

A judicialização do direito à saúde: medidas para a efetivação desse direito fundamental

Health rights' judicialization: actions to effectuate this fundamental right

Aline Pinho da Costa Val

Autora

alinepcv@hotmail.com

Advogada formada pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de

Regina Coeli Lisbôa Soares

Orientadora

recoeli@puc-rio.br

Professora de Direito Constitucional do Departamento de Direito da Pontifícia

Resumo

O presente trabalho apresenta medidas para a efetivação do direito fundamental à saúde. Com esse intuito, aborda as dificuldades que envolvem a atuação do Poder Judiciário e expõe iniciativas que visam a prevenção dos conflitos, o aperfeiçoamento e a maior eficiência das decisões judiciais que envolvem esse direito.

Palavras chave: constituição; saúde; judicialização.

Abstract

This work presents possible actions to effectuate the fundamental right to health. In this regard, it approaches the difficulties that involve judicial action and presents some initiatives to prevent conflict and enhance the efficiency of judicial decisions in the matter of constitutional health rights.

Key words: constitution; health; judicialization.

Introdução

O presente trabalho busca analisar o direito fundamental à saúde sob diferentes óticas com a finalidade de compreender as medidas adotadas para a sua concretização.

Com esse intuito, aborda como é possível a efetivação desse direito por meio da intervenção do Poder Judiciário e aponta as dificuldades relacionadas à “judicialização da saúde”. Para tanto, apresenta a aplicação dos princípios do mínimo existencial, da reserva do possível e da equidade como parâmetros para alocação efetiva dos recursos do estado para assegurar a vida com dignidade. Além disso, apresenta a possibilidade de realização de controle das políticas públicas pelo Poder Judiciário na medida em que elas devem refletir as opções constitucionais, que direcionam a alocação de recursos quando discriminam os fins a serem perseguidos em caráter prioritário (BARCELOS, 2005, p.90).

Ainda, o presente trabalho busca apresentar iniciativas que visam a prevenção de conflitos judiciais, o aperfeiçoamento e a maior eficiência das decisões judiciais nas demandas que envolvem o direito à saúde. Com essa finalidade são apresentados os Núcleos de Assessoramento Técnico e as Câmaras de Resolução de Litígios de Saúde. Os Conselhos de Saúde, nesse contexto, são abordados como instrumentos de *social accountability*¹ que tem papel ímpar na medida que proporcionam a participação da comunidade nas políticas públicas e na administração da saúde.

1. A efetivação do direito à saúde mediante a intervenção do Poder Judiciário

A Constituição Brasileira de 1988, em seu artigo 196, considera “a saúde direito de *todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação*”. Logo, o dispositivo prevê que os poderes constituídos são obrigados a colocar à disposição das pessoas as prestações relacionadas à prevenção, manutenção e reestabelecimento da saúde, seja qual for o plano de governo ou orientação política do grupo que estiver no poder (BARCELLOS, 2011, p.320).

Observa-se, assim, que direito à saúde, após a sua positivação na Constituição de 1988,

¹ O termo “Social Accountability” é utilizado para se referir à responsabilização por controle social. DIGNIDADE RE-VISTA | ISSN2525-698X| 2020 | V. V | N. 9 ESP | Direitos Humanos, direitos para todos: pensando a igualdade material dos direitos. Pastoral Universitária Anchieta PUC-RIO.

conquistou força normativa e efetividade (BARROSO, 2009, p.35). Isso significa que se passou a entender que as normas constitucionais que regulam esse direito “*são aplicáveis direta e imediatamente na extensão máxima de sua densidade normativa*” (BARROSO, 2009, p.36).

Dessa forma, quando ocorrida violação à norma constitucional por uma ação ou omissão, o ordenamento jurídico fornece meios para a tutela do direito ou bem jurídico protegido (BARROSO, 2009, p.36). Assim, o Poder Judiciário passa a “*ter papel decisivo na concretização da Constituição*” (BARROSO, 2009, p.36). Esse papel é problemático quando o analisamos sob a perspectiva de quem decide, o magistrado, e sob a perspectiva do Poder Público, a quem incumbe realizar as políticas de saúde.

Em relação aos magistrados é necessário levar em conta que sua formação é baseada em conhecimentos lógico-dedutivos do ordenamento jurídico, gerando dificuldade de “*processar juridicamente o que está posto em forma de políticas*” (NEPOMUCENO et al., 2013, p.120).

Soma-se a essa dificuldade a impossibilidade de o juiz em sua atuação desconsiderar as suas impressões psicológicas e sociais. Nesse sentido Ana Paula de Barcellos discorre de forma precisa:

Um doente com rosto, identidade, presença física e história pessoal, solicitando ao Juízo uma prestação de saúde - não incluída no mínimo existencial e nem autorizada por lei, mas sem a qual ele pode vir a falecer - é percebido de forma inteiramente diversa da abstração etérea do orçamento e das necessidades do restante da população, que não são visíveis naquele momento e têm a sua percepção distorcida pela incredulidade do magistrado, ou ao menos pela fundada dúvida de que os recursos públicos estejam sendo efetivamente utilizados na promoção da saúde básica.

[...] é compreensivelmente difícil para o juiz deixar de ceder à tentação de dar uma solução jurídica localizada e individual a um problema cujo espaço de discussão é essencialmente político. (BARCELLOS, 2011, p.322)

Já em relação ao poder público, a atuação do Poder Judiciário como “concretizador da Constituição” é problemática na medida em que permite a criação de um círculo vicioso que exige a autoridade pública da obrigação de realizar as normas constitucionais sob a justificativa de que aguardará decisões judiciais sobre o tema ou de que não possui recursos para custear tais ou aquelas políticas (BARCELLOS, 2011, p.322).

Ainda, apresenta-se problemática a atuação do Poder Judiciário na seara do direito à saúde, pois muitas vezes é imposto ao poder público o custeio de tratamentos sofisticados e caros em decisões que acabam se tornando precedentes aplicados reiteradamente (BARCELLOS, 2011, p.323).

