



GUAIRACÁ REVISTA DE FILOSOFIA

ÉTICA APLICADA À INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIAS EM SISTEMAS PÚBLICOS DE SAÚDE¹

ALCINO EDUARDO BONELLA²

EMELY VERONA³

Resumo: Neste artigo se discutem aspectos da avaliação de biotecnologias relacionadas à saúde humana, em especial, a questão de sua incorporação aos sistemas públicos e universalizados de saúde. Destacamos inicialmente o desafio do custo-efetividade e da utilização de padrões de medida em anos de vida (como os *QALYs* - anos de vida ajustados pela qualidade), como parte das ponderações éticas sobre políticas públicas, e, logo, sobre incorporação de biotecnologias na saúde pública. Sugerimos uma exemplificação disto na análise da *judicialização* do direito à saúde no Brasil. Analisamos, então, uma perspectiva crítica que chama a atenção para questões de justiça e equidade, relacionadas aqui a desigualdade de tratamento e garantia do direito básico à saúde, mas sugerimos que há boas respostas dentro do paradigma do custo-efetividade. Algumas implicações - e alguns desdobramentos - dos pontos aqui tratados são apresentados nas considerações finais.

Palavras-chaves: Ética, Alocação, Custo-efetividade, Judicialização, Equidade

1. Este trabalho é fruto de pesquisa que conta com apoio do CNPq, Fomento n. 312092/2017-2.

2. Professor titular de Filosofia do Instituto de Filosofia (IFILO) da Universidade Federal de Uberlândia (UFU), docente nos programas de graduação e pós-graduação (mestrado e doutorado) em Filosofia, e pós-graduação (mestrado e doutorado) em Ciências da Saúde, da Faculdade de Medicina (FAMED) da UFU. Bolsista Produtividade CNPq. E-mail: abonella@gmail.com

3. Graduada em Filosofia, membro do Grupo de Pesquisa em Ética e Ética Aplicada do IFILO/UFU, orientanda de Iniciação Científica. E-mail: emelyverona@live.com

ETHICS APPLIED TO THE INCORPORATION OF TECHNOLOGIES IN PUBLIC HEALTH SYSTEMS

Abstract: This article discusses aspects of the assessment of biotechnologies related to human health, especially the question of their incorporation into public and universalized health systems. Initially, we highlight the cost-effectiveness challenge and the use of standard measurements in life-years (such as QALYs, quality-adjusted life-years), as part of ethical weighing about public health policies. An application of this to the problem of judicialization of health is suggested. We analyze, then, the justice and fairness approach on distribution, and the criticisms that draw attention to the problems of unequal treatment and the guarantee of the basic right to health, but we suggest that there are good responses to such criticisms. Some implications and consequences of these aspects are presented in final considerations.

Keywords: Ethics, Allocation, Cost-effectivity, Judicialization, Equity.

1. SAÚDE COLETIVA E SERVIÇOS UNIVERSALIZADOS DE SAÚDE

Políticas de saúde pública e legislação relacionada a isto são uma das formas com que sociedades complexas atuais tentam lidar de maneira ordenada com a qualidade de vida das pessoas. Uma configuração institucional destas políticas e leis é o sistema público (estatal), universal (aberto a todos) e gratuito de serviços e benefícios de saúde, sistemas financiados total ou parcialmente com recursos advindos de taxação. A maioria dos países democráticos desenvolvidos, e alguns em desenvolvimento, possuem alguma variação de um sistema assim, como o *National Health Service* (NHS) inglês, ou o *Sistema Único de Saúde* (SUS) brasileiro. Normalmente há problemas de alocação e distribuição em tais sistemas, como os relacionados a decidir entre financiar remédios baratos e remédios caros, ou como alocar entre programas de saúde da família e programas para doenças específicas, ou como organizar protocolos para transplantes e distribuição de medicamentos, com racionamento explícito ou implícito.

É comum e bastante plausível aceitarmos que os recursos para serviços públicos de saúde serão finitos e rotineiramente escassos, e que nenhum país, mesmo dentre os ricos, será capaz de assegurar acesso imediato, para todos os cidadãos, a todas as ações e biotecnologias que melhorariam a sua saúde ou prolongariam

sua vida. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL de SAÚDE [OMS] 2010). A OMS, baseada na experiência internacional e nos dados recolhidos de vários países, sobre como atender as necessidades de saúde, aconselha, porém, que mesmo os países de renda baixa e média implantem serviços universais de saúde, o que o Brasil fez a partir da Constituição de 1988, que reconheceu que a saúde é um direito a ser assegurado pelo Estado. Foi organizado, então, a partir de 1990, o Sistema Único de Saúde (SUS). Tal sistema visa realizar o que seria um bom sistema de saúde para sua população. De acordo com a OMS:

Um bom sistema de saúde oferece serviços de qualidade para todas as pessoas, quando e onde elas precisarem. A configuração exata dos serviços varia de país para país, mas em todos os casos é necessário um mecanismo de financiamento robusto; uma força de trabalho bem treinada e adequadamente remunerada; informações confiáveis sobre as quais basear decisões e políticas; instalações e logística bem cuidadas para fornecer medicamentos e tecnologias de qualidade (World Health Organization [WHO] 2018a, tradução nossa).

O SUS brasileiro é o maior sistema público, universal e gratuito do mundo, para uma população acima de 100 milhões de pessoas (hoje o país possui em torno de 210 milhões), e é uma das principais políticas de inclusão social dos mais pobres do país. Antes de sua implantação, só *tinham assistência médica*, mesmo básica, trabalhadores formais que contribuía para a seguridade social, ficando grande parcela da população com trabalho informal, desempregada, populações de grupos minoritários, como indígenas e quilombolas, a maior parte das mulheres, dependentes da caridade. A implantação de um serviço como o do SUS estava prevista na Constituição Federal (seção II do capítulo II, título VIII, Constituição de 1988), ao tratar de Seguridade Social (BRASIL, 1988). E está regulamentada em leis complementares e ordinárias que vieram depois.⁴

Os princípios valorativos principais do SUS são, explicitamente, nos textos legais, os da universalidade, da integralidade e da equidade, mas há também princípios adjacentes, como o da publicidade e divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário, utilização das ciências epidemiológicas para o estabelecimento de prioridades e para a alocação

