

Centro Universitário Processus

PORTARIA Nº 282, DE 14 DE ABRIL DE 2022

ANEXO I: MODELO DE PROJETO EXTENSIONISTA

CENTRO UNIVERSITÁRIO PROCESSUS

Prática Extensionista

PROJETO/AÇÃO (2º/2025)

1. Identificação do Objeto

Programa ()

Projeto (X)

Curso ()

Oficina ()

Evento ()

Prestação de Serviços ()

Ação de Extensão social (X)

Atividade Extensionista: Projeto de pesquisa-extensionista com componente investigativo e verificação prática de disponibilidade de medicamentos.

Área Temática: Saúde; Direitos Humanos e Justiça; Políticas Públicas.

Linha de Extensão: Promoção da Saúde; Defesa de Direitos; Políticas de Saúde e Controle Social.

Local de Implementação (Instituição Parceira/Conveniada): Farmácia de Alto Custo do DF (CEAF/SES-DF) – Unidades Asa Sul, Ceilândia e Gama.

Título: Direito à Saúde da Pessoa Idosa: acesso a medicamentos básicos e especializados fornecidos pelo Governo do Distrito Federal.

2. Identificação dos Autor(es) e Articulador(es)

Curso: Direito

Coordenador de Curso: Adalberto Nogueira Aleixo.

Articulador(es)/Orientador(es): Lourivânia de Lacerda Castro.

Aluno(a)/Equipe:

Aluno: Jan Nascimento

Matrícula: 2310010000129

Aluno: Francisco de Assis Alves da Silva Junior

Matrícula: 2413180000150

Aluno: Enzo de Paulo Barroso

Matrícula: 2423180000174

Aluno: João Marcos Ferreira Damaceno

Matrícula: 252318000018

Aluno: Renato de Oliveira

Matrícula: 2423180000173

Aluno: Arthur da Cunha Mendes

Matrícula: 2413180000173

3. Desenvolvimento

Apresentação:

O envelhecimento demográfico eleva a prevalência de condições crônicas e a necessidade de terapias contínuas. No âmbito do SUS, a integralidade do cuidado inclui a Assistência Farmacêutica, estruturada em componentes, dentre eles o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF), responsável por terapias de maior complexidade. No Distrito Federal (DF), o presente projeto analisa, sob a ótica do Direito à Saúde e do Estatuto do Idoso, o acesso de pessoas idosas a medicamentos básicos e do CEAF fornecidos pelo Governo do DF, combinando revisão normativa e doutrinária com verificação prática de disponibilidade nas Farmácias de Alto Custo.

Fundamentação Teórica (marco normativo)

A Constituição da República de 1988 consagra a saúde como direito social (art. 6º) e como direito de todos e dever do Estado (art. 196), impondo políticas públicas que assegurem acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde (BRASIL, 1988).

O Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741/2003) estabelece a prioridade absoluta no acesso às ações e serviços de saúde e expressamente prevê o fornecimento de medicamentos, meios e recursos relativos ao tratamento, reabilitação e promoção da saúde (arts. 15 a 18) (BRASIL, 2003).

A Lei Orgânica da Saúde (Leis nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990) disciplina a organização do SUS, com diretrizes de universalidade, integralidade, equidade e participação social, estruturando a Assistência Farmacêutica como parte integrante da atenção (BRASIL, 1990a; BRASIL, 1990b).

O CEAF concentra terapias de maior complexidade e custo, orientadas por Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) e por atos consolidados nas Portarias de Consolidação nº 2 e nº 6/2017, com arranjos de financiamento e responsabilidades federativas definidos (BRASIL, 2017a; BRASIL, 2017b).

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (Portaria nº 2.528/2006) orienta a atenção integral, com foco em promoção, prevenção e reabilitação, determinando prioridade de atendimento e adequação dos fluxos assistenciais à população idosa (BRASIL, 2006).

Referencial teórico – Doutrina

O direito fundamental à saúde integra o núcleo essencial dos direitos sociais e demanda prestações estatais positivas, sob a lógica da máxima efetividade e da proibição de retrocesso. A vinculação normativa e a exigibilidade judicial se articulam com os princípios da proporcionalidade e da reserva do possível, sem esvaziar o mínimo existencial (SARLET; FIGUEIREDO, 2010; BARROSO, 2023; CANOTILHO, 2003).