1.1 Obstáculos à efetivação do Direito à Saúde por meio do Poder Judiciário:

1.1.1 Princípio do mínimo existencial *versus* princípio da reserva do possível

O direito fundamental e garantia ao mínimo existencial, compreendido como “*todo o conjunto de prestações materiais indispensáveis para assegurar a cada pessoa uma vida condigna, no sentido de vida saudável*” (SARLET; FIGUEIREDO, 2007, p.184), é considerado um princípio sob a ótica da hermenêutica constitucional.

Dessa forma, apesar de não estar previsto expressamente na Constituição de 1988, no art. 170, *caput*, é consagrada a garantia à existência digna como um dos princípios e objetivos da ordem constitucional econômica (SARLET; FIGUEIREDO, 2007, p.184). Além disso, os direitos sociais previstos na Constituição de 1988 abarcam algumas dimensões do direito fundamental ao mínimo existencial (SARLET; FIGUEIREDO, 2007, p.184).

Assim, tendo em vista que o direito à saúde deve ser interpretado sob a ótica do princípio do mínimo existencial é possível concluir que existem prestações de saúde que são exigíveis do Poder Público em decorrência da Constituição (BARCELLOS, 2011, p.320). Além desse conjunto de prestações mínimas, o Poder Público pode atender outras necessidades de saúde, o que é traduzido pelo art. 196, *caput*, da Constituição de 1988, que garante às pessoas acesso a todas as prestações necessárias para a promoção, proteção e recuperação de sua saúde (BARCELLOS, 2011, p.320).

A diferença entre as prestações de saúde que compõem o mínimo existencial e as demais necessárias para a promoção, proteção e recuperação da saúde está relacionada ao tipo de tutela que o Poder Judiciário pode conferir a elas (BARCELLOS, 2011, p.320-321). Em relação às prestações de saúde que compõem o mínimo existencial, o Poder Judiciário pode e deve determinar o fornecimento da prestação de saúde baseando-se no disposto na Constituição Federal, “*independentemente de existir uma ação específica da Administração ou do Legislativo nesse sentido*” (BARCELLOS, 2011, p.320). Isso porque as normas constitucionais sobre dignidade humana e saúde possuem eficácia positiva ou simétrica, ou seja, não dependem da interveniência legislativa (BARCELLOS, 2011, p.321).

Diante disso, coloca-se a seguinte questão: quais prestações de saúde compõem o mínimo existencial? De acordo com Ana Paula de Barcellos as prestações que compõem o mínimo existencial devem ser aquelas disponíveis e possivelmente indispensáveis para o restabelecimento ou manutenção da saúde do paciente, independentemente da sua condição, pois não se pode ter ingerência sobre o resultado que será produzido (BARCELLOS, 2011,

p.324-326). Elas poderão ser exigidas judicialmente do Poder Público que, caso não as possa executar, deverá custeá-las.

Assim, torna-se evidente a problemática relacionada à condição do Poder Público realizar as prestações determinadas pela norma quando inexistem meios econômicos de cumprir a sua obrigação (SARLET; FIGUEIREDO, 2007, p.187).

A teoria da reserva do possível, nesse contexto, apresenta-se como uma justificativa para a inércia do Poder Público. De acordo com ela, “a efetividade dos direitos sociais a prestações materiais estaria sob a reserva das capacidades financeiras do estado” (SARLET; FIGUEIREDO, 2007, p.188). Ou seja, os direitos sociais que implicariam em prestações a serem fornecidas teriam a sua efetivação condicionada à disponibilidade dos recursos financeiros do Estado, que teria discricionariedade para elaborar o seu orçamento (SARLET; FIGUEIREDO, 2007, p.188). Dessa forma, a reserva do possível apresenta-se como um limite jurídico e fático à efetivação jurídica e política dos direitos fundamentais (SARLET; FIGUEIREDO, 2007, p.191).

Justamente por ser um limite fático e jurídico à efetivação de direitos fundamentais, a reserva do possível deve ser interpretada com cuidado. Notoriamente o Estado possui limitações financeiras ao implemento das prestações necessárias para a garantia do direito à saúde. No entanto, não se pode invocar a reserva do possível como argumento que impeça a atuação judicial e nem como justificativa para a omissão estatal no que tange a efetivação desse direito (SARLET; FIGUEIREDO, 2007, p.191).

O Poder Público, quando invoca a reserva do possível, tem o ônus de comprovar que não possui recursos para oferecer as prestações necessárias à efetivação do direito à saúde e de demonstrar que aplica os recursos visando a maximização da eficácia e efetividade desse direito fundamental (SARLET; FIGUEIREDO, 2007, p.191-196).

1.1.2 Violação ao princípio da equidade?

A Constituição Federal de 1988 nos artigos 195, parágrafo 2º, inciso II, e 198, parágrafo 2º, incisos I e III, estabelece recursos mínimos que devem ser destinados ao setor de saúde.

Assim, resta analisar como devem ser alocados os recursos destinados ao custeio das políticas de promoção, proteção e recuperação da saúde.

O princípio do mínimo existencial não pode ser utilizado individualmente como parâmetro para direcionar os recursos públicos disponíveis para o atendimento das prestações

de saúde consideradas indispensáveis para o reestabelecimento ou manutenção da saúde do paciente, sob pena de se violar o princípio da equidade, expresso na Constituição Federal no art. 196. Esse dispositivo prevê que o Estado deve adotar políticas sociais e econômicas que visem o acesso universal e igualitário à saúde (FERRAZ, 2009, p.239). Todos, sem discriminação de raça, etnia ou sexo “*merecem igualdade de respeito e consideração do Estado quando este elabora e implementa as políticas de saúde*” (FERRAZ, 2009, p.239).

Dessa forma, propõe-se a adoção de mais um parâmetro para nortear a alocação dos recursos destinados à saúde: a interpretação desse direito fundamental à luz do princípio da equidade.

O princípio da equidade consiste no reconhecimento de que “*os indivíduos são diferentes entre si e, portanto, merecem tratamento diferenciado, de modo a eliminar/ reduzir as desigualdades existentes*” (NUNES, 2004, p.09). Sob a perspectiva das políticas de saúde, elas devem visar reduzir ou eliminar as diferenças existentes a fim de criar condições igualitárias de acesso ao direito fundamental.