4. As principais são: a Lei nº 8.080, de 1990 (que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, organização e funcionamento dos serviços correspondentes, além de outras providências; BRASIL 1990a); a Lei nº 8.142, de 1990 (que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS, e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde; BRASIL 1990b); a Lei Complementar nº 141, de 2012 (que regulamenta o §3º do art. 198 da Constituição Federal acerca de valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, nas ações e serviços públicos de saúde, estabelecendo critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde, assim como normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas três esferas de governo; BRASIL 2012).

de recursos, assim como o princípio da participação da comunidade na definição e fiscalização das políticas de saúde. (cf. BRASIL, 1990a, art. 7)

Dado que os sistemas de saúde visam, para o conjunto da população, mitigar malefícios e promover benefícios relacionados a saúde, é comum e é também razoável tomá-lo como concentrado primariamente nas questões de saúde coletiva. O principal determinante da alocação de recursos do SUS seria então as necessidades da população, estabelecidas por considerações epidemiológicas, demográficas, socioeconômicas e geográficas, e dimensionadas por região de saúde. Diz-se que com isso se visa diminuir as iniquidades presentes no interior da população local, e entre regiões do país. Além disso, a Lei 12.401 estabeleceu que a tomada de decisão sobre incorporação tecnológica, no SUS, seja precedida por avaliação e estudos que considerem evidências científicas sólidas sobre a acurácia, a eficácia, a efetividade e a segurança dos medicamentos e procedimentos, fazendo também a avaliação econômica comparativa dos benefícios e dos custos em relação às tecnologias já incorporadas (BRASIL, 2011).⁵

Podemos afirmar que o padrão *ético* predominante em um sistema assim, e na determinação das políticas de saúde dentro e a partir dele, é o da beneficência positiva e utilidade social, e a avaliação econômica comparativa, em geral, incluirá ponderações de custo-benefício, custo-utilidade e custo-efetividade. (BEAUCHAMPE E CHILDRESS 2009: 194-199). Busca-se encontrar aquela ou aquelas políticas que promovam a maior soma de benefícios e de bem-estar para aqueles afetados por elas. E enquanto nas avaliações de custo-benefício, as ponderações *são feitas* destacando-se os aspectos financeiros e suas configurações em políticas alternativas comparadas, nas avaliações de custo-utilidade e custo-efetividade destacam-se os aspectos de saúde pública propriamente, e as configurações são organizadas em torno da quantidade de vidas salvas, ou da quantidade de anos de vida (ajustados ou não por algum fator de desconto relacionado à qualidade de vida (QALYs) ou à deficiência em viver (DALYs)), promovida ou agregada. (Idem: 206-212)

2. AVALIAÇÃO DO CUSTO-EFETIVIDADE (ACE), QALYSE ÉTICA

5. Incorporar, excluir ou alterar medicamentos, procedimentos e produtos, assim como tratar dos protocolos clínico e das diretrizes terapêuticas, são atribuições do Ministério da Saúde, assessorado pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias (CONITEC).

Em boa parte da literatura de ciências da saúde e de economia da saúde, a unidade de medida adotada é a do ano de vida ajustado pela qualidade - *quality-adjusted life year, QALY*. (MCKIE *et al.*, 2016: 27). De maneira simplificada, um QALY mediria um ano de vida balanceado ou reequilibrado por um fator ou índice da qualidade de vida, relacionado a sua utilidade para pacientes. Por exemplo, se o resultado de uma intervenção fosse que um paciente passará 20 anos com problemas de saúde (como a dependência de diálise hospitalar regular), a ponderação em QALYs descontaria parte desses anos. Por exemplo, se tomamos como dado que anos em diálise valem 57% de anos com saúde plena (cf. TORRENCE, 1987), então os 20 anos com diálise teriam descontados algo na proporção de $20 \times 0,57$, ou seja, a intervenção redundará em 11,4 QALYs. Valores inferiores a 0 seriam, então, possíveis, e indicariam estados de saúde em que as pessoas indicassem, sistematicamente, que prefeririam estar mortas, como quando confinadas ao leito com dor intensa. (MCKIE *et al.*, 2016: 27).

Os dados que geram os índices de balanceamento ou reequilíbrio, para se ponderar sobre a qualidade de vida relacionada à saúde, são produzidos ou descobertos através de estudos qualitativos (aqueles que entrevistam as pessoas com perguntas semiestruturadas, para captar suas preferências e suas avaliações) e de outros tipos (estudos quantitativos, por exemplo), para se formular uma série de índices de qualidade (cf. MCKIE *et al.*, 2016: 28). Embora esses índices precisem ser tratados com muita cautela, eles indicam, de modo objetivo, que algumas intervenções produzirão, provavelmente, muito mais anos de vida com qualidade relacionada à saúde, com o mesmo orçamento (limitado), do que outras. Avaliações de custo-efetividade (ACE) fazem isso. E isso é importante eticamente.

As ACEs se destacam quando nos preocupamos com a ponderação ou *sopesamento (weighing)* entre intervenções de saúde na promoção de benefícios e mitigação de malefícios objetivos (como anos de vida ou número de vidas afetadas). Um exemplo. Estimou-se que 1 milhão de dólares tornaria possível preservar 11.100 anos de vida com a vacinação contra *influenza*, mas apenas 100 anos de vida com a vacinação contra pneumonia, o que sugere que, com um orçamento de apenas 1 milhão de dólares, e mais a adoção do imperativo de salvarmos mais, do que menos, anos de vida, devemos dar prioridade à primeira opção. Isso é sugerido pela ACE. (RUSSEL, apud MCKIE *et al.*, 2016: 26.).

