

CENTRO UNIVERSITÁRIO ALVES FARIA
MESTRADO EM DESENVOLVIMENTO REGIONAL (MDR)

LUCIANA GIACOMINI VENTRESCHI VIEIRA

**Direito à saúde, justiça e desenvolvimento em Goiás: uma pesquisa empírica a partir da
judicialização**

GOIÂNIA
2026

CENTRO UNIVERSITÁRIO ALVES FARIA
MESTRADO EM DESENVOLVIMENTO REGIONAL (MDR)
LUCIANA GIACOMINI VENTRESCHI VIEIRA

**Direito à saúde, justiça e desenvolvimento em Goiás: uma pesquisa empírica a partir da
judicialização**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Desenvolvimento Regional do Centro Universitário Alves Faria, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Desenvolvimento Regional.

Linha de pesquisa: Políticas Públicas, Arranjos Produtivos, Cidades Inteligentes e Sustentáveis

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Cintia Neves Godoi

GOIÂNIA
2026

Catálogo na fonte: Biblioteca UNIALFA

V658d

Vieira, Luciana Giacomini Ventreschi.

Direito à saúde, justiça e desenvolvimento em Goiás : uma pesquisa empírica a partir da judicialização. / Luciana Giacomini Ventreschi Vieira. – 2026.

112 f.: il. 30cm.

Orientadora: Prof. Dr. Cintia Neves Godoi.

Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional, Centro Universitário Alves Faria (UNIALFA) – Goiânia, 2026.

1. Judicialização da saúde. 2. Sistema Único de Saúde (SUS). 3. Políticas públicas. 4. Acesso à saúde. I. Godoi, Cintia Neves. II. UNIALFA. III. Título.

CDU: 347.95:614.2(817.3)

AGRADECIMENTOS

A Deus, por me conceder força, sabedoria e serenidade ao longo desta jornada. Por iluminar meu caminho nos momentos de incerteza e me permitir chegar até aqui com fé e gratidão.

A minha orientadora, pela orientação competente, pelas valiosas contribuições e pela confiança depositada em meu trabalho. Sua dedicação e disponibilidade foram fundamentais para o desenvolvimento desta pesquisa.

Aos meus colegas de curso, pela parceria, amizade e troca de experiências ao longo desses anos. Compartilhar essa caminhada com vocês tornou o curso mais leve e enriquecedor.

A todos que, de alguma forma, contribuíram para a realização deste mestrado, deixo o meu sincero agradecimento.

RESUMO

A judicialização da saúde no Brasil tem provocado efeitos significativos sobre a formulação e a execução das políticas públicas, sobretudo no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). O presente trabalho examina as implicações desse fenômeno e sua relação com a discussão acerca do tema desenvolvimento, com foco na alocação de recursos públicos e no acesso à saúde, tomando como recorte empírico o Estado de Goiás e considerando as repercussões sobre a governança interfederativa e a equidade territorial. Como objetivos específicos o trabalho apresenta analisar a judicialização da saúde à luz do marco constitucional e normativo brasileiro; identificar seus efeitos financeiros, administrativos e orçamentários sobre a política pública de saúde; e discutir suas implicações para a equidade no acesso e para o desenvolvimento regional. Adotando uma abordagem qualitativa e fundamentando-se em análise qualitativa, com levantamento de referencial teórico e conceitual acerca da discussão sobre desenvolvimento, com base em autores como Amartya Sen e Jeffrey Sachs, bem como análise documental de materiais vinculados à Agenda 2030, atual agenda do desenvolvimento e dados acerca do acesso à saúde, a pesquisa mobiliza evidências empíricas que revelam o impacto da atuação judicial sobre o planejamento e a gestão compartilhada da saúde entre os entes federativos, com base em documentos oficiais e bases de dados de instituições como Conselho Nacional de Justiça (CNJ), Tribunal de Contas da União (TCU), Ministério da Saúde, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e organismos internacionais. A partir de um referencial teórico que integra discussões sobre políticas públicas e desenvolvimento, demonstra-se que a judicialização, embora legitime o direito individual à saúde, frequentemente desestabiliza a racionalidade orçamentária e o acesso a bens e serviços essenciais. Desta maneira a pergunta central do trabalho é: de que maneira as decisões judiciais que determinam o fornecimento de tratamentos específicos impactam o planejamento da política pública de saúde, a alocação orçamentária e a equidade no acesso, e quais são os efeitos dessa dinâmica sobre a justiça social e o desenvolvimento regional. A análise evidenciou diversos desafios como a necessidade de fortalecer mecanismos de coordenação interfederativa, reestruturar a atenção primária e qualificar os núcleos técnicos de apoio ao Judiciário, como possibilidades a serem levadas em consideração para mitigar os efeitos negativos da judicialização, especialmente no que se refere às demandas por medicamentos e procedimentos de alto custo e às pressões sobre a programação orçamentária do sistema de saúde. Concluiu-se que o direito à saúde, para cumprir seu papel estruturante no desenvolvimento, deve ser tratado como política pública coletiva, baseada em planejamento, financiamento adequado e articulação interinstitucional. A superação das distorções atuais passa pela transformação da lógica fragmentada de atendimento judicial em uma lógica cooperativa de gestão democrática e integrada ao SUS, capaz de conciliar a proteção do direito individual com a sustentabilidade das políticas públicas e os objetivos de desenvolvimento.