Diante disso, tendo em vista a limitação dos recursos públicos, que impede que se dê “tudo a todos”, para que se alcance o ideal de equidade no Brasil as políticas e programas de saúde devem levar em consideração “*informações sobre determinantes sociais em saúde*” (FERRAZ, 2009, p.244) para que assistam de forma prioritária aquelas pessoas que estão à mercê das ações do Estado (FERRAZ, 2009, p.245).

O Poder Judiciário, atuando de forma residual, não deve adotar um conceito unidimensional de saúde e deve atentar para as políticas já existentes, sem ignorar que não há recursos suficientes para se implementar o direito fundamental universalmente de forma ilimitada (FERRAZ, 2009, p.243). Caso desconsidere o fator da escassez de recursos que impede a implementação do direito à saúde de forma universal e ilimitada, violará o princípio da equidade (FERRAZ, 2009, p.242-243).

1.1.3 A independência do poder executivo: respeito às políticas públicas

O Estado Social Democrático exige uma orientação finalística da ação governamental, ou seja, impõe um planejamento estratégico com a eleição de fins ou objetivos comuns e a escolha de meios ou instrumentos para a sua consecução (COMPARATO, 1988, p.43). Deve ser reorganizada a atividade estatal para que sejam atingidas finalidades coletivas, com destaque para a criação de condições básicas para o alcance da igualdade social (COMPARATO, 1988,

p.43).

Nesse contexto, a política, compreendida como “*um conjunto organizado de normas e atos tendentes à realização de um objetivo determinado*” (COMPARATO, 1988, p.45), ganha papel de destaque. Ela passa a servir como instrumento da Administração Pública para a consecução dos objetivos previstos nas Constituições.

Note-se que os recursos financeiros disponíveis ao Estado para a realização de políticas públicas são limitados. Assim, as opções constitucionais direcionam a alocação dos recursos pois discriminam os fins a serem perseguidos em caráter prioritário (BARCELOS, 2005, p.90). De acordo com as escolhas feitas pelo Poder Público os fins podem ser atingidos de forma mais ou menos eficiente (BARCELOS, 2005, p.91).

Tendo em vista que toda ação estatal deve estar vinculada à Constituição e seus fins, é natural que se entenda que as decisões do Poder Público sobre Políticas Públicas são juridicamente passíveis de controle (BARCELOS, 2005, p.94).

Nesse sentido, Ana Paula de Barcellos traça três tipos de parâmetros que seriam capazes de realizar o controle das políticas públicas: o do objetivo, o do resultado esperado da atuação estatal e o do controle da definição das políticas públicas a serem implementadas (BARCELLOS, 2005, p.94-98).

2. Ferramentas para a efetivação do Direito à Saúde

Considerando as diversas dificuldades que impedem a efetivação do direito à saúde, em 2009 o Supremo Tribunal Federal convocou uma Audiência Pública de Saúde aberta à sociedade civil e com a participação de especialistas “*objetivando esclarecer as questões técnicas, científicas, administrativas, políticas, econômicas e jurídicas relativas às ações de prestação de saúde*”². Através dela acreditava-se que seria possível levar ao poder judiciário diferentes perspectivas sobre o direito à saúde no Brasil (DUARTE, 2017, p.57).

² O Presidente do Supremo Tribunal Federal em 05.03.2009 convocou Audiência Pública de Saúde com o intuito de ouvir o depoimento de pessoas com experiência e conhecimento sobre o Sistema Único de Saúde. Essa audiência foi relevante pois as decisões judiciais que envolvem o direito fundamental à saúde suscitam alegações de violação à ordem, à segurança, à economia e à saúde pública. Foi debatido nessa audiência: a responsabilidade dos entes da federação em matéria de direito à saúde, a obrigação do Estado de fornecer prestação de saúde prescrita por médico não pertencente ao quadro do SUS ou sem que o pedido tenha sido previamente feito à Administração Pública, a obrigação do Estado de custear prestações de saúde não abrangidas pelas políticas públicas existentes, a obrigação do Estado de disponibilizar medicamentos ou tratamentos experimentais não registrados na ANVISA ou não aconselhados pelos protocolos clínicos do SUS, a obrigação do Estado de fornecer medicamento não lícitado e não previsto nas listas do SUS e fraudes no SUS.

Diante das questões suscitadas nos debates realizados na Audiência Pública de Saúde, o Conselho Nacional de Justiça elegeu o tema “judicialização da saúde” para um programa de ação (DUARTE, 2017, p.57). Foi eleito um grupo de trabalho que deveria estudar mais a fundo o direito à saúde e o papel do poder judiciário na sua efetivação, para que fossem propostas medidas em relação as demandas judiciais existentes (DUARTE, 2017, p.57).

Foram fruto desse trabalho realizado pelo Conselho Nacional de Justiça a Resolução nº 107, de 2010, a Recomendação nº 31, de 2010, e a Recomendação nº 36 de 2011.

A Resolução nº 107, de 2010, do Conselho Nacional de Justiça, instituiu o Fórum Nacional da Saúde para o monitoramento e resolução das demandas de assistência de saúde. A partir do monitoramento por ele realizado seria possível captar medidas concretas e normativas voltadas para a efetividade dos processos e para a prevenção de conflitos judiciais.³

Já a Recomendação nº 31, de 2010, do Conselho Nacional de Justiça, considerando o grande número de demandas que envolvem o direito à saúde em trâmite e a relevância da matéria para a garantia de vida digna da população brasileira, visa a criação de medidas concretas para a o aperfeiçoamento das decisões judiciais. Propõe que sejam celebrados convênios com setores e instituições estranhas ao poder judiciário que sejam capazes de subsidiar os magistrados na “*formação de um juízo de valor quanto à apreciação das questões clínicas apresentadas pelas partes das ações relativas à saúde [...]*”⁴. Além disso, a Recomendação traça diretrizes para a atuação dos magistrados quando diante de situações que envolvem prestações de saúde como, por exemplo: (i) a necessidade de determinação, no momento da concessão de medida abrangida por política pública existente, da inscrição do beneficiário nos respectivos programas; (ii) a oitiva de gestores antes da aplicação de medidas de urgência.