ACE é então importante em casos em que se considera um orçamento limitado e uma gama limitada, mas ainda variada, de opções de intervenções. Em saúde global, especialmente, mas também no âmbito nacional, se pensamos nos países em desenvolvimento, levar em conta o custo-efetividade das intervenções é um desafio dos mais sérios a se enfrentar, dada a enorme perda de vidas ou anos de vida que a falta da priorização correta pode gerar. Dada a escala (nível populacional),

a natureza de muitos dos problemas globais de saúde (como parasitoses ou a baixa nutrição infantil), o fato de tais problemas estarem em geral negligenciados e de que há tecnologias baratas disponíveis, certas políticas de saúde serão centenas, talvez milhares, de vezes mais custo-efetivas em produzir benefícios agregados dentro de dada população. (ORD 2013)

A ética do uso de anos de vida (ou *QALYs*) e de ponderações de custo-efetividade nos desafia a considerar explicitamente que o valor da vida e da saúde é o desvalor da morte e da doença, e que o valor de uma decisão, gerando determinado resultado, nestes termos, para alguns, é o desvalor da perda dos mesmos ou de melhores resultados, para outros. Isso não é um desafio meramente econômico, ou uma questão de simples implementação de decisões médicas e políticas, pois trata-se de escolhas que envolvem vidas humanas em quaisquer “das pontas” da escolha de intervenções (ou da escolha por não intervir). As medidas em anos de vida ou anos de vida ajustados (*QALYs*), e as *ACEs*, fazem parte da tradição utilitarista (consequencialista, bem-estarista e agregacionista) em ética e política: benefícios são definidos em termos de consequências, aqui, em termos de extensão de vida e/ou melhorias na qualidade de vida, e a maximização dos *QALYs* ganhos, determina o que seria a melhor alocação de recursos. Nesta visão, *prima face*, outros princípios éticos, como o da equidade ou o dos direitos individuais, estariam, ou integrados e interpretados nesta consideração utilitária, ou mitigados e condicionados pelo princípio do maior benefício.

Se, porém, os utilitaristas, comprometidos em maximizar o bem-estar, estão totalmente à vontade com *ACEs* e *QALYs*, não-utilitaristas também podem encampar a importância de tais ferramentas, por exemplo, podem ser parte da ética deontológica de princípios que inclui entre um princípio de beneficência, ou da ética das virtudes que preconiza, entre as virtudes, a benevolência. A disposição de salvar vidas e de melhorar a qualidade de vida das pessoas, *prima face*, parece incorporar três dimensões complementares destas teorias morais: a dimensão deontológica (de não causar intencionalmente danos aos interesses de terceiros), a teleológica (de promover o bem-estar), e a social (de reconhecer e fomentar virtudes cooperativas e comunitárias). Estas três dimensões estão também presentes, em maior ou menor grau, no senso moral comum, e se coadunam com a experiência social acumulada. Tanto *QALYs* quanto *ACEs* são instrumentos para a aplicação bem informada (ou esclarecida) da ética, pois deixar de adotar o curso de ação mais eficaz significa perder maior quantidade de vidas, ou de anos de vida, com saúde, nas populações afetadas por políticas de saúde.

Ponderar, para uma intervenção de saúde, a magnitude dos benefícios, especialmente quando se trata de políticas públicas de largo alcance populacional, quer dizer levar a sério que se tomam decisões de vida e morte de pessoas concretas,

ainda que, a priori, desconhecidas. Por exemplo, a intervenção menos eficaz para se combater a disseminação da AIDS, o tratamento cirúrgico para sarcoma de Kaposi, gera menos de 0,1% do valor (medido em anos de vida ajustados pela deficiência, *DALYs*), quando comparada com a mais eficaz, a educação para grupos de alto risco, que é mais ou menos milhares de vezes mais eficaz que a primeira; a distribuição de preservativos é centenas de vezes mais eficaz do que a distribuição de remédios antirretrovirais. (JAMISON 2006, apud ORD 2013).

Algumas pessoas não veem o custo-eficácia como um problema ético, afinal de contas, como é algo árido e seco demais, se parece mais com uma questão de mera implementação. Isto é um equívoco. As pessoas que decidem como gastar o orçamento da saúde têm em suas mãos as vidas ou meios de vida de muitas outras pessoas mais. Elas estão literalmente fazendo decisões de vida e morte e a maioria das decisões deste tipo dão, o que é algo dramático, insuficiente consideração ao custo-eficácia de suas decisões. Como resultado, milhares ou milhões de pessoas, que de outro modo viveriam, morrem. Os poucos são salvos às custas de muitos. Isso ocorre mais por ignorância do cenário do custo-eficácia do que por preconceito, mas é igualmente tão sério quanto se fosse. (ORD 2013: 05)

3. O CASO DA JUDICIALIZAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE NO BRASIL

Para avaliação e deliberação sobre medicamentos e serviços, no caso do SUS brasileiro, o Ministério da Saúde deve utilizar a *Diretriz de Avaliação Econômica*, que é produzida pela Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, no Departamento de Ciência e Tecnologia. Para tal *Diretriz* se faz uso de análises de custo-utilidade e de custo-efetividade, evitando-se, porém, a análise de custo-benefício, ao se comparar diferentes áreas da saúde. (BRASIL 2014). Isso é algo presente no *National Institute of Clinical Excellence* (NICE), no Reino Unido, e em outros países com experiência em avaliação e incorporação de tecnologias em Saúde. Neste contexto, dois dos mais importantes instrumentos do SUS, no oferecimento de serviços de saúde, são a RENAME (Relação Nacional de Medicamentos Essenciais) e a RENASES (Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde).

A lista de Medicamentos Essenciais da Organização Mundial de Saúde (OMS) é a base principal da RENAME, assim como os princípios centrais do SUS (universalidade, equidade e integralidade). São, então, os medicamentos disponibilizados pela política pública de saúde (BRASIL, 2017). A Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias em Saúde (CONITEC) utiliza a avaliação de custo-efetividade a partir de evidências científicas. Da mesma forma deve ocorrer

com a RENASES. O cenário todo visa atender do melhor modo as necessidades da população como um todo. Uma das consequências, porém, é que quanto mais recurso é direcionado para serviços de alta complexidade, haverá alocação maior de recursos a certos grupos de paciente com menor número de pessoas a serem atendidas, pois a tecnologias avançadas para a alta complexidade são mais caras, diminuindo, em geral, o custo-efetividade de escolhas por tais intervenções.

