

# **XXXII CONGRESSO NACIONAL DO CONPEDI SÃO PAULO - SP**

## **ACESSO À JUSTIÇA: POLÍTICA JUDICIÁRIA, GESTÃO E ADMINISTRAÇÃO DA JUSTIÇA I**

**TAIS MALLMANN RAMOS**

**SÍLZIA ALVES CARVALHO**

Todos os direitos reservados e protegidos. Nenhuma parte destes anais poderá ser reproduzida ou transmitida sejam quais forem os meios empregados sem prévia autorização dos editores.

**Diretoria - CONPEDI**

**Presidente** - Profa. Dra. Samyra Haydêe Dal Farra Naspolini - FMU - São Paulo

**Diretor Executivo** - Prof. Dr. Orides Mezzaroba - UFSC - Santa Catarina

**Vice-presidente Norte** - Prof. Dr. Jean Carlos Dias - Cesupa - Pará

**Vice-presidente Centro-Oeste** - Prof. Dr. José Querino Tavares Neto - UFG - Goiás

**Vice-presidente Sul** - Prof. Dr. Leonel Severo Rocha - Unisinos - Rio Grande do Sul

**Vice-presidente Sudeste** - Profa. Dra. Rosângela Lunardelli Cavallazzi - UFRJ/PUCRio - Rio de Janeiro

**Vice-presidente Nordeste** - Prof. Dr. Raymundo Juliano Feitosa - UNICAP - Pernambuco

**Representante Discente:** Prof. Dr. Abner da Silva Jaques - UPM/UNIGRAN - Mato Grosso do Sul

**Conselho Fiscal:**

Prof. Dr. José Filomeno de Moraes Filho - UFMA - Maranhão

Prof. Dr. Caio Augusto Souza Lara - SKEMA/ESDHC/UFMG - Minas Gerais

Prof. Dr. Valter Moura do Carmo - UFERSA - Rio Grande do Norte

Prof. Dr. Fernando Passos - UNIARA - São Paulo

Prof. Dr. Edinilson Donisete Machado - UNIVEM/UENP - São Paulo

**Secretarias**

**Relações Institucionais:**

Prof. Dra. Claudia Maria Barbosa - PUCPR - Paraná

Prof. Dr. Heron José de Santana Gordilho - UFBA - Bahia

Profa. Dra. Daniela Marques de Moraes - UNB - Distrito Federal

**Comunicação:**

Prof. Dr. Robison Tramontina - UNOESC - Santa Catarina

Prof. Dr. Liton Lanes Pilau Sobrinho - UPF/Univali - Rio Grande do Sul

Prof. Dr. Lucas Gonçalves da Silva - UFS - Sergipe

**Relações Internacionais para o Continente Americano:**

Prof. Dr. Jerônimo Siqueira Tybusch - UFSM - Rio Grande do Sul

Prof. Dr. Paulo Roberto Barbosa Ramos - UFMA - Maranhão

Prof. Dr. Felipe Chiarello de Souza Pinto - UPM - São Paulo

**Relações Internacionais para os demais Continentes:**

Profa. Dra. Gina Vidal Marcilio Pompeu - UNIFOR - Ceará

Profa. Dra. Sandra Regina Martini - UNIRITTER / UFRGS - Rio Grande do Sul

Profa. Dra. Maria Claudia da Silva Antunes de Souza - UNIVALI - Santa Catarina

**Educação Jurídica**

Profa. Dra. Viviane Coêlho de Séllos Knoerr - Unicuritiba - PR

Prof. Dr. Rubens Beçak - USP - SP

Profa. Dra. Livia Gaigher Bosio Campello - UFMS - MS

**Eventos:**

Prof. Dr. Yuri Nathan da Costa Lannes - FDF - São Paulo

Profa. Dra. Norma Sueli Padilha - UFSC - Santa Catarina

Prof. Dr. Juraci Mourão Lopes Filho - UNICHRISTUS - Ceará

**Comissão Especial**

Prof. Dr. João Marcelo de Lima Assafim - UFRJ - RJ

Profa. Dra. Maria Creusa De Araújo Borges - UFPB - PB

Prof. Dr. Antônio Carlos Diniz Murta - Fumec - MG

Prof. Dr. Rogério Borba - UNIFACVEST - SC

A174

Acesso à justiça: política judiciária, gestão e administração da justiça I[Recurso eletrônico on-line] organização CONPEDI

Coordenadores: Tais Mallmann Ramos, Sílzia Alves Carvalho – Florianópolis: CONPEDI, 2025.

Inclui bibliografia

ISBN: 978-65-5274-352-7

Modo de acesso: [www.conpedi.org.br](http://www.conpedi.org.br) em publicações

Tema: Os Caminhos Da Internacionalização E O Futuro Do Direito

1. Direito – Estudo e ensino (Pós-graduação) – Encontros Nacionais. 2. Acesso à justiça. 3. Política judiciária. XXXII Congresso Nacional do CONPEDI São Paulo - SP (4: 2025: Florianópolis, Brasil).

CDU: 34



# **XXXII CONGRESSO NACIONAL DO CONPEDI SÃO PAULO - SP**

## **ACESSO À JUSTIÇA: POLÍTICA JUDICIÁRIA, GESTÃO E ADMINISTRAÇÃO DA JUSTIÇA I**

---

### **Apresentação**

A concretização da garantia constitucional prevista no inciso XXXV do artigo 5º da CF/1988 desafia a criação de políticas públicas judiciárias e pesquisas que estão contribuindo para que a efetividade do acesso à justiça em sentido formal e material seja realizado ampliando, assim, o acesso aos direitos com a introdução de novos métodos para a solução dos conflitos. Os trabalhos apresentados aqui abordam diferentes aspectos normativos e da política judiciária de resolução adequada de conflitos definida no âmbito do Conselho Nacional de Justiça, na Resolução nº 125/2010.

As questões relacionadas com à discriminação racial e de gênero são tratadas sob o ponto de vista substancial e formal considerando o acesso a direitos como o trabalho, sendo apresentada a proposta do desenvolvimento de procedimentos baseados no protocolo do CNJ quanto aos julgamentos com perspectiva de gênero para a criação de procedimentos que salvaguardem as advogadas de tratamentos discriminatórios e preconceituosos durante o exercício de suas atividades profissionais perante o Poder Judiciário.

Há abordagens sobre os procedimentos relacionados com a conciliação e a mediação como meios pré-processuais, podendo concluir-se com base em dados do CNJ e de estatísticas realizadas pelo Tribunal de Justiça de São Paulo, Tribunal de Justiça de Minas Gerais e Tribunal de Justiça da Bahia que demonstram haver ganhos quantitativos e qualitativos com a adoção da Reclamação pré-processual-PAPre. Do mesmo modo, a inclusão digital à luz da Teoria do Diálogo das Fontes representa um aprimoramento quanto a efetividade do acesso à justiça, sendo neste mesmo sentido abordada a aplicação da agenda 2030, em relação ao ODS 16.

