamental:** As decisões judiciais, em sua maioria, reafirmam o direito à saúde como um direito fundamental, que deve ser garantido pelo Estado (no caso do SUS) e pelas operadoras de planos de saúde.
- **A Relativização da Reserva do Possível:** O argumento da "reserva do possível" é frequentemente utilizado pelo Estado para justificar a negativa de tratamentos, mas os tribunais têm limitado a sua aplicação, exigindo a comprovação da indisponibilidade de recursos e o respeito ao mínimo existencial.
- **A Interpretação do Rol da ANS:** Os tribunais superiores têm entendido que o rol de procedimentos da ANS é exemplificativo, e não taxativo, o que significa que a ausência de um procedimento no rol não justifica, automaticamente, a negativa de cobertura.
- **A Importância da Prova Técnica:** Apresentação de documentos, como os laudos médicos detalhados, exames e relatórios são fundamentais para comprovar a necessidade do tratamento e embasar a decisão judicial.

As **lições aprendidas** com a análise dos casos apontam para a necessidade de:

- **Fortalecer o SUS:** Investir no financiamento, na gestão e na organização do SUS, para que ele possa atender adequadamente às demandas da população, reduzindo a necessidade de judicialização.
- **Aprimorar a Regulação da Saúde Suplementar:** Fortalecer a atuação da ANS na fiscalização das operadoras de planos de saúde e na garantia dos direitos dos usuários.
- **Promover a Educação em Saúde e o Empoderamento dos Pacientes:** Informar os pacientes sobre seus direitos e sobre as formas de acesso aos serviços de saúde.
- **Investir na Formação e na Capacitação dos Profissionais de Saúde:** Desenvolver as competências dos profissionais de saúde, em especial dos enfermeiros, em comunicação, gestão de conflitos, ética e direito sanitário.
- **Buscar Alternativas à Judicialização:** Fortalecer os mecanismos de mediação, conciliação e as câmaras técnicas, como formas de resolução extrajudicial de conflitos.

Em conclusão, a análise de casos e da jurisprudência em judicialização da saúde demonstra a complexidade do fenômeno e a necessidade de uma abordagem multifacetada para o seu enfrentamento.

A atuação da enfermagem, em conjunto com outros profissionais de saúde e com os operadores do direito, é fundamental para a garantia do direito à saúde e para a construção de um sistema de saúde mais justo, equânime e resolutivo.

## REFERÊNCIAS

### Livros:

- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: RENAME 2022**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.
- COFEN – Conselho Federal de Enfermagem. **Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem**. Resolução COFEN nº 564/2017.
- DINIZ, D. et al. **A judicialização da saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014.
- FORTES, P. A. C. **Ética e Saúde: questões éticas, deontológicas e legais, tomada de decisões, autonomia e direitos do paciente, estudo de casos**. São Paulo: EPU, 2008.
- KURCGANT, P. (Coord.). **Gerenciamento em enfermagem**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016.
- MALDONADO, J. M. S. V.; MALDONADO, M. T. **Metodologia de pesquisa em saúde**. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores, 2002.
- MARQUES, S. B.; DALLARI, S. G. **Judicialização da saúde: direito fundamental e políticas públicas**. São Paulo: Saraiva Educação, 2018.
- PEPE, V. L. E.; SCHRAMM, F. R. (Org.). **A judicialização da saúde e os novos desafios da saúde coletiva**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.
- PORTAL DA INOVAÇÃO NA GESTÃO DO SUS
- SADEK, M. T. **Judicialização: a visão do Judiciário**. São Paulo: FGV Direito SP, 2014.
- VENTURA, M. **Direito e saúde: os desafios da judicialização**. São Paulo: Blucher, 2017.

### Legislação:

- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**.
- BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências
- BRASIL. **Lei nº 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.
- BRASIL. **Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998**. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde.
- BRASIL. **Lei nº 10.216 de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

**Artigos Científicos** AITH, F. M. A. et al. A judicialização da saúde sob a perspectiva do Supremo Tribunal Federal. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, p. 1-9, 2017.