De acordo com Paim (2015) enquanto as políticas que se direcionam à atenção primária, apesar de também demandar profissionais especializados e tecnologia de apoio, atendem maior número de pessoas com valor menor de recursos alocados por paciente, na alta complexidade os procedimentos envolvem tecnologias específicas e avançadas, com alto custo e menor número de beneficiados. Uma das razões é que diagnósticos em estágios iniciais aumentam as possibilidades de cura, diminuindo gastos elevados, em geral paliativos, com pacientes em estágios mais avançados das doenças, por exemplo, de câncer, com tratamentos mais complexos e incertos, e mais recursos dispendidos com medicamentos, hospitalização e novas tecnologias. Por isso os serviços de fato mais efetivos e custo-efetivos serão os de atenção básica de saúde, visando prevenção da doença em ações que diminuem ou evitam os fatores de risco, como programas contra o tabagismo e álcool e a vacinação contra a hepatite B ou o HPV (MEDICI, 2018). Daí um dos problemas das últimas décadas, na alocação e divisão de recursos no sistema, a chamada *judicialização* da saúde pública à maneira brasileira.

Judicialização é o termo usado no Brasil para os processos judiciais de litígio com o Estado, de indivíduos, isolados ou em grupos, visando obter serviços ou bens de saúde do SUS, parte destes itens ainda fora dos protocolos vigentes, parte já incorporados mas ainda não plenamente ofertados (ou ainda não ofertados no tempo que os litigantes precisam ou desejam). O modelo brasileiro predominante de *judicialização*, nas últimas duas décadas, foi composto majoritariamente por ações judiciais individuais, das camadas socialmente mais favorecidas da sociedade, com acento em se obter gratuitamente tratamentos de alto custo, como medicamentos fora da RENAME; a *judicialização* brasileira é também marcada por alta taxa de sucesso na obtenção dos pedidos, 82% nos juízes de primeira instância e cortes de recursos, e 100% na suprema corte. (cf. FERRAZ 2009, 2011; CHIEFFI & BARATA 2009; GOMES & AMADOR 2015).

Desde 2000, o Supremo Tribunal Federal (STF), a suprema corte do Brasil, firmou o entendimento jurídico de que a interpretação e aplicação da Constituição, aos casos de *judicialização*, implicava no dever do Estado de amplo atendimento aos pedidos. Por exemplo, segundo o entendimento, isso era parte do direito à vida dos demandantes, como nas palavras do ministro Celso de Mello:

“O direito à saúde — além de qualificar-se como direito fundamental que assiste a todas as pessoas — representa consequência constitucional indissociável do direito à vida. Entre proteger a inviolabilidade do direito à vida, que se qualifica como direito subjetivo inalienável assegurado pela própria Constituição da República (art. 5º, caput), ou fazer prevalecer, contra essa prerrogativa fundamental, um interesse financeiro e secundário do Estado, entendo — uma vez configurado esse dilema — que razões de ordem ético-jurídica impõem ao julgador uma só e possível opção: o respeito indeclinável à vida.” (MELLO, *apud* STF 2000)

Dada a alta taxa de sucesso, só na esfera federal, os gastos com remédios via *judicialização* subiram de 103,8 milhões, em 2008, para 1,1 bilhão em 2015 (DAVID, ANDRELINO e BEGHIN 2016), e os gastos nas três esferas de governo chegaram em 2016 a 7,6 bilhões de reais (PIERRO 2017). O programa computacional *S-Codes*, utilizado pelo Estado de São Paulo, e que gerencia os dados sobre *judicialização*, detectou que 34% dos remédios solicitados constavam na lista do SUS, e uma pesquisa (BIEHL 2016) encontrou que 56% dos remédios pedidos no Rio Grande do Sul (RGS) estavam na lista fornecida pelo SUS. Assim, 66% em SP e 44% no RGS, nestes pedidos, não estavam, no período indicado nos levantamentos, na lista do SUS. Parte dos gastos se dá com remédios de altíssimo custo, como o *atalureno* (que custa 1 milhão e 300 mil reais anuais por paciente com distrofia muscular de Duchene) ou o *eculizumab* (com custo de 1 milhão e 160 mil reais anuais por paciente com *síndrome hemolítico-urêmica* (SHU) ou *hemoglobinúria-paroxística noturna* (HPN), que são doenças raras). (PIERRO 2017)

A judicialização de remédios de alto custo, que ainda estão fora da RENAME, direciona recursos públicos a uma parcela bastante pequena de pacientes brasileiros, sem clara ponderação do custo-efetividade destas decisões, quando comparada tal intervenção com outras aplicações já vigentes de recursos, na lista em vigor, por exemplo. Se tomamos em conta os benefícios em termos de anos de vida acrescidos, na distribuição de medicamentos, pelas políticas públicas, tais decisões produzem um menor benefício. As deliberações em políticas públicas de saúde de medicamentos normalmente são fruto de estudos do perfil epidemiológico da população e da aplicação de critérios impessoais, como o de promover maior número de vidas ou de anos de vida poupados. Então, uma boa razão para pensarmos que as intervenções judiciais aqui citadas estão eticamente erradas, é que não respeitam o princípio da beneficência positiva ou a ética do custo-efetividade, como relatadas acima. Quando se compara a imposição judiciária com outras intervenções de saúde ou com protocolos vigentes do SUS, sob o critério do maior benefício relacionado a saúde, a *judicialização* predominante produz menor benefício, dentre várias alternativas disponíveis ou ainda carentes de fomento.

Qualquer de duas ou mais opções de tratamento em saúde, ao atender ou não certa demanda para salvar as vidas dos demandantes, terá impacto sobre

outras vidas humanas, aumentando ou diminuindo o agregado de vidas salvas ou perdidas (cf. BROOME 1995 e 1999). Vimos acima que lidar com a AIDS através de medicina preventiva, como educação sexual e distribuição de preservativos, é centenas ou milhares de vezes mais eficaz (ou seja, mais custo-efetivo), do que a terapia retroviral ou cirurgia de sarcoma de Kaposi. (ORD 2013). Ferraz (2009) observou, no Brasil, que o programa nacional de tratamento gratuito para AIDS/DST, incluindo terapia retroviral, atendeu em torno de 135 mil pessoas, ao custo aproximado, em 2006, de 1 bilhão e 300 milhões de reais, ao passo que o programa Saúde da Família, com foco em saúde pública preventiva, serviu em 2006 a 82 milhões de pessoas, com o valor aproximado de 2 bilhões de reais. Ferraz conclui dos dados que programas como este e programas similares são menos equitativos (*equity*), por tratar poucos (e mais socialmente favorecidos), se comparados com os programas como o Saúde da Família, ao cuidar de muitos (e menos socialmente favorecidos), e dado que a *judicialização* possui este mesmo padrão, a *judicialização* estaria piorando a desigualdade relacionada a saúde e a desigualdade em geral, no Brasil. (Idem).