A Resolução nº 36 do Conselho Nacional de Justiça, por sua vez, considerando a relevância pública das ações e serviços de saúde, recomenda aos Tribunais de Justiça dos Estados e Tribunais Regionais Federais que celebrem convênios para que tenham apoio técnico

³ Artigo 1º da Resolução nº 107 de 06.04.2010 do Conselho Nacional de Justiça: “Fica instituído, no âmbito do Conselho Nacional de Justiça, o Fórum Nacional para o monitoramento e resolução das demandas de assistência à saúde, com a atribuição de elaborar estudos e propor medidas concretas e normativas para o aperfeiçoamento de procedimentos, o reforço à efetividade dos processos judiciais e à prevenção de novos conflitos.”

⁴ Item I. a. da Recomendação nº 31 de 30.03.2010 do Conselho Nacional de Justiça: “I. Recomendar aos Tribunais de Justiça dos Estados e aos Tribunais Regionais Federais que: a) até dezembro de 2010 celebrem convênios que objetivem disponibilizar apoio técnico composto por médicos e farmacêuticos para auxiliar os magistrados na formação de um juízo de valor quanto à apreciação das questões clínicas apresentadas pelas partes das ações relativas à saúde, observadas as peculiaridades regionais;”

de médicos e farmacêuticos indicados pelos Comitês Executivos Estaduais. Dessa forma, os magistrados teriam auxílio para formar seu convencimento nas demandas que envolvem o direito à saúde.

Diante do teor dos atos normativos do Conselho Nacional de Justiça, em diversos Estados surgiram iniciativas que visam a prevenção dos conflitos judiciais e o aperfeiçoamento e maior eficiência das decisões judiciais nas demandas que envolvem o direito à saúde. São exemplos dessas iniciativas os Núcleos de Assessoramento Técnico e as Câmaras de Resolução de Litígios de Saúde.

Os Conselhos de Saúde, apesar de já existirem no país desde os anos 90, têm o seu papel revisitado e reavaliado nesse contexto, na medida que passam a ser vistos como instrumentos de *social accountability* (OLIVEIRA, 2004, p.63).

2.1 Núcleos de Assessoramento Técnico (NAT)

A crescente judicialização de demandas envolvendo prestações de saúde e o desequilíbrio do orçamento público passaram a exigir dos magistrados saberes técnicos da área médica e normativos (relacionados à organização do Sistema Único de Saúde) para a fundamentação das suas decisões.⁵

Diante disso, em atendimento à Recomendação nº 31 do Conselho Nacional de Justiça, foram criados os Núcleos de Assessoramento Técnico (NAT).

Os Núcleos de Assessoramento Técnico são compostos por uma equipe multidisciplinar que envolve funcionários administrativos, farmacêuticos, nutricionistas, enfermeiros e são coordenados por farmacêuticos e médicos (FERREIRA; COSTA, 2013, p.221). A esses profissionais incumbe a elaboração de pareceres técnicos embasados no binômio “necessidade/utilidade”, a fim de determinar a eficácia do tratamento requerido pelos pacientes e o menor custo para o alcance do benefício pretendido (FERREIRA; COSTA, 2013, p.221). São analisados os documentos contidos no processo, a legislação pertinente e o quadro clínico descrito para que se possa avaliar a indicação, a existência de políticas públicas que atendam o demandante, a possibilidade de alternativa terapêutica, a adequação do quantitativo pleiteado e

⁵ O Tribunal de Justiça da 2ª Região contém página em seu sítio que trata sobre histórico do Núcleo de Assessoramento Técnico <<http://www10.trf2.jus.br/comite-estadual-de-saude-rj/nat-jus/historico/>>. Acesso em 19.05.2019. Isso é muito interessante pois demonstra que o Poder Judiciário, progressivamente, tem utilizado esse instrumento visando o aperfeiçoamento técnico das decisões que envolvem o direito fundamental à saúde.

o quantitativo prescrito, a existência de registro do tratamento ou medicamento na ANVISA, o uso de medicamento para indicações não previstas em bula, medicamentos em fase experimental e medicamentos ou insumos exigidos com marca específica.⁶

Para que isso seja possível, os processos encaminhados ao Núcleo de Assessoramento Técnico são cadastrados em um banco de dados e distribuídos à equipe para que possam ser elaborados os pareceres técnicos (FERREIRA; COSTA, 2013, p.221). À coordenação do núcleo incumbe a revisão dos pareceres elaborados pela equipe (FERREIRA; COSTA, 2013, p.221). Os pareceres, quando finalizados, são enviados ao cartório ou secretaria do juiz que fez o encaminhamento do caso (FERREIRA; COSTA, 2013, p.221).

Portanto, os Núcleos de Assessoramento Técnico têm como função precípua o auxílio aos magistrados no julgamento de questões que envolvem prestações relacionadas ao direito à saúde. Dão suporte técnico para uma decisão mais realista e fundamentada, mas não vinculam o magistrado. Somente o magistrado, em casos em que o medicamento ou tratamento não está previsto na lista do Sistema Único de Saúde, pode concedê-lo ou não, independente do parecer do Núcleo de Assessoramento Técnico (FERREIRA; COSTA, 2013, p.222).

No entanto, essa não é a única função desempenhada pelos Núcleos de Assessoramento Técnico. Eles atuam na fase pré-processual, quando buscam uma solução administrativa relativa à prestação de saúde demandada (PINHEIRO, 2016, p.04), e também servem como filtro de demandas judiciais, pois caso o medicamento demandado pelo paciente se encontre na lista do Sistema Único de Saúde e esteja disponível, é realizado um encaminhamento para que ele o retire (FERREIRA; COSTA, 2013, p.221).

Dessa forma, os Núcleos de Assessoramento Técnico permitem um atendimento mais ágil aos cidadãos e contribuem para a redução do número de processos judiciais ao buscarem soluções administrativas para as demandas (PINHEIRO, 2016, p.04).

Note-se que o Núcleo de Assessoramento Técnico pode ser utilizado como instrumento de gestão das Secretarias de Saúde Estaduais e Municipais na medida que permite a identificação da incidência das demandas (PINHEIRO, 2016, p.04), pois são coletados dados para que as ações de saúde possam ser planejadas e executadas com maior eficiência, otimizando o atendimento prestado aos usuários (PINHEIRO, 2016, p.04).