Palavras-chave: Judicialização da saúde. Sistema Único de Saúde (SUS). Políticas públicas e desenvolvimento. Planejamento orçamentário em saúde. Acesso à saúde.

ABSTRACT

Health judicialization in Brazil has produced significant effects on the formulation and implementation of public policies, particularly within the scope of the Unified Health System (SUS). This study examines the implications of this phenomenon and its relationship with the debate on development, focusing on the allocation of public resources and access to healthcare, taking the State of Goiás as an empirical case and considering its repercussions for intergovernmental governance and territorial equity. The specific objectives are to analyze health judicialization in light of the Brazilian constitutional and legal framework; identify its financial, administrative, and budgetary effects on public health policy; and discuss its implications for equity in access and regional development. Adopting a qualitative approach grounded in qualitative analysis, with a review of theoretical and conceptual literature on development, as well as documentary analysis of materials related to the 2030 Agenda — the current global development agenda — and data on access to healthcare, the research mobilizes empirical evidence that reveals the impact of judicial action on planning and shared health management among federative entities. The analysis is based on official documents and databases from institutions such as the National Council of Justice (CNJ), the Federal Court of Accounts (TCU), the Ministry of Health, the Brazilian Institute of Geography and Statistics (IBGE), and international organizations. Drawing on a theoretical framework that integrates discussions on public policies and development, the study demonstrates that judicialization, while legitimizing the individual right to health, often destabilizes budgetary rationality and access to essential goods and services. The central research question is: how do judicial decisions that mandate the provision of specific treatments affect public health policy planning, budget allocation, and equity in access, and what are the effects of this dynamic on social justice and regional development? The analysis identified several challenges, including the need to strengthen intergovernmental coordination mechanisms, restructure primary healthcare, and enhance the technical advisory bodies that support the Judiciary, as measures to mitigate the negative effects of judicialization, particularly regarding demands for high-cost medications and procedures and the pressures they place on health system budgeting. It is concluded that the right to health, in order to fulfill its structuring role in development, must be treated as a collective public policy grounded in planning, adequate financing, and interinstitutional coordination. Overcoming current distortions requires transforming the fragmented logic of judicial responses into a cooperative logic of democratic governance integrated with the SUS, capable of reconciling the protection of individual rights with the sustainability of public policies and development objectives.

Keywords: health judicialization; Unified Health System (SUS); public policy and development; health budget planning; access to health.