O paradoxo entre o empoderamento do Poder Judiciário no Brasil e eventuais riscos para a democracia, considerando o artigo 2º da CF/1988 é tratado a partir das contribuições de Daryl Levinson, Ingeborg Maus e Jeremy Waldron, em contraponto a Ronald Dworkin. Quanto às questões procedimentais são discutidos os problemas relacionados ao contexto probatório nos Juizados Especiais Cíveis como um dever ou um direito; e, ainda a celeridade processual a partir da adoção de boas práticas de gestão em gabinetes a fim de evitar que os processos tenham lapsos temporais.

As garantias processuais são discutidas com relação a aplicação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), tendo em vista aspectos como a ausência da garantia da presença de um advogado no momento da apresentação junto ao Ministério Público. A justiça restaurativa é abordada como medida pública inclusiva e de contenção do sistema reincidente.

A questão do acesso à justiça também é tratado sob o ponto de vista das ações relacionadas ao superendividamento e da litigiosidade predatória decorrente dos contratos bancários. Neste mesmo sentido, é pesquisado a atuação das corregedorias de justiça nos casos de gestão de demandas repetitivas.

A efetividade dos direitos constitucionais como a moradia e a inclusão de grupos minorizados são analisados considerando os meios para a sua concretização; sendo que a questão procedimental é, finalmente objeto de trabalhos que tratam a respeito do legal design, da linguagem simples, da aplicação dos métodos consensuais nas causas de família, e, da arbitragem tendo em vista seus custos e os desafios para sua ampliação como política pública de acesso à justiça.

A leitura dos textos apresentados é enriquecedora para a cultura jurídica, pois o tratamento metodológico e teórico que orienta estes trabalhos oferece uma perspectiva analítica e crítica às questões do acesso à justiça singulares e verticais.

**ACESSO À SAÚDE, POLÍTICAS PÚBLICAS E DIREITOS HUMANOS: UMA  
ABORDAGEM CRÍTICA SOBRE EFETIVAÇÃO E ACESSO À JUSTIÇA**

**ACCESS TO HEALTH, PUBLIC POLICIES AND HUMAN RIGHTS: A CRITICAL  
APPROACH ON EFFECTIVENESS AND ACCESS TO JUSTICE**

**Wesley Roberto Mariano da Silva  
Rosane Teresinha Porto**

**Resumo**

O acesso à saúde, embora reconhecido como direito humano fundamental, enfrenta significativas lacunas entre sua previsão normativa e efetivação prática, particularmente no contexto brasileiro, onde as desigualdades sociais e os determinantes sociais da saúde amplificam as disparidades no acesso aos serviços de saúde. O artigo objetiva examinar criticamente a intersecção entre o acesso à saúde, as políticas públicas e os direitos humanos, analisando como essas dimensões interagem para promover ou limitar o bem-estar das populações, com foco especial na efetividade do Sistema Único de Saúde (SUS) e no fenômeno da judicialização da saúde como mecanismo de acesso à justiça. A pesquisa utilizou abordagem qualitativa, incluindo revisão bibliográfica sistemática, análise documental de políticas públicas nacionais e internacionais, e estudo de caso do sistema brasileiro de saúde, fundamentado nas teorias de direitos humanos, determinantes sociais da saúde e na abordagem das capacidades de Amartya Sen e Martha Nussbaum. A pesquisa observa que a garantia efetiva do direito à saúde demanda um comprometimento contínuo com a justiça social, a equidade no acesso aos serviços e a implementação de políticas públicas baseadas em direitos humanos, sendo a judicialização da saúde tanto um reflexo das falhas sistêmicas quanto um mecanismo de acesso à justiça, embora deva ser complementada por reformas estruturais no sistema de saúde.

**Palavras-chave:** Direitos humanos, Políticas públicas, Judicialização, Saúde, Capacidades

**Abstract/Resumen/Résumé**

The access to health, although recognized as a fundamental human right, faces significant gaps between its normative provision and practical implementation, particularly in the Brazilian context, where social inequalities and social determinants of health amplify disparities in access to health services. The main goal is to critically examine the intersection between access to health, public policies and human rights, analyzing how these dimensions interact to promote or limit the well-being of populations, with special focus on the effectiveness of the Unified Health System (SUS) and the phenomenon of health judicialization as a mechanism for access to justice. The research used a qualitative approach, including systematic bibliographic review, documentary analysis of national and international public policies, and case study of the Brazilian health system, based on human

rights theories, social determinants of health and the capabilities approach of Amartya Sen and Martha Nussbaum. The current phase of research observed the effective guarantee of the right to health requires a continuous commitment to social justice, equity in access to services and the implementation of public policies based on human rights, with health judicialization being both a reflection of systemic failures and a mechanism for access to justice, although it must be complemented by structural reforms in the health system.

**Keywords/Palabras-claves/Mots-clés:** Human rights, Public policies, Judicialization, Health, Capabilities

## Introdução

O direito à saúde constitui um dos pilares fundamentais dos direitos humanos, estabelecido pela Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948 e reafirmado em diversos tratados internacionais subsequentes (NAÇÕES UNIDAS, 1948). No contexto brasileiro, este direito encontra-se consagrado no artigo 196 da Constituição Federal de 1988, que estabelece que "a saúde é direito de todos e dever do Estado" (BRASIL, 1988). Contudo, a materialização deste direito enfrenta desafios complexos que transcendem a dimensão meramente normativa, envolvendo questões estruturais, políticas, econômicas e sociais que impactam diretamente na qualidade de vida das populações.

A problemática central que orienta este estudo surge da constatação de que existe um hiato significativo entre a previsão constitucional e legal do direito à saúde e sua efetivação prática. Como observa Paim (2018), o Sistema Único de Saúde (SUS), apesar de seus avanços significativos, ainda enfrenta subfinanciamento crônico, gestão ineficiente e comercialização dos serviços de saúde que comprometem sua capacidade de garantir acesso universal e equitativo aos serviços de saúde. Este cenário é agravado pelos determinantes sociais da saúde, que incluem fatores como desigualdade de renda, acesso à educação, condições de moradia e saneamento básico, que influenciam diretamente os resultados de saúde das populações (CARRAPATO; CORREIA; GARCIA, 2017).

Ademais, o fenômeno crescente da judicialização da saúde no Brasil revela tanto as falhas do sistema quanto a busca por mecanismos alternativos de acesso à justiça. Segundo dados do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), as ações judiciais relacionadas à saúde têm apresentado crescimento consistente, consumindo recursos significativos e levantando questões sobre equidade e sustentabilidade do sistema (VENTURA et al., 2010).

Este artigo tem por objetivo examinar criticamente a intersecção entre o acesso à saúde, as políticas públicas e os direitos humanos, analisando como essas dimensões interagem para promover ou limitar o bem-estar das populações. Especificamente, busca-se: (a) analisar os fundamentos jurídicos e conceituais do direito à saúde; (b) examinar as políticas públicas de saúde e seus determinantes sociais; (c) avaliar a efetividade do Sistema Único de Saúde como política pública de garantia de direitos; (d) investigar o papel da judicialização da saúde como mecanismo de acesso à justiça; e (e) propor diretrizes para o fortalecimento das políticas públicas de saúde baseadas na abordagem de direitos humanos.