O primeiro Núcleo de Assessoramento Técnico foi criado em 2009 no Estado do Rio de Janeiro por meio de uma parceria realizada entre o Tribunal de Justiça do Estado do Rio de

⁶ Informações retiradas da página do Tribunal de Justiça da 2ª Região (<<http://www10.trf2.jus.br/comite-estadual-de-saude-rj/nat-jus/historico/>>. Acesso em 19.05.2019).

Janeiro, a Secretaria de Saúde do Estado e a Defesa Civil. Ele foi um modelo de sucesso e, por conta disso, o STF⁷ e o CNJ passaram a estimular a sua criação em outros estados para que fosse possível a sua oitiva antes da concessão de liminares. Nesse sentido, o Enunciado 18 da 1ª Jornada de Direito da Saúde dispõe: “*Sempre que possível, as decisões liminares sobre saúde devem ser precedidas de notas de evidência científica emitidas por Núcleos de Apoio Técnico em Saúde - NATS.*”

2.2 Câmara de Resolução de Litígios de Saúde

Diante das desvantagens trazidas pela judicialização do direito à saúde impõe-se a busca de outros meios eficazes de justiça, menos intervencionistas e mais consensuais (THOMÉ DA CRUZ; DE NEZ, 2017, p.8). Por meio deles seria possível contemplar a oferta de bens e serviços de saúde à sociedade, não apenas desonerando o erário e contribuindo para a redução de demandas em curso no Poder Judiciário, mas também concretizando de forma mais efetiva o direito fundamental à saúde, garantido pela Constituição de 1988 ((THOMÉ DA CRUZ; DE NEZ, 2017, p.8).

Nesse contexto, é fundamental a participação da sociedade civil, dos gestores públicos, médicos, defensores públicos, promotores de justiça, advogados públicos e juízes (THOMÉ DA CRUZ; DE NEZ, 2017, p.8), que devem se voltar para a viabilização do atendimento das demandas apresentadas sanando a ineficiência de procedimentos internos das secretarias de saúde, acelerando procedimentos internos demorados, e facilitando a comunicação à justiça quanto ao cumprimento das ordens judiciais (SOUZA, 2016, p.35).

Destaca-se como iniciativa na área da mediação sanitária o projeto Câmara de Resolução de Litígios de Saúde implementado no Estado do Rio de Janeiro por meio do Convênio de Cooperação nº 003/504/2012, celebrado em 12 de junho de 2012, que reúne a Defensoria Pública Geral do Estado do Rio de Janeiro, a Defensoria Pública da União, o Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro, a Procuradoria Geral do Estado do Rio de Janeiro, a Procuradoria Geral do Município do Rio de Janeiro, a Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro e a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SOUZA, 2016, p.35-36).

O objetivo da Câmara de Resolução de Litígios de Saúde é buscar soluções administrativas que atendam os cidadãos hipossuficientes assistidos pela Defensoria Pública do

⁷ Supremo Tribunal Federal, Pedido de Suspensão de Tutela Antecipada nº 175, Relator Ministro Gilmar Mendes, 17.03.2010.

Estado ou pela Defensoria Pública da União (ALÔ, 2016, p.104), que necessitam de medicamentos, agendamento de procedimento cirúrgico ou clínico, internação, exames médicos, tratamentos e transferência do Sistema Único de Saúde.⁸ Evita-se, com isso, a judicialização das demandas que envolvem prestações relacionadas ao direito à saúde.

A fim de concretizar esse objetivo os membros das Defensorias Públicas atuam na coordenação dos atendimentos realizados, no processamento dos casos e adotam as medidas extrajudiciais e judiciais necessárias (ALÔ, 2016, p.104). Quando agem assim fomentam debates institucionais e auxiliam na implementação de propostas de políticas públicas de saúde (ALÔ, 2016, p.104).

Os representantes das Secretarias de Saúde realizam um acolhimento humanizado dos assistidos e os orientam, elaboram pareceres, instauram procedimentos de compra e contratação para que as demandas apresentadas sejam sanadas e prestam informações sobre a organização e funcionamento do Sistema Único de Saúde (ALÔ, 2016, p.105).

As Procuradorias do Estado e do Município atuam designando procuradores para a atuação nas sessões de mediação da Câmara e prestando orientação jurídica às Secretarias de Saúde (ALÔ, 2016, p.105).

O Tribunal de Justiça, por sua vez, designa mediadores, supervisores e coordena as atividades de mediação realizadas na Câmara de Resolução de Litígios de Saúde (ALÔ, 2016, p.105).

A reunião de todos esses atores estruturalmente em um único órgão permite uma “*interlocução extrajudicial entre Instituições essenciais do sistema de justiça*” (ALÔ, 2016, p.105) que potencializa o intercâmbio de informações e permite o atendimento mais eficiente dos assistidos.⁹ São alcançadas soluções consensuais, que não demandam intervenção judicial, pois as Câmaras de Resolução de Litígios são espaços de diálogo entre as instituições envolvidas na tutela do direito à saúde (ALÔ, 2016, p.105).

2.3 Conselhos de Saúde

⁸ A Câmara de Resolução de Litígios de Saúde-CRLS foi uma iniciativa homenageada pelo Prêmio Innovare- Edição XI- 2014. O site do Prêmio Innovare contém uma descrição resumida sobre a iniciativa que está disponível no endereço <<https://www.premioinnovare.com.br/praticas//camara-de-resolucao-de-litigios-de-saude-crls>>, acessado em 19.05.2019.

⁹ Informações obtidas no site do Prêmio Innovare: <<https://www.premioinnovare.com.br/praticas//camara-de-resolucao-de-litigios-de-saude-crls>>, acessado em 19.05.2019.

Na estrutura do Sistema Único de Saúde estão previstas instâncias colegiadas deliberativas de questões políticas e técnicas do setor de saúde: os Conselhos de Saúde. Esses órgãos, nos termos da Resolução nº 453, de 10 de maio de 2012, do Ministério da Saúde, são instâncias colegiadas, deliberativas e permanentes do Sistema Único de Saúde (SUS) em cada esfera do Governo, integrantes do Ministério da Saúde, da Secretaria de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios.