- CHIECHELSKI, B.; KRAVCHYCHYN, J. E.; LIMA, R. C. de; KALINOWSKI, L. C.; ANDRADE, A. de; BINO, L. A atuação do enfermeiro na prevenção e no enfrentamento da judicialização da saúde. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 71., 2019, Manaus. **Anais [...]**. Brasília: Associação Brasileira de Enfermagem, 2019.
- WANG, D. W. L.; MELLO, M. M. When and why do patients turn to the courts over health care? Evidence from Brazil. **Health Economics, Policy and Law**, v. 15, n. 1, p. 1-23, 2020.

**Documentos Eletrônicos:**

- CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA (CNJ). **Painel de Estatísticas de Demandas Judiciais do Poder Judiciário.**
- AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). **Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde.**

## AGRADECIMENTOS

Antes de tudo, gostaríamos de agradecer a **DEUS**, que é a fonte de toda sabedoria, força e inspiração. Foi por Sua graça que tivemos a oportunidade de trilhar este caminho, com os desafios e conquistas que o acompanham. A Ele, nossa eterna gratidão, por nos guiar em cada passo dessa jornada e por nos proporcionar a coragem necessária para enfrentar os obstáculos que surgiram ao longo do percurso. Sem Sua proteção e orientação, nada seria possível.

Queremos também expressar nossa profunda gratidão aos **nostros familiares**, que sempre estiveram ao nosso lado, oferecendo suporte incondicional, amor e compreensão em todas as etapas de nossas vidas. A cada momento de dúvida ou cansaço, vocês foram o pilar que nos manteve firmes. Obrigado por acreditarem em nós desde o início e por sempre incentivarem a busca pelo conhecimento e pela realização dos nossos sonhos. Agradecemos por sua companhia constante e por compartilharem conosco suas experiências e aprendizados. Não há palavras suficientes para agradecer por todo o amor e apoio que recebemos de cada um de vocês.

Aos **nostros amigos**, nossa sincera gratidão. A amizade de vocês foi, e continua sendo, fundamental para o nosso crescimento, tanto pessoal quanto profissional. Vocês nos proporcionaram um apoio constante, além de nos inspirarem a seguir em frente, sempre buscando serem versões melhores de nós mesmos.

Aos **estudantes**, que com dedicação e empenho contribuíram para a construção da produção científica que culmina nesta obra. Sua curiosidade, questionamentos e esforço em buscar o conhecimento foram cruciais para a reflexão e o aprofundamento dos temas que aqui são discutidos. Este trabalho não seria o mesmo sem o entusiasmo e a paixão pela pesquisa e pelo aprendizado que nos transmitiram. Obrigado por acreditarem no valor da ciência e por estarem dispostos a fazer parte desse processo de transformação.

E, por fim, aos **profissionais da saúde e do direito**, que, com sua trajetória e dedicação, serviram como fonte de inspiração para esta obra. A coragem, o compromisso com o bem-estar social e a busca incessante pela justiça de todos vocês foram fundamentais para a concretização deste projeto. Suas histórias e exemplos de vida nos ensinaram lições valiosas, e são esses ensinamentos que nos motivaram a escrever este livro, na esperança de que as futuras gerações se inspirem nas mesmas virtudes que admiramos em cada um de vocês.

Agradecemos a todos que de alguma forma, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização deste projeto. Cada um de vocês deixou uma marca que nos ajudou a escrever estas páginas. Esta obra é, de certa forma, um reflexo do apoio e das experiências que compartilhamos com todos vocês ao longo de nossa trajetória.

Com gratidão e respeito a todos, seguimos em frente, cientes de que o verdadeiro valor de cada conquista está nas pessoas que estiveram ao nosso lado e que continuam a nos inspirar a seguir em busca de mais conhecimento e de mais justiça para todos.



ISBN 978-658319917-1



9

786583

199171

**thesis** editora científica