Aqui, então, o ponto ético essencial, em nosso ver: tais escolhas de alocação são menos benéficas, ou aumentam a proporção de malefícios relacionados a saúde, e, se este é o caso nestas intervenções, este é o caso em intervenções muito menos eficazes ainda, as mais caras e voltadas para um número ainda menor de indivíduos, ocorridas devido aos processos judiciais. Assim, bem considerados os fatos, e as razões, a *judicialização* predominante no Brasil produz mais malefícios do que benefícios relacionados à saúde, pelas políticas gerais do SUS. Também parece introduzir um tratamento privilegiado aos que acionam o judiciário e recebem do SUS mais do que sua parte, ou, ao menos, recebem mais rápido do que outros pacientes, com as mesmas doenças, ou com outras doenças desassistidas.

Em maio de 2019, o STF modificou parcialmente sua posição no sentido de: a) aceita a não obrigação do Estado de fornecer medicamentos experimentais (os que ainda estão em estudo, sem conformação de sua segurança e eficácia); b) aceitar, como regra geral, o não fornecimento de medicamentos sem registro na ANVISA; c) estabelecer critérios para as exceções à regra geral anterior, além da demora irrazoável em apreciar o pedido (segundo a lei 13.411/2016, que estabelece o prazo de até 120 dias para medicamentos prioritários, e até 365, para medicamentos gerais), três requisitos: 1. existência de pedido de registro do medicamento no Brasil, “salvo no caso de medicamentos órfãos para doenças raras e ultrarraras”, 2. existência de registro do medicamento em agência de regulação renomada no exterior, e 3. inexistência de substituto terapêutico com registro no Brasil. (cf. STF, 2019)⁶ Tal decisão mantém o equívoco central da *judicialização*, como discutida neste

6. Também se determinou que as ações judiciais devem se dar em face da União, e não de Municípios e Estados.

artigo. Não é difícil preencher os três requisitos estabelecidos, exatamente em pedidos que interferem significativamente nas políticas de medicamentos, e exatamente no sentido de infringir a exigência do custo-efetividade. A simples pressão social e administrativa para se tratar da incorporação de medicamento ou serviço com pouco ou nenhum custo-efetividade, algo que poderia vir a ser estimulado, mesmo com algum disciplinamento da judicialização abrangente, era já um dos principais riscos a ser evitado, ou ao menos mitigado em alguma medida. Isso, além de não ter sido considerado, foi exatamente o que se permitiu nas exceções.

4. IGUALDADE E DIREITOS BÁSICOS COMO RESTRIÇÕES AO CUSTO-EFETIVIDADE?

Pode-se, porém, argumentar em outra direção, chamando a atenção para considerações de justiça e equidade, que substituam, ou restrinjam, as considerações de beneficência, alertando para outras ponderações que não o custo-efetividade e a promoção de maiores benefícios em saúde coletiva. O utilitarismo, com sua ênfase na maximização de benefícios, é frequentemente contrastado com teorias da justiça ou da justiça equitativa, que enfatizam o tratamento igualitário das pessoas. A perspectiva utilitarista seria inadequada, esta é a crítica, para lidar com bens relacionados diretamente à vida e saúde das pessoas, como os recursos em saúde *pública*, ou, ao menos, ser inadequada se tomada como a única referência normativa. Aqui é mais forte a intuição de que, no conflito entre a busca do maior benefício agregado e o respeito à equidade ou à justa distribuição dos recursos, o segundo critério deveria ganhar, ou, ao menos, restringir as decisões maximacionistas.

A equidade, exemplificada no apelo aos direitos humanos ou aos direitos fundamentais dos indivíduos, costuma ser um padrão normativo comum no debate sobre a *judicialização* da saúde. A maior parte dos pacientes e seus advogados, quando recorrem aos juízes, normalmente alegam, em prol das suas demandas, o direito à vida, à saúde, e ao tratamento sem discriminação, no atendimento a suas necessidades especiais, além do suposto dever do Estado fornecer o que precisam. Alegam isso contra a posição dos governos e gestores do SUS, acerca de recursos limitados para atender a todas as demandas. Os juízes brasileiros normalmente usam tal padrão direta ou indiretamente, através da interpretação do dever constitucional do Estado em relação ao direito à saúde. Vimos como tanto o Supremo Tribunal Federal (STF) quanto os juízes de primeira e segunda instâncias interpretavam os artigos 6 e 196 da Constituição Federal brasileira, como garantindo acesso a tudo que fosse necessário para assegurar o bem da saúde e da vida dos demandantes, e daí as decisões judiciais majoritariamente favoráveis aos pacientes, nestes casos.

De fato, há evidências de que as pessoas têm forte preferência por uma distribuição igualitária ou equitativa de benefícios ou resultados (MCKIE *et al.* 2016: 42), e isso está em aparente desacordo com a maximização de anos de vida, sugerindo que os *QALYs* e a *ACE* não incorporam todos os fatores relevantes para tomada de decisão adequada, e para os quais as pessoas podem ter uma preferência em termos de igual distribuição ou distribuição equitativa. Poderia ser possível que as pessoas preferissem o tratamento dos indivíduos mais virtuosos, ou dos mais necessitados, e isso deveria estar refletido nas medidas e avaliações. Porém, uma primeira resposta a tal reação é observar que tais preferências não refletem necessariamente um desacordo com o utilitarismo, pois ainda estaria indicando que *QALYs* e *ACE* seriam medidas incompletas para a avaliação global, pois não levariam em conta preferências relacionadas à saúde (MCKIE *et al.*, 2016: 41), mas disse não se retira que a perspectiva utilitarista está errada, que poderia tentar incorporar estes outros fatores ou modificar a métrica dos anos de vida.