O papel precípua dos Conselhos de Saúde é a participação da comunidade nas políticas públicas e na administração da saúde.¹⁰ Isso é possível pois a regulamentação prevê para todos eles uma composição paritária, ou seja, metade de seus assentos são de representantes da autoridade setorial, dos profissionais, dos prestadores públicos e privados e das pessoas que trabalham no setor da saúde enquanto a outra metade é integrada por representantes dos usuários dos serviços do SUS (LABRA; FIGUEIREDO, 2002, p.541).

As atribuições dos Conselhos de Saúde, exercidas por meio de um Plenário, comissões intersetoriais e grupos de trabalho de conselheiros para ações transitórias, visam: fortalecer a participação e o controle social no Sistema Único de Saúde, mobilizando e articulando a sociedade para a defesa dos princípios constitucionais basilares; uma atuação na formulação e no controle da execução das Políticas de Saúde, inclusive em seus aspectos econômicos e financeiros, com a proposição de estratégias para a aplicação em setores públicos e privados; definir diretrizes para a elaboração dos planos de saúde e deliberar sobre o seu conteúdo.¹¹

¹⁰ Primeira Diretriz da Resolução nº 453 de 10 de maio de 2012 do Ministério da Saúde: “O Conselho de Saúde é uma instância colegiada, deliberativa e permanente do Sistema Único de Saúde (SUS) em cada esfera de Governo, integrante da estrutura organizacional do Ministério da Saúde, da Secretaria de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, com composição, organização e competência fixadas na Lei no 8.142/90. O processo bem-sucedido de descentralização da saúde promoveu o surgimento de Conselhos Regionais, Conselhos Locais, Conselhos Distritais de Saúde, incluindo os Conselhos dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, sob a coordenação dos Conselhos de Saúde da esfera correspondente. Assim, os Conselhos de Saúde são espaços instituídos de participação da comunidade nas políticas públicas e na administração da saúde.

Parágrafo único. Como Subsistema da Seguridade Social, o Conselho de Saúde atua na formulação e proposição de estratégias e no controle da execução das Políticas de Saúde, inclusive nos seus aspectos econômicos e financeiros.”

¹¹ Quarta Diretriz da Resolução nº 453 de 10 de maio de 2012 do Ministério da Saúde: “As três esferas de Governo garantirão autonomia administrativa para o pleno funcionamento do Conselho de Saúde, dotação orçamentária, autonomia financeira e organização da secretaria-executiva com a necessária infraestrutura e apoio técnico:

I - cabe ao Conselho de Saúde deliberar em relação à sua estrutura administrativa e o quadro de pessoal;

II - o Conselho de Saúde contará com uma secretaria-executiva coordenada por pessoa preparada para a função, para o suporte técnico e administrativo, subordinada ao Plenário do Conselho de Saúde, que definirá sua estrutura e dimensão;

III - o Conselho de Saúde decide sobre o seu orçamento;

Para que os Conselhos de Saúde possam cumprir o seu papel as três esferas do Governo garantem a eles autonomia administrativa, dotação orçamentária, autonomia financeira e possibilidade de organização de sua secretaria executiva (Quarta Diretriz da Resolução nº 453 de 10 de maio de 2012 do Ministério da Saúde). Para tanto, é concedida a necessária infraestrutura e apoio técnico.

Diante disso, observa-se que os Conselhos de Saúde exercem um papel fundamental como instrumento para a efetivação do direito à saúde. Isso é possível pois eles permitem o exercício do controle social sobre a *res pública* no setor da saúde (LABRA; FIGUEIREDO, 2002, p.542), ou seja, que a sociedade influencie nas decisões tomadas pelo Estado (OLIVEIRA, 2004, p.63). Ainda, os Conselhos de Saúde permitem o *social accountability*, isto é, criam um espaço político em que um ou vários atores sociais podem cobrar publicamente de

IV - o Plenário do Conselho de Saúde se reunirá, no mínimo, a cada mês e, extraordinariamente, quando necessário, e terá como base o seu Regimento Interno. A pauta e o material de apoio às reuniões devem ser encaminhados aos conselheiros com antecedência mínima de 10 (dez) dias;

V - as reuniões plenárias dos Conselhos de Saúde são abertas ao público e deverão acontecer em espaços e horários que possibilitem a participação da sociedade;

VI - o Conselho de Saúde exerce suas atribuições mediante o funcionamento do Plenário, que, além das comissões intersetoriais, estabelecidas na Lei no 8.080/90, instalará outras comissões intersetoriais e grupos de trabalho de conselheiros para ações transitórias. As comissões poderão contar com integrantes não conselheiros;

VII - o Conselho de Saúde constituirá uma Mesa Diretora eleita em Plenário, respeitando a paridade expressa nesta Resolução;

VIII - as decisões do Conselho de Saúde serão adotadas mediante quórum mínimo (metade mais um) dos seus integrantes, ressalvados os casos regimentais nos quais se exija quórum especial, ou maioria qualificada de votos;

a) entende-se por maioria simples o número inteiro imediatamente superior à metade dos membros presentes;

b) entende-se por maioria absoluta o número inteiro imediatamente superior à metade de membros do Conselho;

c) entende-se por maioria qualificada 2/3 (dois terços) do total de membros do Conselho;

IX - qualquer alteração na organização dos Conselhos de Saúde preservará o que está garantido em lei e deve ser proposta pelo próprio Conselho e votada em reunião plenária, com quórum qualificado, para depois ser alterada em seu Regimento Interno e homologada pelo gestor da esfera correspondente;

X - a cada três meses, deverá constar dos itens da pauta o pronunciamento do gestor, das respectivas esferas de governo, para que faça a prestação de contas, em relatório detalhado, sobre andamento do plano de saúde, agenda da saúde pactuada, relatório de gestão, dados sobre o montante e a forma de aplicação dos recursos, as auditorias iniciadas e concluídas no período, bem como a produção e a oferta de serviços na rede assistencial própria, contratada ou conveniada, de acordo com o art. 12 da Lei no 8.689/93 e com a Lei Complementar no 141/2012;

XI - os Conselhos de Saúde, com a devida justificativa, buscarão auditorias externas e independentes sobre as contas e atividades do Gestor do SUS; e

XII - o Pleno do Conselho de Saúde deverá manifestar-se por meio de resoluções, recomendações, moções e outros atos deliberativos.