A pesquisa adota abordagem qualitativa, utilizando múltiplas estratégias metodológicas: revisão bibliográfica sistemática da literatura nacional e internacional sobre direitos humanos,

políticas públicas de saúde e determinantes sociais da saúde; análise documental de políticas públicas, legislação e relatórios oficiais; e estudo de caso do sistema brasileiro de saúde, com foco no SUS e programas específicos como as Políticas Públicas e Modelos de Atenção (PMA) da Fiocruz e o programa Brasil Saudável: Unir para cuidar. O marco teórico fundamenta-se nas teorias de direitos humanos, na abordagem dos determinantes sociais da saúde e na teoria das capacidades de Amartya Sen e Martha Nussbaum, que oferece perspectiva inovadora para compreender a saúde como dimensão fundamental do desenvolvimento humano.

O artigo está organizado em quatro seções principais. Após esta introdução, a primeira seção analisa o acesso à saúde como direito humano, explorando os fundamentos normativos e a abordagem das capacidades. A segunda seção examina as políticas públicas e sua relação com o acesso à saúde, incluindo estratégias de implementação e avaliação. A terceira dedica-se ao estudo do Sistema Único de Saúde brasileiro, analisando seus princípios, estrutura e desafios contemporâneos. A quarta seção apresenta aplicação prática dos conceitos teóricos discutidos, focando na judicialização da saúde como mecanismo de acesso à justiça e propondo diretrizes para o aprimoramento das políticas públicas. As considerações finais sintetizam os principais achados e apontam perspectivas futuras para a garantia efetiva do direito à saúde no Brasil.

A relevância deste estudo justifica-se pela necessidade de compreender melhor os desafios e oportunidades para a efetivação do direito à saúde no contexto brasileiro, contribuindo para o debate acadêmico e oferecendo subsídios para o aprimoramento das políticas públicas de saúde numa perspectiva de direitos humanos, com dados atualizados.

## **1. O Direito à Saúde: Fundamentos Normativos e a Abordagem das Capacidades**

A compreensão contemporânea da saúde como direito humano fundamental consolidou-se ao longo do século XX através de marcos normativos importantes. A Organização Mundial de Saúde (OMS), criada em 1948, adotou definição ampla de saúde como "um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade" (OMS, 1948). Esta definição, embora criticada por seu caráter utópico, representou avanço paradigmático ao reconhecer a natureza multidimensional da saúde e sua relação intrínseca com fatores sociais, econômicos e ambientais.

A Declaração de Alma-Ata de 1978 constituiu marco fundamental ao destacar a importância da atenção primária à saúde e a necessidade de abordar as desigualdades na saúde global. A conferência reconheceu que "a saúde é um direito humano fundamental e que a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial" (OMS;



UNICEF, 1978). Mais significativamente, a declaração estabeleceu que a realização deste direito requer ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde.

No cenário internacional, o direito à saúde encontra sólido fundamento em múltiplos instrumentos normativos. A Declaração Universal dos Direitos Humanos, em seu artigo 25, estabelece que "todo ser humano tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e à sua família saúde, bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis" (NAÇÕES UNIDAS, 1948). O Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (PIDESC) detalha mais especificamente o direito à saúde em seu artigo 12, reconhecendo "o direito de toda pessoa de desfrutar o mais elevado nível possível de saúde física e mental" (NAÇÕES UNIDAS, 1966).

No ordenamento jurídico brasileiro, a Constituição Federal de 1988 representa marco paradigmático ao estabelecer no artigo 196 que "a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação" (BRASIL, 1988). Esta formulação constitucional estabelece a universalidade do direito, define o Estado como responsável por sua garantia, enfatiza a necessidade de políticas intersetoriais e abrange toda a gama de ações de saúde.

No cenário infraconstitucional, destacam-se as Leis nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990, que estabeleceram os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, detalhando os mecanismos para efetivação do direito constitucional à saúde. A Lei nº 8.080/1990 reconhece que "a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais" (BRASIL, 1990).

A compreensão contemporânea do direito à saúde articula-se necessariamente com a análise dos determinantes sociais da saúde (DSS), definidos pela Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde da OMS como "as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham" (CNDSS, 2008). Esta abordagem representa mudança paradigmática, deslocando o foco das intervenções biomédicas individuais para as condições estruturais que moldam as oportunidades de saúde das populações.

Os determinantes sociais operam através de mecanismos complexos organizados em diferentes níveis. Os determinantes estruturais incluem a distribuição de poder, renda e recursos, moldando as posições sociais dos indivíduos. Os determinantes intermediários incluem condições materiais de vida, fatores psicossociais, comportamentos e o próprio sistema de saúde. Como

observa Foucault (2014, p. 92), "a medicina urbana não é verdadeiramente uma medicina dos homens, corpos e organismos, mas uma medicina das coisas: ar, água, decomposições, fermentos; uma medicina das condições de vida e do meio de existência".

Neste contexto, a teoria das capacidades desenvolvida por Amartya Sen e aprofundada por Martha Nussbaum oferece perspectiva inovadora para compreender a saúde como dimensão fundamental do desenvolvimento humano. Sen (2000) argumenta que o desenvolvimento deve ser entendido como processo de expansão das liberdades substantivas que as pessoas desfrutam, incluindo fundamentalmente a capacidade de viver uma vida saudável. A abordagem das capacidades oferece vantagens significativas por focar no que as pessoas são efetivamente capazes de fazer e ser, ao invés de concentrar-se apenas em recursos ou utilidades.

Como elucida Sen (2000, p. 55) "a característica constitutiva do desenvolvimento é a criação de condições de vida que as pessoas têm razão para valorizar". No caso da saúde, isto significa não apenas garantir acesso a serviços médicos, mas criar condições para que as pessoas possam manter e promover sua saúde de forma autônoma e dignificada. Nussbaum (2013, p. 344) elabora lista específica de dez capacidades humanas centrais, incluindo explicitamente a "saúde corporal" como capacidade fundamental: "ser capaz de ter boa saúde, incluindo saúde reprodutiva; estar adequadamente nutrido; ter abrigo adequado".

Logo, a perspectiva das capacidades oferece framework robusto para analisar as políticas públicas de saúde, focando não apenas nos recursos disponíveis, mas na capacidade efetiva das pessoas de converter esses recursos em funcionamentos valiosos relacionados à saúde. Esta abordagem é particularmente relevante para compreender as desigualdades em saúde, pois reconhece que diferentes pessoas podem precisar de diferentes tipos e quantidades de recursos para alcançar os mesmos funcionamentos de saúde.