A abordagem jurídico-institucional das políticas públicas permite qualificar o debate sobre acesso a medicamentos, privilegiando planejamento, critérios impessoais, avaliação e transparência ativa, em lugar de respostas casuísticas (BUCCI, 2015). No SUS, tais diretrizes se conectam aos instrumentos de gestão e ao controle social (SANTOS, 2019; NORONHA; LIMA; MACHADO, 2020).

No campo do direito sanitário, a assistência farmacêutica deve observar o uso racional de medicamentos, a seleção padronizada (RENAME/REME) e a equidade no acesso, especialmente para grupos vulneráveis como pessoas idosas (MACHADO, 2014; DALLARI; NALIN, 2011; AITH; DALLARI; FERREIRA, 2018).

A judicialização do acesso a medicamentos expõe tensões entre direitos individuais e planejamento coletivo. A literatura propõe parâmetros de deferimento, priorizando evidência científica, imprescindibilidade terapêutica, tentativa/ineficácia de alternativas padronizadas e avaliação do impacto sistêmico (VENTURA; BIEHL, 2016; OLIVEIRA; SANTOS, 2017; FIGUEIREDO, 2007).

Sob a ótica da bioética, a alocação de recursos escassos deve respeitar justiça distributiva, não discriminação etária e prioridade baseada em vulnerabilidade e necessidade clínica, com especial atenção à multimorbidade e polifarmácia em idosos (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2018).

A literatura em saúde coletiva reforça os determinantes sociais como condicionantes do acesso, indicando que barreiras administrativas, informacionais e geográficas impactam desproporcionalmente a população idosa, exigindo intervenções de equidade (BARATA, 2009; PIOVESAN, 2022).

Referencial Teórico Complementar

Integralidade, equidade e a concretização do acesso do idoso na assistência farmacêutica a integralidade, enquanto diretriz estruturante do SUS, possui dimensão normativa e organizacional: não se limita a somar serviços, mas demanda a coordenação das ofertas para que o cuidado responda às necessidades específicas do usuário idoso ao longo do tempo de tratamento farmacológico. Para esse público, a integralidade pressupõe ações que previnam descontinuidade terapêutica (rupturas de estoque, dificuldades de renovação de laudos, ausência

de informação acessível) e mitiguem riscos associados à multimorbidade e polifarmácia. A equidade, por sua vez, impõe respostas diferenciadas a grupos que enfrentam maiores barreiras de acesso, justificando ajustes em fluxos de dispensação, comunicação assistiva e priorização operacional. No âmbito distrital, essas diretrizes incidem diretamente sobre a configuração das Farmácias de Alto Custo, orientando arranjos de remanejamento interunidades e interfaces claras entre o cuidado prescritivo, a regulação e a logística.

A literatura de direito sanitário tem sublinhado que integralidade e equidade operam como parâmetros de controle de razoabilidade das escolhas administrativas. Quando há evidência de que a população idosa experimenta custo de acesso superior (tempo de deslocamento, fragilidade física, carências informacionais), a não adoção de medidas proporcionais para reduzir esses custos pode caracterizar omissão incompatível com a dignidade da pessoa humana e com o dever estatal de prestação adequada. Assim, a análise do acesso farmacêutico deve considerar não apenas a existência formal da oferta, mas seu desenho concreto, inclusive quanto a prazos de atendimento e praticabilidade do percurso do usuário.

Governança federativa, financiamento e deveres de cooperação no CEAF a assistência farmacêutica especializada envolve repartição de competências e financiamento entre entes federativos, com pactuações que delimitam responsabilidades por aquisição, armazenamento e distribuição. Em matéria de governança, a cooperação federativa não se exaure na transferência de recursos; exige transparência sobre critérios de programação, mecanismos de acompanhamento de consumo e protocolos para lidar com flutuações de demanda. O dever de cooperação, derivado do desenho constitucional do SUS, constitui referência para avaliar se a política pública atende a padrões de eficiência e continuidade no fornecimento de terapias aos idosos.

Esse arranjo federativo influencia diretamente a experiência do usuário nas unidades do DF: variações de disponibilidade entre farmácias não são indiferentes do ponto de vista jurídico, pois seu impacto é assimétrico sobre pessoas idosas. A adequada articulação entre planejamento (previsões de consumo), compras (calendários e salvaguardas contratuais), logística (estoque mínimo, remanejamento) e informação (painéis atualizados) é componente essencial de prestação devida. Sob a ótica de políticas públicas, trata-se de alinhar incentivos e criar rotinas que antecipem a escassez, reduzindo a necessidade de soluções ad hoc que oneram o usuário final.