Outra resposta é afirmar que *QALYs* são equitativos no sentido de que, se forem construídos adequadamente, não refletem preferências baseadas em riqueza, posição social, raça, QI ou outros fatores moralmente arbitrários ou irrelevantes: a maneira que como se constróem os *QALYs* é equitativa dentro do domínio da saúde comparativa, isto é, da saúde de cada indivíduo contada como de igual importância (TORRANCE, 1986: 17). Assim, a alocação com base nos *QALYs*, pela mesma razão, seria equitativa, pois os programas são priorizados de acordo com seu potencial para produzir algo comum a todos os pacientes (anos de vida), sem levar em conta o modo como indivíduos específicos ou grupos específicos usam tais benefícios: a menos que haja razões para se pensar ou fazer o contrário, os *QALYs* de todos são contados da mesma forma e ninguém fica em uma posição privilegiada nos cálculos.

Poderia então, ser enganoso contrastar equidade, de um lado, e maior benefício, de outro, ao menos nos casos em que o benefício é muito grande, e especialmente se tratar as pessoas equitativamente significar trata-las com igual consideração moral. A igualdade moral às vezes pode exigir que as pessoas não sejam tratadas igualitariamente no recebimento da mesma quantidade de bens. O utilitarismo, bem compreendido, tolera tratar as pessoas de maneira diferente quando isso maximiza o total de bem-estar, por exemplo, quando os mais necessitados são priorizados ou recebem mais em razão da utilidade marginal decrescente, mas ainda assim, todos os indivíduos recebem igual consideração na busca desse objetivo. A *ACEs* já incorporariam a igualdade moral da maneira adequada: a alternativa seria que mais pessoas, com mais a perder, estariam em situação pior, sem *ACE*. Tratar um aumento no bem-estar de A como um aumento semelhante no bem-estar de B é uma explicação utilitarista desse princípio mais fundamental da noção de igualdade moral, e isso é algo comum a todas as teorias morais plausíveis: cada membro da comunidade tem o direito de ser tratado com igual preocupação e respeito (MCKIE

et al., 2015: 42). O que o utilitarismo faria, no caso de políticas de saúde ao nível populacional, é realizar tal igualdade pela maximização do bem-estar resultante, para que os que ficam com menos tenham como justificação que haveria maiores perdas se outra política, menos custo-efetiva, tivesse sido adotada.

ACE nos compromete a colocar recursos onde eles produzirão mais vidas ou mais anos de vida poupados, e alguns indivíduos ou grupos obterão mais recursos do que outros, enquanto alguns outros indivíduos ou grupos podem ficar sem nenhum. Mas se uma outra distribuição, suponha, igualitária (para evitar que não haja quem fique sem nenhum recurso), acabe por gerar um número menor de vidas ou anos de vida salvos, então os que morrem ou perdem desnecessariamente não estão levados em conta do modo relevante. *ACE* e anos de vida (ou *QALYs*), portanto, incorporam a equidade no sentido de que, se todos são moralmente iguais, um ganho de *QALY* para uma pessoa é do mesmo valor que um ganho de *QALY* para qualquer outra pessoa. Não é, porém, possível, calcular com precisão benefícios totais associados a uma intervenção médica. Não poderemos contemplar todas as consequências, imediatas ou a longo prazo, diretas ou indiretas, de algo assim. Mas isso não indica uma inadequação dos *QALYs* e de *ACE*.

No caso, a avaliação se preocupa com consequências mais amplas da alocação, e é primordialmente uma atribuição da ciência médica medir consequências em unidades de medida de algum modo relacionados à saúde e que são comuns aos pacientes, e, mesmo sendo uma medição imperfeita, com isso se tenta contemplar a todos. A alocação de bens e serviços de saúde é, nestes termos, guiada por uma consideração das consequências para o conjunto da população, imparcialmente. À medida que os ganhos e perdas de *QALYs* se tornam mais remotos e menos previsíveis, os efeitos de uma decisão de alocação sobre os diretamente afetados se tornarão correspondentemente mais importantes. No entanto, *ACE* e o uso de *QALYs*, ao visar a maximização de anos de vida, distribuídos dentre a população, está evitando que as perdas sejam maiores, e que os perdedores, caso pudessem, reclamassem justificadamente de terem sido prejudicados desnecessariamente.

Para explicar, voltemos à *judicialização*. Nossas intuições morais comuns tendem a concordar com os pacientes demandando atendimento a suas necessidades específicas, especialmente se sabemos de indivíduos concretos com necessidades vitais, pela TV ou jornais. Pensamos que os juízes estão certos e que devemos concordar com a imposição da oferta urgente dos tratamentos pelo SUS. Normalmente tendemos também a ver a posição contrária como cruel e meramente burocrática. Tais intuições são compreensíveis psicologicamente, mas, se a reflexão inicial sobre a ética do custo-efetividade estiver correta, não deveriam ter a última palavra, todavia. Normalmente nossas intuições, incluindo as intuições de igual tratamento e de justiça funcionam bem e corretamente na vida diária e interpessoal,

quando realmente tratamos com outros indivíduos concretos, mas podem levar a respostas erradas quando tratamos com políticas públicas de saúde de longo alcance, que lidam com número elevado e de sujeitos impessoais, e com informações epidemiológicas de mais difícil compreensão.