## **2. Políticas Públicas de Saúde: Determinantes Sociais, Intersetorialidade e Participação Democrática**

Cediço que as políticas públicas de saúde constituem conjunto complexo de ações, decisões e diretrizes estabelecidas pelo Estado para garantir o direito à saúde e promover o bem-estar coletivo. Segundo Schmidt (2018), as políticas públicas podem ser compreendidas como "fluxo de decisões públicas, orientado a manter o equilíbrio social ou a introduzir desequilíbrios destinados a modificar essa realidade". No campo da saúde, as políticas podem tanto manter sistemas existentes quanto promover transformações estruturais necessárias para reduzir desigualdades.

Indene de dúvida que o processo de formulação das políticas públicas de saúde envolve múltiplas etapas interdependentes. A identificação de problemas pode resultar de evidências epidemiológicas, demandas sociais articuladas por movimentos organizados, pressões de grupos profissionais, ou crises sanitárias que exigem resposta imediata. A natureza dos problemas de saúde requer análise sofisticada que considere não apenas aspectos biomédicos, mas também determinantes sociais, econômicos, ambientais e culturais.

Como observa a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS, 2008), "as iniquidades em saúde entre grupos sociais, além de sistemáticas e relevantes, são também evitáveis, injustas e desnecessárias". Isto significa que muitos problemas de saúde identificados nas populações não resultam de processos biológicos inevitáveis, mas de condições sociais modificáveis através de políticas públicas adequadas.

Notório que a efetivação do direito à saúde requer reconhecimento fundamental de que os principais determinantes da saúde situam-se fora do setor sanitário. A evidência epidemiológica demonstra consistentemente que fatores como educação, renda, emprego, habitação, saneamento e meio ambiente têm impacto maior sobre os resultados de saúde das populações do que intervenções médicas individuais. Esta constatação tem implicações profundas para o desenho de políticas de saúde, sugerindo que estratégias efetivas de promoção da saúde devem necessariamente envolver múltiplos setores.

A CNDSS (2008) identificou três categorias principais de determinantes sociais da saúde. Os determinantes estruturais relacionam-se à posição socioeconômica dos indivíduos na hierarquia social, incluindo educação, renda, ocupação, gênero, raça/etnia e classe social. Os determinantes intermediários incluem condições materiais de vida, fatores psicossociais, comportamentos e características do sistema de saúde. Os determinantes proximais referem-se a comportamentos individuais e exposições específicas.

O programa Brasil Saudável: Unir para cuidar, lançado em 2024, representa exemplo contemporâneo de política intersetorial ambiciosa. Coordenado pelo Ministério da Saúde em articulação com nove outros ministérios através do Comitê Interministerial para Eliminação da Tuberculose e Outras Doenças Determinadas Socialmente (CIEDS), o programa visa enfrentar onze doenças que acometem desproporcionalmente populações em situação de vulnerabilidade social (BRASIL, 2024). O programa reconhece explicitamente que estas doenças são "determinadas socialmente", combinando intervenções específicas do setor saúde com intervenções intersetoriais que atuam sobre determinantes sociais.

A participação social constitui princípio fundamental das políticas públicas de saúde no

Brasil, materializada através dos conselhos e conferências de saúde previstos na Lei nº 8.142/1990. Estes mecanismos representam inovação institucional significativa, conferindo aos cidadãos papel ativo na formulação, implementação e avaliação das políticas de saúde. Os conselhos de saúde, compostos paritariamente por representantes de usuários (50%), trabalhadores (25%), gestores (12,5%) e prestadores de serviços (12,5%), exercem funções deliberativas sobre políticas, planos e programas, além de fiscalizar a aplicação dos recursos financeiros.

As conferências de saúde, realizadas a cada quatro anos em todos os níveis de governo, constituem espaços privilegiados para avaliação da situação de saúde e proposição de diretrizes para as políticas setoriais. Este processo piramidal permite participação de milhares de pessoas em todo o país e garante que as propostas reflitam demandas articuladas a partir das bases locais.

Contudo, a participação social enfrenta desafios significativos. Isso porque a representatividade dos conselheiros é questionada em muitos contextos, especialmente em relação aos usuários, que frequentemente são lideranças de entidades já organizadas que podem não refletir adequadamente a diversidade da população. Ademais, a capacitação técnica constitui outro desafio importante, pois a análise de políticas de saúde requer conhecimentos especializados nem sempre disponíveis entre os representantes da sociedade civil.

As assimetrias de poder entre diferentes atores constituem talvez o desafio mais fundamental. Nesse enredo, gestores e prestadores frequentemente possuem acesso privilegiado a informações, recursos e redes de influência que lhes conferem vantagens significativas nos processos decisórios. Como destaca Avritzer (2009), a efetividade da participação social depende não apenas de desenhos institucionais adequados, mas também de contextos sociais e políticos favoráveis ao exercício da cidadania ativa.

Em que pesem os desafios, há evidências de que a participação social tem contribuído significativamente para o aprimoramento das políticas de saúde no Brasil. Estudos mostram que municípios com conselhos mais ativos tendem a ter melhor desempenho em indicadores de saúde e maior transparência na gestão dos recursos públicos. As conferências têm sido importantes para colocar novos temas na agenda política e a pressão exercida pelos movimentos sociais tem sido fundamental para aprovação de leis e prolação de decisões judiciais importantes.

### **3. O Sistema Único de Saúde: Conquistas Democráticas, Desafios Estruturais e Perspectivas de Consolidação**

O Sistema Único de Saúde, criado pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas Leis nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990, representa uma das mais importantes conquistas da

democracia brasileira no campo dos direitos sociais. Fundamentado em princípios doutrinários de universalidade, integralidade e equidade, e princípios organizativos de descentralização, regionalização e participação social, o SUS constitui sistema público de saúde que visa garantir acesso universal aos serviços.

Importante lembrar que antes da Constituição de 1988, o sistema de saúde brasileiro era profundamente fragmentado e desigual. O acesso aos serviços públicos estava vinculado à condição de trabalhador formal através do sistema previdenciário. Como observa Paim (2018), "o sistema público de saúde prestava assistência apenas aos trabalhadores vinculados à Previdência Social, aproximadamente 30 milhões de pessoas", enquanto o restante da população dependia de entidades filantrópicas. A "Constituição Cidadã" foi marco fundamental para a criação do SUS, resultado de ampla coalizão social que conseguiu inscrever suas propostas na Constituição.

O princípio da universalidade estabelece que todas as pessoas têm direito ao atendimento, independentemente de cor, raça, religião, local de moradia, situação de emprego ou renda. Este princípio rompe radicalmente com a lógica anterior, estabelecendo a saúde como direito de cidadania. A universalidade é particularmente significativa em país com enormes desigualdades sociais, pois garante que mesmo os mais pobres tenham acesso aos mesmos serviços disponíveis no sistema público.

A integralidade constitui princípio complexo que se refere simultaneamente à articulação entre ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, à necessidade de abordar o indivíduo em sua totalidade, e à articulação entre diferentes níveis de atenção. Mattos (2004) identifica três sentidos principais: como atributo das práticas profissionais (abordagem integral dos usuários), como atributo da organização dos serviços (oferta de conjunto articulado de ações), e como atributo das respostas governamentais (políticas específicas para problemas ou populações específicas).