As resoluções serão obrigatoriamente homologadas pelo chefe do poder constituído em cada esfera de governo, em um prazo de 30 (trinta) dias, dando-se-lhes publicidade oficial. Decorrido o prazo mencionado e não sendo homologada a resolução e nem enviada justificativa pelo gestor ao Conselho de Saúde com proposta de alteração ou rejeição a ser apreciada na reunião seguinte, as entidades que integram o Conselho de Saúde podem buscar a validação das resoluções, recorrendo à justiça e ao Ministério Público, quando necessário."

outros comportamentos transparentes e a adequação de seus atos ao interesse individual, público ou coletivo de acordo com as normas e funções previstas onde atuam (OLIVEIRA, 2004, p.63). Dessa forma, autoridades devem prestar contas de seus atos diante dos atores sociais e as instituições públicas podem ser interpeladas, cobradas e questionadas (OLIVEIRA, 2004, p.63).

3. Conclusão

O direito à saúde deve ser observado sob diferentes óticas para que seja efetivado sem ferir a discricionariedade do estado na elaboração do orçamento, a igualdade e a equidade.

Para tanto, apresentam-se como medidas capazes de proporcionar um maior alcance do direito fundamental, minimizando a judicialização da saúde, a implementação de Conselhos de Saúde e das Câmaras de Resolução de Litígios de Saúde.

Os Conselhos de Saúde apresentam-se como órgãos fundamentais na medida em que visam a participação da comunidade nas políticas públicas e na administração da saúde. Nesse sentido, a sua composição paritária permite o exercício de controle social sobre a *res pública* no setor de saúde, influenciando nas decisões tomadas pelo Estado. Além disso, permitem o *social accountability* na medida que criam um espaço político que permite que os atores sociais cobrem publicamente de outros comportamentos transparentes e a adequação de seus atos.

Observa-se que a implementação de Conselhos de Saúde contribui para evitar a judicialização do direito à saúde, pois permite a observância do direito fundamental sob a ótica da elaboração de políticas públicas. A saúde seria vista como mais do que um direito individual, seria vista como um direito social a ser materializado por meio das políticas públicas realizadas pelo Estado.

Contribui, ainda, para efetivação do direito à saúde, evitando a judicialização, a Câmara de Resolução de Litígios de Saúde. Esse órgão, composto por médicos, gestores públicos, advogados públicos, promotores de justiça e juízes permite uma “interlocução extrajudicial entre Instituições essenciais do sistema de justiça” (ALÔ, 2016, p. 105) que potencializa o intercâmbio de informações e permite o atendimento mais eficiente dos assistidos. Por meio dele é possível o alcance de soluções consensuais.

Evidente que ainda que esses mecanismos sejam utilizados algumas demandas continuarão a chegar no Poder Judiciário. Em relação a elas será necessário traçar parâmetros decisórios levando em consideração as listas oficiais de dispensação, os protocolos de

intervenção terapêutica etc.

Sendo assim, visando estabelecer certo direcionamento às decisões judiciais que envolvem o direito à saúde, os tribunais do país têm se mobilizado para a criação de Núcleos de Assessoramento Técnico. Esses órgãos dão suporte aos magistrados para a fundamentação de suas decisões quando as demandas envolvem saberes técnicos da área médica e normativos relacionados à organização do SUS.

É possível concluir que progressivamente busca-se amparar tecnicamente as decisões judiciais e estabelecer critérios objetivos a serem observados pelos magistrados quando diante de questões que envolvam o direito à saúde.¹²

¹² Nesse sentido, o Supremo Tribunal Federal por ocasião do julgamento do Recurso Extraordinário nº 657718, fixou a seguinte tese de repercussão geral: “1. O Estado não pode ser obrigado a fornecer medicamentos experimentais. 2. A ausência de registro na ANVISA impede, como regra geral, o fornecimento de medicamento por decisão judicial. 3. É possível, excepcionalmente, a concessão judicial de medicamento sem registro sanitário, em caso de mora irrazoável da ANVISA em apreciar o pedido (prazo superior ao previsto na Lei nº 13.411/2016), quando preenchidos três requisitos: (i) a existência de pedido de registro do medicamento no Brasil (salvo no caso de medicamentos órfãos para doenças raras e ultrarraras);(ii) a existência de registro do medicamento em renomadas agências de regulação no exterior; e (iii) a inexistência de substituto terapêutico com registro no Brasil. 4. As ações que demandem fornecimento de medicamentos sem registro na ANVISA deverão necessariamente ser propostas em face da União”.

Referências bibliográficas

ALÔ, Bernard dos Reis. Desjudicializando o direito à saúde – O papel da defensoria pública nesse processo. *Revista CEJ*, Brasília, Ano XX, n. 70, p. 101-112, set./dez. 2016. Disponível em: <https://bdjur.stj.jus.br/jspui/bitstream/2011/109626/desjudicializando_direito_saude_reis.mht.pdf>. Acesso em: 19.05.2019

BARCELLOS, Ana Paula de. *A eficácia jurídica dos princípios constitucionais: O princípio da dignidade da pessoa humana*. -3ª ed. revista e atualizada. -Rio de Janeiro: Renovar, 2011.

BARCELOS, Ana Paula de. Neoconstitucionalismo, Direitos fundamentais e controle das políticas públicas. *Revista de Direito Administrativo*, Rio de Janeiro, v. 240, p. 83-105, abr. 2005. Disponível em: <<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rda/article/view/43620>>. Acesso em: 18 04. 2019.

BARROSO, Luís Roberto. Da falta de efetividade à judicialização excessiva: direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros para a atuação judicial. *Jurisp. Mineira*, Belo Horizonte, a. 60, nº 188, p. 29-60, jan./mar. 2009. Disponível em: <<https://bd.tjmg.jus.br/jspui/bitstream/tjmg/516/1/D3v1882009.pdf>>. Acesso em: 14.03.2019.