Políticas de saúde envolvem limites orçamentários para atender demandas que são e serão, aparentemente, sempre crescentes, e daí a necessidade de se priorizar ou racionar. Toda política pública de largo alcance gera certos benefícios e exclui outros. Uma vez que se dirigem à população como um todo, ao promover o bem-estar relacionado a saúde (um dos seus principais objetivos), políticas públicas devem maximizar os benefícios esperados, visando salvar mais vidas do que menos, ou agregar mais anos de vida do que menos. Para isso, devem seguir *ACEs* comparativas, e priorizar os interesses da maioria (sobre a minoria) e o gasto mais barato (sobre o mais caro), quando isso gerar maior quantidade de *QALYs*. Se uma política salvar mais gente do que outra, com o mesmo recurso, então ela deve, em princípio, ser a escolhida porque: dos dois ou mais lados da escolha haverá pessoas que vão morrer, e se em um dos lados mais pessoas morrerão, este lado deve ser evitado (BONELLA, 2018; ver também BACKSTEAD & ORD 2014; BROOME 1995).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os pontos organizados neste artigo inserem-se num programa de pesquisa de bioética baseada em razões (BONELLA 2016 e 2017) aplicada a políticas públicas de saúde (BONELLA 2014 e 2018). Há ainda pontos a se explorar melhor, com mais dados empíricos e análises quantitativas e qualitativas, mas estudos de teorias e argumentos relacionados a como alocar e distribuir bens escassos, mecanismos de sorteio, estratégias para cobertura universal e priorização em políticas de saúde (cf. DANIELS 2008a e 2008b), e sobre como ponderar o valor de vidas e bens (cf. BROOME 1991, 1999, 2006), são objetos a serem investigados por novos pesquisadores e grupos de pesquisa em filosofia, ciências sociais aplicadas e ciências da saúde.

Um limite importante deste artigo, e do artigo anterior sobre tema semelhante (BONELLA 2018), consiste em não ter explorado detidamente literatura recente com críticas tanto a *ACEs* quanto a *QALYs*, quanto ao caso especial dos deficientes. Uma das soluções tem sido mudar o foco para o uso de *DALYs* ao invés de *QALYs*, mas isso parece desconsiderar o problema da discriminação. (cf. BICKENBACH 2016; BROCK 2009; BROCK & WIKLE 2006; e para respostas, BACKSTEAD, N. & ORD, T. 2014; SINGER et all 1995). Mesmo neste caso, o ponto, porém, é que parte substancial dos conceitos e debates tratados neste artigo é filosófico, e os alunos e professores de filosofia interessados em bioética, ao menos em ética das políticas públicas de saúde e

da incorporação de tecnologias em saúde, precisam conhecer e explorar melhor estes assuntos.

A *judicialização*, no mundo e no Brasil, continua a exigir sempre mais cuidado reflexivo e coleta e análise de dados empíricos variados, assim como lidar com os meios de se estabelecer democraticamente e de modo transparente a priorização e sua conseqüente implicação distributiva (racionamento) de serviços e bens. (YAMIN, PICHON-RIVIERE, BERGALLO 2019; DANIELS & SABIN 2008; DANIELS 2008). Isso quer dizer que estudos comparativos focalizando o que se faz em outros países, e sobre o que ocorre nos vários Estados do Brasil, são necessários. Também são focos a serem explorados: a definição de prioridades, os mecanismos de avaliação das tecnologias em saúde, o uso das informações destas duas coisas, de forma explícita e sistemática, nas ações judiciais; sistemas de conciliação fora do sistema judicial, o caso de doenças raras e ultra raras (com o problema de que seus tratamentos, aparentemente, nunca serão incorporados, se não houver algum moderador da ACE).

Como vimos, neste ano (2019) o STF mudou o entendimento constitucional do direito individual amplo à saúde, passando a restringir a tese de providência completa, pelo Estado, às necessidades dos pacientes, mas manteve, ainda, o aspecto de tornava problemática a *judicialização* (no Brasil e na América Latina), a falta de incorporação da avaliação do custo-efetividade na deliberação. Os serviços públicos de saúde, talvez ainda por longo tempo, e com certeza no presente, terão de ter prioridades bem justificadas em termos de custo-efetividade, para que não promovam perdas injustificadas e desnecessárias. Do ponto de vista estrito das políticas de saúde pública (no nível populacional), aceitos o desafio do custo-efetividade e o imperativo ético de se reduzir a perda de vidas humanas, ou perdas de anos de vida, com tais políticas, o que foi mantido na decisão do STF continua a ser, eticamente, seriamente questionável, exigindo correções.

BIBLIOGRAFIA:

BACKSTEAD, N.; ORD, T. 2014. Rationing and Rationality: The Cost of Avoiding Discrimination. In: Eyal, N.; Hurst, S. A.; Norheim, O.; Wikle, D. *Inequalities in Health: Concepts, Measures, and Ethics*. Oxford, Oxford Scholarship Online.

BEAUCHAMP, T., CHILDRESS, J. 2009. *Principles of Biomedical Ethics*. Oxford, Oxford University Press.

BENEDICT, R. *et. alli*. 2017. Universal health coverage, priority setting, and the human right to health. *The Lancet*. AGO, Vol 390, pp. 712-714.

BICKENBACH, J. 2016. Disability and Health Care Rationing, *The Stanford Encyclopedia of Philosophy* (Spring 2016 Edition), Edward N. Zalta (ed.), URL = <https://plato.stanford.edu/archives/spr2016/entries/disability-care-rationing/>

BIEHL, J.; SOCAL; M. P.; PETRYNA, A. 2012. Between the court and the clinic: lawsuits for medicines and the right to health in Brazil". *Health Hum Rights* 14, pp. 36–52.

BIEHL, J.; SOCAL; M. P.; AMON, J. J. 2016. Judicialization of Health and the Quest for State Accountability: Evidence from 1,262 Lawsuits for Access to Medicines in Southern Brazil. *Health Human Rights*. Jun; 18(1): 209-220.

BONELLA, A. E. 2014. Saúde Pública, Utilidade e Equidade. In: ANDRADE, A. O. ; MADURO, A. G. B.; MADURO, J.M., REZENDE, L. (Ed.). *Tecnologias, Técnicas e Tendências em Engenharia Biomédica*. Bauru: Canal 6, p. 18-26.

_____. 2016. Metaética, Raciocínio Moral e Bioética Baseada em Evidências. In: SGANZERLA, Anor. (Org.). *Fundamentos da Bioética*. Brasília, Editora SBB, v. 1, p. 52-77.

_____. 2017. Bioética Baseada em Razões: Alguns Fundamentos. In: *Thaumazein*, v. 10, p. 29-38

_____. 2018. Maior Bem e Equidade em Saúde Pública: uma avaliação crítica da judicialização no Brasil. In: CRISP, R, DALL'AGNOL, D., SAVULESKU, J., TONETTO, M. C. *Ética Aplicada e Políticas Públicas*. Florianópolis, Editora UFSC, 2018.