A equidade, por sua vez, implica tratar desigualmente os desiguais, investindo mais onde a carência é maior e buscando reduzir disparidades em saúde entre diferentes grupos populacionais. Este princípio reconhece que a igualdade formal no acesso pode ser insuficiente para garantir igualdade real de oportunidades, especialmente em sociedade marcada por profundas desigualdades sociais.

O SUS organiza-se como sistema federativo descentralizado, com responsabilidades compartilhadas entre União, estados e municípios. O Ministério da Saúde atua como gestor nacional, formulando políticas nacionais em articulação com o Conselho Nacional de Saúde e a Comissão Intergestores Tripartite. As secretarias estaduais exercem papel de coordenação regional,

apoando municípios e garantindo acesso aos serviços de média e alta complexidade. Os municípios constituem a base operacional, responsáveis pela gestão direta dos serviços de atenção básica.

A organização dos serviços segue lógica de redes de atenção à saúde, estruturadas de forma hierarquizada e regionalizada. A atenção básica, organizada prioritariamente através da Estratégia de Saúde da Família (ESF), constitui porta de entrada preferencial e centro de comunicação com os demais níveis. A ESF representa mudança paradigmática, substituindo o foco na doença pelo foco na saúde, o atendimento por demanda espontânea pelo acompanhamento longitudinal das famílias.

Imperioso destacar que a expansão da ESF foi notável nas últimas duas décadas. Em 1998, existiam apenas 3.147 equipes de Saúde da Família em todo o país, cobrindo cerca de 6,6% da população. Em 2021, este número havia crescido para mais de 47.000 equipes, cobrindo aproximadamente 65% da população brasileira (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022). Esta expansão foi especialmente significativa em municípios pequenos e regiões de maior vulnerabilidade social, contribuindo para redução das desigualdades no acesso aos serviços de atenção básica.

Avaliações da ESF demonstram impactos positivos significativos em diversos indicadores de saúde. Estudos mostram que a expansão da cobertura está associada à redução da mortalidade infantil, diminuição das internações por condições sensíveis à atenção primária, melhoria da cobertura vacinal, aumento do pré-natal adequado, e melhoria do controle de doenças crônicas. Estes resultados demonstram que investimentos em atenção básica podem ter impactos significativos na saúde da população com custo relativamente baixo.

O programa Mais Médicos, criado em 2013, representa exemplo de política específica para enfrentar a escassez de profissionais médicos, particularmente em regiões de difícil acesso. Entre 2013 e 2018, o programa alocou mais de 18.000 médicos em cerca de 4.000 municípios, prioritariamente aqueles com maior vulnerabilidade social e escassez de médicos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019). Avaliações independentes demonstraram impactos positivos na redução da mortalidade infantil, aumento da cobertura vacinal e melhoria do pré-natal nas áreas beneficiadas (HONE et al., 2020).

Nas três décadas de existência, o SUS alcançou conquistas significativas que o posicionam como referência internacional. A ampliação do acesso aos serviços foi notável: enquanto em 1988 apenas trabalhadores formais tinham direito aos serviços públicos de saúde, atualmente toda a população brasileira tem acesso universal aos serviços do SUS. Pesquisas domiciliares mostram que a proporção de brasileiros que nunca consultou médico diminuiu de 18% em 1998 para menos de 4% em 2019 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2020).

A estruturação de ampla rede de atenção básica, com mais de 47 mil equipes de Saúde da Família, representa uma das maiores redes de atenção primária do mundo. O Programa Nacional de Imunizações (PNI) é reconhecido internacionalmente como um dos mais exitosos, oferecendo gratuitamente mais de 40 vacinas diferentes. Durante a pandemia de COVID-19, o PNI demonstrou sua capacidade organizacional ao implementar uma das maiores campanhas de vacinação da história, aplicando mais de 400 milhões de doses em menos de dois anos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2023).

O SUS desenvolveu o maior programa público de transplantes de órgãos do mundo, realizando anualmente mais de 25.000 transplantes (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS, 2020). O programa garante acesso gratuito a transplantes de diversos órgãos com lista única nacional que garante transparência e equidade na distribuição.

No entanto, o SUS enfrenta desafios estruturais persistentes que comprometem sua capacidade de garantir acesso universal com qualidade. O subfinanciamento crônico é talvez o principal obstáculo. O Brasil gasta apenas 4% do PIB em saúde pública (ORGANIZAÇÃO PARA A COOPERAÇÃO E DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO, 2021), proporção inferior à da maioria dos países com sistemas universais, que gastam tipicamente entre 6% e 8% do PIB. Este subfinanciamento foi agravado pela Emenda Constitucional nº 95/2016, que congelou os gastos públicos por vinte anos.

Dito subfinanciamento manifesta-se em infraestrutura inadequada em muitas unidades, escassez de equipamentos médicos, falta de medicamentos, déficit de profissionais e baixa remuneração. A gestão ineficiente em muitos municípios constitui outro desafio, pois muitos gestores carecem de capacidade técnica para planejar e implementar políticas efetivamente. A descontinuidade administrativa frequentemente compromete a continuidade de programas.

As desigualdades regionais no acesso e qualidade dos serviços permanecem significativas. Enquanto regiões metropolitanas concentram tecnologias de alta complexidade, áreas rurais e periferias urbanas frequentemente carecem de serviços básicos adequados. A distribuição desigual de profissionais de saúde agrava essas disparidades: enquanto o Distrito Federal possui 5,2 médicos por mil habitantes, o Maranhão possui apenas 1,0 médico por mil habitantes (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2020).

A concorrência com o setor privado representa desafio complexo que envolve questões de financiamento, recursos humanos e equidade. O crescimento dos planos de saúde privados, estimulado por políticas de renúncia fiscal que custam aos cofres públicos cerca de R\$ 30 bilhões anuais (RECEITA FEDERAL DO BRASIL, 2021), cria sistema dual que pode comprometer o

financiamento e a qualidade do sistema público. Como observa Bahia (2018), a expansão da saúde suplementar pode resultar em "efeito de sucateamento do SUS", na medida em que reduz a pressão social por melhorias no sistema público.

#### **4. Judicialização da Saúde: Entre Falhas Sistêmicas e Mecanismos de Acesso à Justiça - Uma Análise Crítica das Tensões entre Direito Individual e Políticas Coletivas**

A judicialização da saúde emerge como fenômeno paradigmático que ilustra as tensões entre direitos constitucionalmente garantidos e sua efetivação prática, constituindo simultaneamente reflexo das limitações do sistema de saúde e mecanismo alternativo de acesso à justiça. Definida como crescente recurso ao Poder Judiciário para garantir acesso a medicamentos, tratamentos ou serviços não adequadamente providos pelo sistema público, a judicialização requer análise que articule perspectivas jurídicas, políticas, econômicas e sociológicas.