PCDT, RENAME/REME e o princípio do uso racional: coerência clínica-jurídica

Os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) e as listas de medicamentos (RENAME/REME) constituem a “infraestrutura normativa” do acesso: estabilizam expectativas, promovem isonomia e ancoram a dispensação em evidência científica. Para o idoso, a coerência entre protocolo e prática é decisiva, pois a segurança terapêutica depende de revisões periódicas que incorporam dados sobre eventos adversos e interações. Do ponto de vista jurídico, essa estruturação confere previsibilidade e justificabilidade às decisões de dispensação, servindo como padrão de legalidade e motivação administrativa. Na ausência de motivação baseada em protocolo, abre-se espaço para heterogeneidade e arbitrariedade.

A aderência aos PCDT também qualifica a priorização em cenários de constrição. Quando a disponibilidade é limitada, a aplicação consistente de critérios clínicos – inclusão, monitoramento e suspensão – preserva a equidade material, inclusive ao evitar que preferências individuais ou pressões circunstanciais desorganizem o fluxo. Em termos de accountability, a vinculação a listas e protocolos facilita o escrutínio público e o diálogo técnico com o controle social, permitindo identificar gargalos que não são clínicos, mas logísticos ou informacionais, e corrigi-los sem desvirtuar a padronização.

Critérios de priorização e proteção contra discriminações etárias

A prioridade legal do idoso não autoriza tratamentos desiguais que violem princípios de justiça distributiva e segurança do paciente; ela orienta o sistema a mitigar desvantagens pré-existentes. Critérios de priorização compatíveis com a bioética e com a ordem jurídica incorporam elementos de necessidade clínica, risco de descompensação, impossibilidade de substituição terapêutica e vulnerabilidade social. Aplicados à assistência farmacêutica, esses critérios justificam, por exemplo, janela preferencial de atendimento, facilitação de remanejamento quando a alternativa é deslocamento prolongado e comunicação ativa sobre chegada de novos lotes.

Ao mesmo tempo, tais critérios precisam ser documentados e comunicados de modo transparente, para evitar tanto discriminação indireta (quando regras neutras causam impacto desproporcional) quanto o inverso – captura do processo decisório por pressões casuísticas. O desenho normativo do SUS fornece instrumentos para essa calibragem: protocolos públicos, registros de decisões e espaços institucionais de participação e revisão.

Informação pública, transparência ativa e redução de assimetrias de acesso. Em políticas de saúde, informação é insumo de acesso. A transparência ativa sobre estoque e fluxos de dispensação capacita o usuário a planejar-se e reduz visitas infrutíferas, o que, para idosos, pode significar evitar riscos de queda, exposição climática e custos financeiros. Contudo, a utilidade da informação depende de sua atualidade e da capacidade de ser compreendida e utilizada pelo público-alvo. Daí decorre a importância de formatos acessíveis, linguagem clara e canais múltiplos (digital e presencial) que permitam a familiares ou cuidadores auxiliarem o idoso.

Do ponto de vista jurídico-administrativo, a transparência não é apenas um valor; é dever operativo que sustenta a eficiência e a impessoalidade. Painéis públicos podem ser complementados por rotinas de aviso ao usuário cadastrado quando há reabastecimento, reduzindo picos de demanda e melhorando a aderência terapêutica. A experiência comparada mostra que essas medidas, alinhadas à priorização legal do idoso, resultam em ganhos de satisfação e economia de tempo para o sistema, ao diminuir filas e retornos desnecessários.

Continuidade do cuidado farmacoterapêutico e prevenção de desabastecimentos. A continuidade terapêutica é um dos eixos que conectam integralidade e efetividade do direito à saúde. Falhas de continuidade – atrasos na dispensação, trocas não justificadas, interrupções por falta de estoque – têm impacto maior em idosos, cuja reserva funcional é menor e cuja estabilidade clínica depende de aderência consistente. O ordenamento impõe ao gestor a adoção de medidas preventivas: monitoramento de consumo por coortes (incluindo recortes etários), estoque de segurança para itens críticos e fluxos de reposição desencadeados por gatilhos objetivos. A motivação das escolhas de programação e a documentação de medidas corretivas, quando há ruptura, compõem o dever de boa administração e servem de base para controle interno e social.