COMITÊ ESTADUAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO. Histórico do NAT. Disponível em: <<http://www10.trf2.jus.br/comite-estadual-de-saude-rj/nat-jus/historico/>>. Acesso em 19.05.2019.

COMPARATO, Fábio Konder. Ensaio sobre o juízo de constitucionalidade de políticas públicas. *Revista de Informação Legislativa*, Brasília, nº 138, ano 35, p. 39-48, abril/junho 1988. Disponível em: <<http://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/496870/RIL138.pdf?sequence=1#page=37>>. Acesso em: 15.04.2019.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, Recomendação nº 31, de 30 de março de 2010. Disponível em: <http://www.cnj.jus.br/files/atos_administrativos/recomendao-n31-30-03-2010-presidencia.pdf>. Acesso em 01.04.2019.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, Resolução nº 107, de 06 de abril de 2010. Disponível em: <<http://cnj.jus.br/busca-atos-adm?documento=2831>>. Acesso em 01.04.2019.

DUARTE, Vanessa Genicia. Arranjos e Diálogos Institucionais para Enfrentamento da Judicialização da Saúde: uma análise dos modelos de assessoramento técnico (NAT's). Limeira/SP. 2017. 114 p. Dissertação de Mestrado. Comissão de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas e Sociais Aplicadas. Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP).

FERRAZ, Octávio Luiz Motta; VIEIRA, Fabiola Sulpino. Direito à saúde, recursos escassos e equidade: os riscos da interpretação judicial dominante. *DADOS-Revista de Ciências Sociais*, Rio de Janeiro, v. 52, n. 1, p. 223-251, Mar. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S001152582009000100007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12.04.2019.

FERREIRA, Siddharta Legale; COSTA, Aline Matias da. Núcleos de Assessoria Técnica e Judicialização da Saúde: Constitucionais ou Inconstitucionais? *Rev. SJRJ*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 36, p. 219-240, abr. 2013. Disponível em: <http://www.ufjf.br/siddharta_legale/files/2014/07/Nucleos-de-assessoria-tecnica-e-judicializa%C3%A7%C3%A3o-da-sa%C3%BAde.pdf>. Acesso em 18.05.2019.

LABRA, Maria Eliana; FIGUEIREDO, Jorge St. Aubyn de. Associativismo, participação e cultura cívica: O potencial dos conselhos de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, São Paulo, v. 7, n. 3, p. 537-547, 2002. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/csc/2002.v7n3/537-547/pt.>>. Acesso em: 20.05.2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Resolução nº 453, de 10 de maio de 2012. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2012/res0453_10_05_2012.html>. Acesso em: 01.04.2019.

NEPOMUCENO, M.; BELLATO, R.; ARAÚJO, L.; MUFATO, L. F. O campo jurídico na garantia do direito à saúde. *Revista de Direito Sanitário*, v. 14, n. 2, p. 119-136, 28 out. 2013. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/64321>>. Acesso em: 20.03.2019.

NUNES, André. *A alocação equitativa inter-regional de recursos públicos federais do SUS: a receita própria do município como variável moderadora*. Relatório de Consultoria (Contrato nº 130/2003) -Projeto 1.04.21. Consolidação do Sistema de Informações Sobre Orçamentos Públicos em Saúde-SIOPS. Brasília: Set. 2004. Disponível em: <http://siops.datasus.gov.br/documentacao/alloc_equitativa_siops.pdf>. Acesso em: 12.04.2019.

OLIVEIRA, Valdir de Castro. Comunicação, informação e participação popular nos Conselhos de Saúde. *Saúde soc.*, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 56-69, ago. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412902004000200006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 18.05.2019.

PINHEIRO, Mariana Carvalho. *Núcleos de Assessoramento Técnico: Estratégia à judicialização da Saúde?* Brasília/DF. 2016. 48 p. Monografia apresentada na Escola Nacional de Administração Pública. Disponível em: <<http://repositorio.enap.gov.br/bitstream/1/2490/1/Mariana%20Pinheiro.pdf>>. Acesso em: 17.05.2019.

PRÊMIO INOVARE- Edição XI- 2014. Câmara de Resolução de Litígios de Saúde-CRLS. Descrição Resumida. Disponível em:<<https://www.premioinnovare.com.br/praticas/1/camara-de-resolucao-de-litigios-de-saude-crls>>. Acesso em: 19.05.2019.

SARLET, I.; FIGUEIREDO, M. Reserva do possível, mínimo existencial e direito à saúde. *Revista Brasileira de Direitos Fundamentais & Justiça*, v. 1, n. 1, p. 171-213, 25 mar. 2007. Disponível em: <<http://dfj.emnuvens.com.br/dfj/article/view/590>>. Acesso em: 10.04.2019.

SILVA, José Afonso da. *Curso de direito constitucional positivo-38ª ed.* revista e atualizada. São Paulo: Malheiros Editores Ltda., 2014.

SOUZA, Anderson Monteiro de. *A atuação em rede de instituições governamentais na resolução de conflitos sobre demandas sanitárias no Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro. 2016. 90 p. Dissertação Mestrado Profissional em Administração Pública - Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas, Fundação Getúlio Vargas – FGV. 2016. Disponível em: <https://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/16052/Disserta%C3%A7%C3%A3o_ver_final.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 16.05.2019.

STF, Despacho de Convocação da Audiência Pública de Saúde de 05 de março de 2009. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/processoAudienciaPublicaSaude/anexo/Despacho_Convocatorio.pdf>. Acesso em: 15.05.2019.

STF, Pedido de Suspensão de Tutela Antecipada nº 175, Relator Ministro Gilmar Mendes, Brasília, 17.03.2010.

STF, RE nº 657718, Rel. Ministro Roberto Barroso, Brasília, 25.10.2019.

THOMÉ DA CRUZ, Marco Tulio; DE NEZ, Brunna Agostini. *A contribuição da mediação sanitária para a desjudicialização do direito à saúde*. Seminário Internacional de Direitos Humanos e Democracia, [S.l.], dez. 2017. Disponível em: <<https://publicacoeseventos.unijui.edu.br/index.php/direitoshumanosedemocracia/article/view/8658>>. Acesso em: 16.05.2019.