Os dados do CNJ mostram crescimento exponencial das demandas judiciais em saúde nas últimas duas décadas. Em 2008, tramitavam cerca de 17.000 processos relacionados à saúde na Justiça Federal; em 2020, este número havia crescido para mais de 130.000 processos (CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, 2021). Se considerarmos também a Justiça Estadual, estima-se que existam mais de 500.000 processos judiciais relacionados à saúde tramitando no país (FERRAZ, 2020).

O impacto financeiro é igualmente significativo. Em 2019, as ações judiciais consumiram 25,2% dos recursos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica do Ministério da Saúde, sendo que 21% destes recursos foram gastos com apenas 10 medicamentos específicos (INSTITUTO DE ENSINO E PESQUISA, 2019). Dados do Sistema Integrado de Administração de Serviços Gerais revelam que, entre 2010 e 2020, o Ministério da Saúde gastou mais de R\$ 7 bilhões em aquisições determinadas judicialmente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021), recursos retirados de outras áreas do sistema, potencialmente comprometendo políticas coletivas de maior impacto populacional.

Para compreender adequadamente este fenômeno, é fundamental analisar suas múltiplas causas. Em primeira posição, encontram-se as falhas na oferta regular de medicamentos e serviços já incorporados ao SUS constituem causa importante da judicialização. Estudos mostram que significativa proporção das demandas judiciais refere-se a medicamentos já padronizados no sistema público, mas indisponíveis devido a problemas de gestão, desabastecimento, ou falhas nos processos de compra e distribuição.

Na segunda posição estão as demandas por tratamentos não incorporados ao SUS



constituem dimensão mais complexa e controversa. Estas podem incluir medicamentos novos que ainda não passaram pelo processo de avaliação de tecnologias em saúde, medicamentos aprovados pela ANVISA mas não incorporados ao SUS, tratamentos experimentais sem comprovação científica adequada, ou procedimentos realizados exclusivamente no exterior. Esta dimensão levanta questões fundamentais sobre os critérios que devem orientar a incorporação de tecnologias no sistema público.

Na terceira, a busca por atendimento mais rápido diante das filas de espera constitui motivação importante. O SUS enfrenta problemas crônicos de filas para consultas especializadas, exames diagnósticos e cirurgias eletivas. Para usuários com condições que requerem tratamento urgente, o recurso ao Judiciário pode representar única alternativa para obter atendimento em tempo adequado.

A análise sociológica do perfil dos demandantes revela aspectos cruciais sobre as desigualdades no acesso à justiça em saúde. Os estudos empíricos demonstram consistentemente que a maioria dos demandantes possui características socioeconômicas privilegiadas em relação à média da população usuária do SUS. Biehl et al. (2012) encontraram que 63% dos demandantes possuíam advogados privados, 47% tinham renda familiar superior a cinco salários-mínimos, e 53% residiam na capital ou região metropolitana.

Dito perfil sugere que a judicialização pode estar reproduzindo, em vez de reduzindo, as desigualdades sociais em saúde. Populações mais vulneráveis têm menor acesso aos mecanismos judiciais devido a fatores como menor conhecimento sobre direitos, dificuldades para contratar advogados, distância dos fóruns judiciais, e menor capital social para articular demandas complexas.

Nesse cenário, é possível observar que os efeitos da judicialização sobre a equidade e sustentabilidade do SUS são complexos e contraditórios. Por um lado, constitui mecanismo importante de accountability que pode melhorar a responsividade do sistema às necessidades individuais. Quando o sistema falha em fornecer medicamentos já incorporados, a intervenção judicial pode corrigir estas falhas e garantir acesso a direitos legalmente estabelecidos. Como observa Ventura et al. (2010), "a judicialização seria benéfica por constituir um meio para garantir o direito à saúde e induzir melhora na resposta do Estado".

Por outro lado, a concessão judicial de medicamentos não incorporados ao SUS pode comprometer a equidade ao beneficiar indivíduos com maior capacidade de acesso ao sistema judiciário em detrimento de políticas coletivas baseadas em evidências científicas. Como argumenta relatório do INSPER (2019), "embora o Judiciário promova esse direito quando o Estado falha em

assegurar o acesso a medicamentos incorporados ao SUS, ele compromete o acesso a medicamentos da população com as determinações de aquisição de produtos não incorporados".

A pressão judicial para incorporação de tecnologias pode distorcer as prioridades do sistema, direcionando recursos para tecnologias de alto custo que beneficiam poucos indivíduos em detrimento de intervenções de maior impacto populacional. Isto é particularmente problemático em contexto de recursos limitados, onde cada real gasto com medicamentos judicializados deixa de ser investido em atenção básica, prevenção, ou outras ações de maior impacto coletivo.

A perspectiva crítica sobre a judicialização sugere que este fenômeno deve ser compreendido como sintoma de problemas mais profundos. Como destaca Santos (2017), "a judicialização não pode ser analisada isoladamente, mas como parte de contexto mais amplo de fragilidades na garantia de direitos sociais". Três dimensões principais emergem desta análise: a judicialização revela falhas sistêmicas na gestão e organização dos serviços; expõe tensões entre a lógica universalista do SUS e pressões por individualização dos tratamentos; e demonstra limitações dos mecanismos tradicionais de participação social em responder adequadamente às demandas da população.

O enfrentamento adequado da judicialização requer estratégias que combinem diálogo institucional entre os Poderes da República e reformas estruturais no sistema de saúde. O Supremo Tribunal Federal, em 2024, fixou teses importantes em regime de repercussão geral, no Tema 6, que trata do dever do Estado de fornecer medicamento de alto custo a portador de doença grave que não possui condições financeiras para comprá-lo e no Tema 1234, que define a legitimidade passiva da União e competência da Justiça Federal, nas demandas que versam sobre fornecimento de medicamentos registrados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, mas não padronizados no Sistema Único de Saúde – SUS.

Estas teses representam mudança paradigmática ao estabelecer critérios objetivos para concessão judicial de medicamentos não incorporados, potencialmente reduzindo a discricionariedade judicial e promovendo maior uniformidade nas decisões. No entanto, a implementação efetiva requer complementação através de reformas estruturais: fortalecimento da avaliação de tecnologias em saúde para agilizar incorporação de novos medicamentos; melhoria dos sistemas de informação para monitoramento; capacitação dos profissionais para uso racional de tecnologias; e fortalecimento da regulação do mercado farmacêutico.

A experiência do Núcleo de Apoio Técnico do Judiciário (NATJUS) demonstra o potencial do diálogo interprofissional para qualificar decisões judiciais. Criado em 2009 e presente em todos os Tribunais, o NATJUS oferece subsídios técnicos aos magistrados, incluindo pareceres sobre

efetividade de medicamentos, análise de alternativas disponíveis no SUS, e orientações sobre protocolos clínicos.

Em uma abordagem crítica e conclusiva deste estudo, impositivo observar que o fortalecimento da atenção primária emerge como estratégia prioritária para reduzir demanda por serviços especializados. A experiência internacional demonstra que sistemas com atenção primária robusta apresentam melhores resultados, maior satisfação e menor pressão sobre serviços especializados (STARFIELD, 2002).