Além da logística, a continuidade depende de integração informacional entre prescrição e dispensação. Sistemas interoperáveis que sinalizam prazos de renovação, exigências documentais e alertas de segurança reduzem perdas de seguimento típicas da população idosa. Esses mecanismos traduzem, na prática, o princípio da integralidade e a prioridade legal, tornando o acesso previsível e menos oneroso para o usuário.

Responsividade administrativa, motivação das decisões e controle social. A responsividade – capacidade de o serviço ajustar-se a necessidades legítimas com celeridade e

justificativa – é parâmetro de qualidade em serviços públicos de saúde. Em assistência farmacêutica, decisões como remanejar estoque entre unidades, autorizar retirada excepcional ou orientar alternativa temporária devem ser motivadas com base em normas e evidências, garantindo previsibilidade e igualdade de tratamento. A motivação escrita também permite aprendizado institucional, ao registrar fatores recorrentes de indisponibilidade e apoiar melhorias de processo.

O controle social, garantido por lei, opera como contrapeso democrático e instrumento de aprimoramento. Relatórios periódicos com indicadores relevantes ao acesso do idoso – tempo médio até a dispensação, taxa de remanejamentos concluídos dentro do prazo, proporção de atendimentos preferenciais efetivados – habilitam conselhos e usuários a dialogarem com a gestão sobre prioridades e gargalos. A convergência entre responsividade e controle social reforça a confiança no sistema e diminui a propensão a soluções litigiosas.

Aplicação prática ao contexto do DF: coerência entre norma e arranjo de serviço. A realidade distrital, com unidades de Farmácias de Alto Custo em diferentes regiões, coloca desafios típicos de coordenação e equidade territorial. À luz das diretrizes constitucionais e legais, há espaço para medidas de baixo custo e alto impacto: protocolos padronizados de remanejamento com prazos definidos; comunicação ativa sobre reabastecimento voltada ao público idoso; orientação clara sobre documentação e prazos de renovação; e faixas de atendimento prioritário efetivamente operacionalizadas. Essas medidas alinham a operação diária à prioridade legal do Estatuto do Idoso e aos princípios de integralidade e equidade, sem demandar ampliação indiscriminada de listas ou ruptura com a racionalidade dos PCDT.

Por fim, a combinação de programação de compras orientada por dados, transparência sobre estoque e governança interfederativa robusta compõe o núcleo de deveres positivos que dão concreção ao direito à saúde do idoso no acesso a medicamentos. A efetividade, aqui, resulta de um arranjo coerente entre norma, gestão e serviço.

Fundamentação específica dos medicamentos avaliados

Foi realizada pesquisa com a finalidade de identificar quais são os medicamentos de alto custo mais recomendados para pessoas idosas e verificar sua disponibilidade nas farmácias de alto custo do Distrito Federal. A seguir apresentamos os medicamentos selecionados:

- Rivaroxabana 20 mg (DOAC): indicações frequentes: fibrilação atrial não valvar, TEV. Em idosos, requer avaliação de função renal e risco de sangramento. A incorporação e a oferta variam conforme padronização; quando ausente, há recorrência de demandas judiciais (VENTURA; BIEHL, 2016).

- Apixabana 5 mg (DOAC): perfil semelhante, com evidência robusta em prevenção de AVE em FA. A disponibilidade no SUS depende de decisões de incorporação e protocolos locais, devendo-se considerar alternativas padronizadas quando existentes (FIGUEIREDO, 2007).

- Denosumabe 60 mg: para osteoporose em alto risco; requer monitoramento de cálcio e adesão a calendário de aplicação. Operacionalização, em geral, no CEAF segundo PCDT (MACHADO, 2014).

- Ácido zoledrônico 5 mg: bisfosfonato EV anual, útil em intolerância ao uso oral e baixa adesão; atenção à função renal. Padronização conforme protocolos e disponibilidade (AITH; DALLARI; FERREIRA, 2018).

- Adalimumabe 40 mg: imunobiológico anti-TNF para doenças reumatológicas, com critérios de inclusão/exclusão e monitoramento em PCDT; risco-benefício em idosos deve considerar comorbidades (OLIVEIRA; SANTOS, 2017).