BRASIL 1988. Constituição da República Federativa do Brasil, de 5 de out. de 1988. Brasília, DF, 1988. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em 28 de mai. 2018

BRASIL 1990a. Lei nº 8.080, de 19 de set. de 1990. Brasília, DF, 1990a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em 3 de mai. 2018.

BRASIL 1990b. Lei nº 8.142, de 28 de dez. de 1990. Brasília, DF, 1990b. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8142_281290.htm>. Acesso em 3 de mai. 2018.

BRASIL 2011. Lei nº 12.401, de 28 de abr. de 2011. Brasília, DF, 2011. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12401.htm>. Acesso em 3 de mai. 2018.

BRASIL 2012. Lei Complementar nº 141, de 13 de jan. de 2012. Brasília, DF, 2012. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm>. Acesso em 3 de mai. 2018.

BRASIL 2014. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Diretrizes metodológicas: Diretriz de Avaliação Econômica. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL 2016. Ministério da Saúde. Plano Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL 2017. Ministério da Saúde. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – RENAME. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BROCK, D. 2009, “Cost-effectiveness and disability discrimination”, *Economics and Philosophy*, 25: 27–47.

BROCK, D, W. e WIKLER, D. 2006, “Ethical Issues in Resource Allocation, Research, and New Product Development”, in Jamison et al. 2006: 259–270.

BROOME, J. 1991. *Weighing Goods*. Oxford, Blackwell.

_____. 1999. *Ethics out Economics*. Cambridge, Cambridge University Press.

_____. 2006. *Weighing Lives*. Oxford, Oxford University Press.

CHIEFFI, A.L.; BARATA, R.B. 2009. Judicialização da política pública de assistência farmacêutica e equidade. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 25(8):1839-1849.

DAVID, G.; ANDRELINO, A; BEGHIN, N. 2016. Direito a Medicamentos: Avaliação das despesas com medicamentos no âmbito federal do SUS ente 2008 e 2015. Brasília, INESC, 2016.

DANIELS, N. 2008. *Just Health: Meeting Health Needs Fairly*. Cambridge, Cambridge University Press.

DANIELS, N.; SABIN, J. E. 2008. *Setting Limits Fairly: Learning to Share Resources for Health*. Oxford, Oxford University Press.

FERRAZ, O. L. M. 2009. The Right to Health in the Courts of Brazil: Worsening Health Inequities? *Health and human rights*. Volume 11, no. 2, pp. 34-45.

_____. 2011. Brazil: Health Inequalities, Rights, and Courts: The Social Impact of the Judicialization of Health. In: YAMIN & GLOPPEN 2011.

_____. 2018. Health in the Courts of Latin America. In: *Health and Human Rights Journal*. Vol 20, Number 1, June 2018, pp. 67-77.

GOMES, V. S.; AMADOR, T. A. 2015. Studies published in indexed journals on lawsuits for medicines in Brazil: a systematic review. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 31, n. 3, p. 451-462, Mar. 2015

JAMISON, D. T. et. al. (ed.). 2006. *Disease Control Priorities in Developing Countries*. Oxford and New York, Oxford University Press.

MACHADO, T. R. 2015. Judicialização da saúde e contribuições da teoria de justiça de Norman Daniels. *Dir. sanit.*, São Paulo v.16 n.2, p. 52-76, jul./out. 2015

MCKIE, J. RICHARDSON, J. SINGER, P. KUHSE, H. The Allocation of Health Care Resources, An Ethical Evaluation of the 'QALY' Approach. New York, NY: Routledge, 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE 2010. Relatório Mundial de Saúde: Financiamento dos Sistemas de Saúde. (https://www.who.int/whr/2010/whr10_pt.pdf?ua=1)

ORD, T. 2013. The Moral Imperative of Cost-Effectiveness in Global Health. In: Centre for Global Development Essay. www.cgdev.org/content/publications/detail/1427016

PAIM, J. S. et all. 2015. O Que É o SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015. 93 p. Disponível em: <<https://portal.fiocruz.br/livro/o-que-e-o-sus-e-book-interativo>>. Acesso em: 28 de mai. 2018.

PIERRO, B. 2017. Demandas Crescentes. *Revista da Fapesp*. n. 252, pp. 18-25.

PINZON-FLOREZ, C. E. et al. 2016. Prioritization of strategies to approach the judicialization of health in Latin America and the Caribbean. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 50, 56

SINGER, P. 2009. *The Life You Can Save*. New York, Random House.

SINGER, P.; MCKIE, J.; KUHSE, H.; RICHARDSON, J. 1995. Double jeopardy and the use of QALYs in health care allocation. *Journal of Medical Ethics*. 1995 Jun; 21(3): 144–150. (Doi: 10.1136/jme.21.3.144)

_____. 2015. *The Most Good You Can Do: How Effective Altruism is changing ideas about living ethically*. New Haven, & London, Yale University Press.

STF (Supremo Tribunal Federal) 2000. Recurso Extraordinário AGR-271286-RS (<https://stf.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/779142/agregno-recurso-extraordinario-re-agr-271286-rs>)

STF (Supremo Tribunal Federal) 2019. Recurso Extraordinário (RE) 657718. Decisão do Pleno, 22/05/2019. <http://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=4143144>

TORRANCE, G. W. 1986. Measurement of Health State Utilities for Economic Appraisal: A Review. *Journal of Health Economics*, 5 (1), 1–30; 1986.

YAMIN, A. E., PICHON-RIVIERE, A., BERGALLO, P. 2019. Unique challenges for health equity in Latin America: situating the roles of priority-setting and judicial enforcement. *International Journal for Equity in Health* (2019) 18:106 <https://doi.org/10.1186/s12939-019-1005-3>

YAMIN, A. E. & GLOPPEN, S. (ed.). 2011. *Litigating Health Rights: Can Courts Bring More Justice to Health?* Cambridge, Harvard University Press.

WORLD HEALTH ORGANIZATION 2018a. Health Systems. Disponível em < http://www.who.int/topics/health_systems/en/>. Acesso em 28 de mai. 2018.