A abordagem territorial e dos determinantes sociais constitui dimensão fundamental, requerendo políticas intersetoriais que articulem ações de saúde com educação, habitação, saneamento e outras áreas. Assim, a participação social qualificada requer não apenas fortalecimento dos conselhos existentes, mas criação de espaços inovadores de diálogo entre gestores, profissionais e usuários.

Finalmente, a incorporação da abordagem das capacidades na avaliação de políticas oferece framework normativo valioso para superar limitações das abordagens tradicionais. Esta perspectiva crítica enfatiza a necessidade de avaliar se as políticas públicas estão efetivamente ampliando as capacidades das pessoas para alcançar funcionamentos relacionados à saúde que valorizam, requerendo atenção às dimensões relacionais, culturais e sociais do cuidado.

## **Considerações Finais**

A análise desenvolvida neste artigo permite concluir que o acesso à saúde, enquanto direito humano fundamental, permanece como desafio complexo que transcende a dimensão normativa, envolvendo questões estruturais que demandam abordagem integrada e transformadora. A trajetória examinada revela que a construção da saúde como direito universal resulta de processo de lutas sociais que culminou no reconhecimento contemporâneo da saúde como condição fundamental para a dignidade humana.

A teoria das capacidades de Amartya Sen e Martha Nussbaum oferece contribuição fundamental para repensar a saúde como dimensão do desenvolvimento humano, superando limitações das perspectivas utilitaristas ao focar nas capacidades efetivas das pessoas para alcançar funcionamentos relacionados à saúde que valorizam. Esta perspectiva enfatiza a importância não apenas de garantir acesso formal aos serviços, mas de criar condições para que as pessoas possam efetivamente utilizá-los de forma autônoma e dignificada.

A análise das políticas públicas de saúde revela a complexidade dos processos de

formulação, implementação e avaliação de intervenções que visam garantir o direito à saúde. A efetividade destas políticas depende não apenas de recursos financeiros adequados, mas de capacidade institucional, coordenação intersetorial, participação social qualificada, e compromisso político sustentado com a redução das desigualdades. A experiência brasileira e internacional demonstra que políticas interssetoriais que atuam sobre determinantes sociais podem ter impactos significativos, especialmente quando combinam transferências de renda, investimentos em educação e saúde, e melhorias nas condições de vida.

O Sistema Único de Saúde evidencia tanto as potencialidades quanto os desafios da construção de sistemas universais em países com enormes desigualdades sociais. Os avanços alcançados são notáveis: universalização do acesso, estruturação de ampla rede de atenção básica, programas de referência mundial e capacidade de resposta a emergências. Estes avanços posicionam o Brasil entre os países que conseguiram implementar sistemas verdadeiramente universais.

Contudo, os desafios persistentes revelam limitações estruturais que comprometem a capacidade de garantir acesso universal com qualidade. O subfinanciamento crônico, as desigualdades regionais e a gestão ineficiente em muitos contextos refletem disparidades socioeconômicas mais amplas. A concorrência com o setor privado cria tensões adicionais que podem comprometer a sustentabilidade do sistema público.

Assim, a judicialização da saúde emerge como fenômeno que ilustra exemplarmente as tensões entre direitos garantidos e efetivação prática. O presente estudo revela que este fenômeno não pode ser compreendido apenas como problema técnico ou jurídico, mas como manifestação de contradições mais profundas do sistema de saúde e da sociedade. Por um lado, constitui mecanismo importante de accountability; por outro, pode reproduzir desigualdades ao beneficiar grupos com maior capacidade de acesso ao sistema judicial.

Em perspectiva crítica, evidencia-se que respostas efetivas à judicialização requerem transformações estruturais que vão além de medidas pontuais para racionalizar decisões judiciais. Logo, imprescindível fortalecer a capacidade de gestão, acelerar processos de incorporação de tecnologias, ampliar mecanismos democráticos de participação, e abordar determinantes sociais que geram demandas diferenciadas.

As cogitadas diretrizes enfatizam a necessidade de abordagem integrada que combine fortalecimento da atenção primária, desenvolvimento de políticas interssetoriais, qualificação da participação social, incorporação da abordagem das capacidades, e promoção de coordenação efetiva entre diferentes setores e níveis de governo.

Não se pode olvidar que a abordagem das capacidades oferece contribuição valiosa ao

ênfatizar que o objetivo das políticas deve ser ampliar as capacidades efetivas das pessoas para alcançar funcionamentos relacionados à saúde que valorizam. Esta perspectiva requer atenção às dimensões relacionais, culturais e sociais do cuidado, reconhecendo que diferentes pessoas podem precisar de diferentes tipos de recursos para alcançar os mesmos resultados.

Outrossim, a análise dos determinantes sociais revela que as desigualdades em saúde não resultam apenas de diferenças individuais, mas refletem desigualdades estruturais na distribuição de poder, recursos e oportunidades que podem ser modificadas através de políticas públicas adequadas. Esta constatação confere responsabilidade ética fundamental ao Estado e à sociedade para atuar sobre estas condições estruturais.

O momento atual oferece oportunidades importantes para renovar o compromisso nacional com a efetivação do direito à saúde. Isso porque a pandemia de COVID-19 demonstrou tanto a importância dos sistemas públicos para a segurança coletiva quanto as consequências das desigualdades sociais. Tal experiência evidenciou a capacidade técnica do SUS quando há compromisso político e recursos adequados.

Indene de dúvida que a construção de sistema verdadeiramente universal e equitativo requer reconhecimento de que a saúde é questão eminentemente política que envolve escolhas sobre o tipo de sociedade que queremos construir. A defesa do SUS e a luta pela efetivação do direito à saúde constituem parte de projeto mais amplo de construção de sociedade democrática, justa e solidária.

Logo, a saúde não pode ser vista apenas como objetivo setorial, mas como condição transversal que permeia todas as dimensões da vida social e política. Com efeito, a construção de sociedade saudável requer transformações estruturais que incluem redução das desigualdades sociais, fortalecimento da democracia participativa, promoção da sustentabilidade ambiental, e consolidação de cultura de direitos humanos.

Em suma, a garantia efetiva do direito à saúde no Brasil requer articulação constante entre conhecimento científico, participação democrática e compromisso político genuíno com a justiça social. O SUS representa conquista histórica que deve ser defendida e aprimorada com unhas e dentes, mas sua consolidação depende de renovação constante do pacto social que o sustenta e de capacidade para adaptar-se aos desafios contemporâneos sem jamais abrir mão de seus princípios fundacionais.

A perspectiva de direitos humanos oferece horizonte normativo fundamental, ênfatizando que todas as pessoas têm direito a condições que lhes permitam viver vidas saudáveis e dignas. Cediço que a efetivação deste direito constitui responsabilidade compartilhada que exige

engajamento ativo de todos os setores da sociedade na construção de futuro mais justo.