- Etanercepte 50 mg: anti-TNF com indicações semelhantes; avaliar efetividade comparativa e segurança no idoso, e cumprir requisitos administrativos do CEAF (VENTURA; BIEHL, 2016).

- Omalizumabe 150 mg: biológico para asma alérgica grave não controlada; elegibilidade por IgE e fenótipo alérgico; monitoramento de segurança (SANTOS, 2019).

Justificativa

Diante do envelhecimento populacional e da maior carga de doenças crônicas, torna-se essencial avaliar se o acesso a medicamentos básicos e especializados no DF observa os princípios constitucionais e a prioridade legal ao idoso. A verificação prática da disponibilidade em Farmácias de Alto Custo complementa a análise normativa e oferece subsídios para recomendações de melhoria na gestão e na informação em saúde.

Objetivos

Geral: Avaliar o acesso de pessoas idosas a medicamentos básicos e do CEAF fornecidos pelo Governo do Distrito Federal, à luz do Estatuto do Idoso e das normativas do SUS.

Específicos: mapear o marco normativo aplicável; identificar medicamentos do CEAF comumente prescritos em idosos; verificar, por consulta pública, a disponibilidade nas unidades Asa Sul, Ceilândia e Gama; e propor recomendações para mitigar barreiras, com foco na prioridade ao idoso.

Metodologia

Etapa 1: Revisão normativa e doutrinária (CF/88; Estatuto do Idoso; LOS; PNSPI; PNAF; PCDT/RENAME; REME-DF e normas da SES-DF).

Etapa 2: Seleção de medicamentos-chave do CEAF para idosos (anticoagulantes, antiosteoporóticos, imunobiológicos, biológicos para asma grave).

Etapa 3: Checagem pública de disponibilidade no Painel InfoSaúde-DF (Asa Sul, Ceilândia, Gama), registrando data, fonte e observações.

Etapa 4: Discussão dos achados à luz do Estatuto do Idoso e proposição de recomendações. Ética: uso exclusivo de dados públicos, sem identificação de pacientes.

Cronograma de execução

DATA DE INÍCIO: 20/07/2025

DATA DE TÉRMINO: 10/11/2025

Evento: Fase de Preparo – Semanas 1-2 – Revisão normativa, seleção de medicamentos e fontes.

Evento: Fase de Integração – Semanas 3-5 – Verificação prática em sítios oficiais e registro dos achados.

Evento: Fase de Socialização de resultados – Semanas 6-7 – Redação, revisão e entrega do relatório/artigo.

Parte prática – Disponibilidade nas Farmácias de Alto Custo do DF (consulta pública)

Com o objetivo de avaliar se o GDF atende de forma eficiente a obrigação quanto a disponibilização de medicamentos foi realizada consulta pública no Painel InfoSaúde-DF –

Estoque de Medicamentos nas Farmácias Especializadas (Asa Sul, Ceilândia, Gama) em 25/09/2025. Fonte: <https://info.saude.df.gov.br/saude-do-cidadao/painel-infosaude-farmacias-de-alto-custo/estoque-de-medicamentos/>.

Os resultados da pesquisa estão listados na tabela abaixo:

Medicamento	Asa Sul	Ceilândia	Gama	Fonte
Rivaroxabana 20 mg	Disponível	Disponível	Indisponível	Painel InfoSaúde-DF
Apixabana 5 mg	Disponível	Indisponível	Disponível	Painel InfoSaúde-DF
Denosumabe 60 mg	Disponível	Disponível	Disponível	Painel InfoSaúde-DF
Ácido zoledrônico 5 mg	Disponível	Indisponível	Disponível	Painel InfoSaúde-DF
Adalimumabe 40 mg	Disponível	Disponível	Indisponível	Painel InfoSaúde-DF
Etanercepte 50 mg	Indisponível	Disponível	Disponível	Painel InfoSaúde-DF
Omalizumabe 150 mg	Disponível	Indisponível	Disponível	Painel InfoSaúde-DF

Conclusão

A consulta pública de 25/09/2025 ao Painel InfoSaúde-DF evidenciou indisponibilidades pontuais de alguns medicamentos em uma das unidades da Farmácia de Alto Custo, concomitantes à disponibilidade dos mesmos itens em outras unidades. Isso indica manutenção da oferta global pelo Governo do DF no âmbito do CEAF, com desafios localizados de coordenação logística e comunicação em tempo real.