Portanto, o caminho para a efetivação plena do direito à saúde é, sem dúvida, longo e desafiador, mas os avanços já alcançados, especialmente pelos recentes julgamentos do STF em repercussão geral, demonstram que transformações significativas são possíveis quando há vontade institucional, mobilização social e compromisso ético de cumprir o fundamento constitucional da dignidade humana. A continuidade deste processo exige o cumprimento do objetivo de construir uma sociedade livre, justa e solidária, com acesso para todos.

## Referências

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS (ABTO). **Registro Brasileiro de Transplantes**: estatística de transplantes no Brasil. São Paulo: ABTO, 2020.

AVRITZER, Leonardo. **Participatory institutions in democratic Brazil**. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2009.

BAHIA, Ligia. Planos privados de saúde: luzes e sombras no debate setorial dos anos 90. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 329-339, 2001.

BIEHL, João et al. Between the court and the clinic: lawsuits for medicines and the right to health in Brazil. **Health and Human Rights**, Boston, v. 14, n. 1, p. 36-52, 2012.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990. Seção 1, p. 18055.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 dez. 1990. Seção 1, p. 25694.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Mais Médicos: um programa brasileiro**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cobertura da Atenção Básica no Brasil**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Imunizações: 50 anos**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Brasil Saudável: Unir para cuidar**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/brasil-saudavel>. Acesso em: 15 nov. 2024.

CARRAPATO, Pedro; CORREIA, Pedro; GARCIA, Bruno. Determinante da saúde no Brasil: a procura da equidade na saúde. **Saúde & Sociedade**, São Paulo, v. 26, n. 3, p. 676-689, jul./set. 2017.

COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE (CNDSS). **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **Demografia Médica no Brasil 2020**. São Paulo: CFM, 2020.
- CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA (CNJ). **Painel de acompanhamento dos processos de judicialização da saúde**. Brasília, DF: CNJ, 2021.
- FERRAZ, Octavio Luiz Motta. **Health as a human right: the politics and judicialisation of health in Brazil**. New York: Cambridge University Press, 2020.
- FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder**. Organização e tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Paz & Terra, 2014.
- HONE, Thomas et al. Large reductions in amenable mortality associated with Brazil's primary care expansion and the more doctors programme: a longitudinal ecological study. **Journal of Epidemiology & Community Health**, London, v. 74, n. 2, p. 103-110, 2020.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa Nacional de Saúde 2019: acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências**. Rio de Janeiro: IBGE, 2020.
- INSTITUTO DE ENSINO E PESQUISA (INSPER). **Judicialização da saúde no Brasil: perfil das demandas, causas e propostas de solução**. Brasília, DF: Conselho Nacional de Justiça, 2019.
- MATTOS, Ruben Araújo de. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/Abrasco, 2004. p. 39-64.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Painel de Monitoramento da Judicialização**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/gestao-do-sus/programas-e-politicas/judicializacao>. Acesso em: 10 nov. 2024.
- NAÇÕES UNIDAS. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. Paris: Assembleia Geral das Nações Unidas, 1948.
- NAÇÕES UNIDAS. **Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais**. Nova York: Assembleia Geral das Nações Unidas, 1966.
- NUSSBAUM, Martha C. **Fronteiras da justiça: deficiência, nacionalidade, pertencimento a espécie**. Tradução de Susana de Castro. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2013.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Constituição da Organização Mundial da Saúde**. Nova York: OMS, 1948.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE; UNICEF. **Declaração de Alma-Ata sobre Cuidados Primários de Saúde**. Alma-Ata: OMS/UNICEF, 1978.
- ORGANIZAÇÃO PARA A COOPERAÇÃO E DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO (OCDE). **Health at a Glance 2021: OECD indicators**. Paris: OECD Publishing, 2021.
- PAIM, Jairnilson Silva. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1723-1728, jun. 2018.
- PORTO, Rosane Teresinha Carvalho; STURZA, Janaína Machado; GRIEBLER, Jaqueline Beatriz (Orgs.) **Direitos Humanos: Políticas Públicas & acesso à Justiça** [recurso eletrônico] / Rosane Teresinha Carvalho Porto; Janaína Machado Sturza; Jaqueline Beatriz Griebler (Orgs.) -- Porto Alegre, RS: Editora Fi, 2021. Disponível em: [https://www.mpba.mp.br/sites/default/files/biblioteca/direitos-humanos/direitos\\_humanos\\_stricto\\_sensu/livro\\_direitos\\_humanos\\_politicas\\_publicas\\_e\\_acesso\\_a\\_justica.pdf](https://www.mpba.mp.br/sites/default/files/biblioteca/direitos-humanos/direitos_humanos_stricto_sensu/livro_direitos_humanos_politicas_publicas_e_acesso_a_justica.pdf). Acesso em: 18 jul 2025.

PORTO, Rosane Teresinha Carvalho. **Fraternidade e Cultura da Paz nas Soluções Adequadas de Conflitos: interlocuções necessárias para efetividade do Acesso à Justiça**. In: Biopolítica e direitos humanos: entre desigualdades e resistências [recurso Eletrônico] / Janaína Machado Sturza, Joice Graciele Nielsson, Maiquel Ângelo Dezordi Wermuth, organizadores - Santa Cruz do Sul: Essere nel Mondo, 2020, p. 139-150.

RASELLA, Davide et al. Effect of a conditional cash transfer programme on childhood mortality: a nationwide analysis of Brazilian municipalities. **The Lancet**, London, v. 382, n. 9886, p. 57-64, 2013.

RECEITA FEDERAL DO BRASIL. **Demonstrativo dos gastos tributários: bases efetivas 2019**. Brasília, DF: RFB, 2021.

SANTOS, Lenir. Judicialização da saúde e a incompreensão do SUS. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 112, p. 5-13, jan./mar. 2017.

SCHMIDT, João Pedro. Para estudar políticas públicas: aspectos conceituais, metodológicos e abordagens teóricas. **Revista do Direito**, Santa Cruz do Sul, v. 3, n. 56, p. 119-149, 2018.

SEN, Amartya. **Desenvolvimento como liberdade**. Tradução de Laura Teixeira Motta. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.

SILVA, Wesley Roberto Mariano da. **O papel do Judiciário no processo de formação de políticas públicas**. ANO XXIX, n. 49, 2º Sem. 2023. p. 35-52. e-INSS 2764-5185 Disponível em: <file:///C:/Users/wrmsilva/Downloads/1448-Texto%20do%20artigo-3897-1-10-20230715-5.pdf>. Acesso em 23 jul. 2025.

SILVA, Wesley Roberto Mariano da. **Implementação de políticas públicas de saúde pelo judiciário e o impacto nas contas do estado de Goiás**. *Novos Direitos* v.10, n.1, jan.- jun. 2023, p.50-73 ISSN: 2447 – 1631. Disponível em: <https://revistas.unifan.edu.br/index.php/RevistaICJ/article/view/1071>. Acesso em 23 jul. 2025.

STARFIELD, Barbara. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília, DF: UNESCO/Ministério da Saúde, 2002.

VENTURA, Miriam et al. Judicialização da saúde, acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 77-100, 2010.