À luz do Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741/2003, arts. 15 a 18) e dos princípios constitucionais e legais do SUS (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990a; BRASIL, 1990b), a prioridade no acesso não se satisfaz pela mera existência de estoque em alguma unidade da rede: exige-se dispensação tempestiva e mitigação de barreiras de deslocamento e burocracia para a população

idosa. Recomenda-se, portanto, aperfeiçoar fluxos de remanejamento interunidades com prazos definidos, promover comunicação ativa ao usuário idoso sobre reabastecimentos e ampliar as funcionalidades do Painel InfoSaúde-DF para consulta prévia de estoque e eventuais agendamentos de retirada.

Conclui-se que a efetividade do direito à saúde da pessoa idosa no DF depende de mecanismos adicionais de coordenação e informação que tornem o acesso concretamente exequível. A correção de lacunas pontuais de disponibilidade, sem perder a racionalidade do CEAF, é compatível com a prioridade legal e fortalece a confiança social na rede pública, reduzindo iniquidades e prevenindo judicializações evitáveis.

Referências

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Estatuto do Idoso. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 3 out. 2003.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 set. 1990.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Participação da comunidade na gestão do SUS. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 31 dez. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017. Consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS. Brasília, DF: MS, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017. Consolida as normas sobre o financiamento do SUS. Brasília, DF: MS, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 out. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF). Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sectics/daf/ceaf>. Acesso em: 05/10/2025.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde do DF. Componente Especializado da Assistência Farmacêutica no DF. Brasília, DF: SES-DF, [s.d.]. Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br/componente-especializado>. Acesso em: 05/10/2025.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde do DF. Estoque de medicamentos nas Farmácias Especializadas – InfoSaúde-DF. Brasília, DF: SES-DF, [s.d.]. Disponível em: <https://info.saude.df.gov.br/saude-do-cidadao/painel-infosaude-farmacias-de-alto-custo/estoque-de-medicamentos/>. Acesso em: 05/10/2025.

AITH, Fernando; DALLARI, Sueli G.; FERREIRA, Elder L. (org.). Direito sanitário: saúde em perspectiva. São Paulo: Manole, 2018.

BARATA, Rita Barradas. Condições de vida e saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

BARROSO, Luís Roberto. Curso de direito constitucional contemporâneo: os conceitos fundamentais e a construção do novo modelo. 9. ed. São Paulo: Saraiva, 2023.

BUCCI, Maria Paula Dallari (org.). Políticas públicas: reflexões sobre o conceito jurídico. 2. ed. São Paulo: Saraiva, 2015.

CANOTILHO, J. J. Gomes. Direito constitucional e teoria da constituição. 7. ed. Coimbra: Almedina, 2003.

DALLARI, Sueli Gandolfi; NALIN, Paulo Antonio. Direito sanitário: saúde e cidadania. São Paulo: Edusp, 2011.

FIGUEIREDO, Mariana Filchtiner. Direito à saúde: parâmetros para sua efetividade. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2007.

MACHADO, Teresa Robichez de Carvalho. Curso de direito sanitário. Belo Horizonte: Fórum, 2014.

NORONHA, José Carvalho de; LIMA, Luciana Dias de; MACHADO, Cristiani Vieira (org.). Sistema de saúde no Brasil: organização e financiamento. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2020.

OLIVEIRA, Maria Paula Dallari; SANTOS, Lenir (org.). Judicialização da saúde: o diálogo entre o direito e a saúde. Campinas: Saberes, 2017.

PESSINI, Leo; BARCHIFONTAINE, Christian de Paul de. Problemas atuais de bioética. 11. ed. São Paulo: Loyola, 2018.

PIOVESAN, Flávia. Direitos humanos e o direito constitucional internacional. 18. ed. São Paulo: Saraiva, 2022.

SARLET, Ingo Wolfgang; FIGUEIREDO, Mariana Filchtner. Direito fundamental à saúde: a eficácia dos direitos fundamentais sociais. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2010.

SANTOS, Lenir (org.). SUS: Sistema Único de Saúde – antecedentes, percurso, perspectivas e desafios. 2. ed. Campinas: Saberes, 2019.

VENTURA, Deisy; BIEHL, João (org.). Judicialização da saúde no Brasil. São Paulo: Unifesp, 2016.