FIGURAS

Figura 1: Evolução da quantidade de novos processos judiciais na área da saúde	
.....	53

QUADROS

Quadro 1- Evolução histórica dos conceitos de desenvolvimento	19
Quadro 2– Principais metas do ODS 3 (Saúde e Bem-Estar)	25
Quadro 3– Proporção de médicos por 1.000 habitantes por região (2023)	26
Quadro 4: Os 17 Objetivos do Desenvolvimento Sustentável	28
Quadro 5– Políticas públicas de saúde e indicadores de execução (Brasil, 2023–2024)	31
Quadro 6– Indicadores regionais de acesso e infraestrutura de saúde (2023)	37
Quadro 7– Categorias mais frequentes de judicialização no Brasil	42
Quadro 8– Políticas públicas para mitigar os impactos da judicialização da saúde	56
Quadro 9: Principais referências bibliográficas centrais que fundamentam a pesquisa	62
Quadro 10: Marcos jurídicos e normativos relacionados ao SUS	64
Quadro 11: Documentos e painéis relacionados à judicialização e impactos orçamentários	64
Quadro 12– Documentos relacionados a políticas públicas e acesso à justiça	65
Quadro 13: Indicadores setoriais e referenciais internacionais	65
Quadro 14: Indicadores de saúde e repercussões para o desenvolvimento regional	78
Quadro 15 : Judicialização da saúde e efeitos territoriais e fiscais sobre o desenvolvimento regional	88
Quadro 16: Marcos normativos da política judicial de saúde e do apoio técnico (NATJus e e-NatJus)	90
Quadro 17: Indicadores operacionais do e-NatJus (produção e acervo de notas técnicas)	91
Quadro 18: NATJus e e-NatJus, contribuição institucional e limites estruturais em cenário de desigualdade regional	92
Quadro 19: Referências internacionais de governança em saúde e mediação de conflitos distributivos	94

TABELAS

Tabela 1: Cobertura da Atenção Primária à Saúde (APS) Brasil, Região Centro-Oeste e Estado de Goiás, 2023	69
Tabela 2 :Cobertura estimada da Estratégia Saúde da Família (ESF) Brasil e Estado de Goiás, 2020	70
Tabela 3 :Estabelecimentos de saúde no Estado de Goiás Rede pública e privada, 2023	71
Tabela 4 : Leitos hospitalares e médicos no Estado de Goiás Indicadores selecionados, 2023	72
Tabela 5 :Leitos hospitalares por 1.000 habitantes	73
Tabela 6: Médicos por 1.000 habitantes Brasil e Estado de Goiás, 2023	74
Tabela 7: Indicadores socioeconômicos selecionados Estado de Goiás, dados mais recentes disponíveis	74
Tabela 8 : Evolução do número de ações judiciais em saúde no Brasil	81
Tabela 9 : Perfil das demandas judiciais em saúde no Brasil	81
Tabela 10 : Distribuição das ações judiciais em saúde por sistema (2020–2024)	82
Tabela 11 : Participação da judicialização nos gastos com medicamentos (2023)	83
Tabela 12 : Municípios com gastos com medicamentos decorrentes de decisões judiciais	85
Tabela 13: Indicadores setoriais selecionados, Brasil e referência OCDE	93

LISTA DE ABREVIATURAS SIGLAS

AMB – Associação Médica Brasileira

APS – Atenção Primária à Saúde

CEPAL – Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CNJ – Conselho Nacional de Justiça

DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

ESF – Estratégia Saúde da Família

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano

IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

MS – Ministério da Saúde

NATJus – Núcleo de Apoio Técnico ao Judiciário

ODS – Objetivos de Desenvolvimento Sustentável

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

PMAQ-AB – Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PNI – Programa Nacional de Imunizações

PNVS – Política Nacional de Vigilância em Saúde

PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

RENAME – Relação Nacional de Medicamentos Essenciais

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SIM – Sistema de Informações sobre Mortalidade

STF – Supremo Tribunal Federal

SUS – Sistema Único de Saúde

SVS – Secretaria de Vigilância em Saúde

TCU – Tribunal de Contas da União

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	13
CAPÍTULO 1 – DESENVOLVIMENTO E ACESSO À SAÚDE	16
1.1 CONCEITOS E DEFINIÇÕES DE DESENVOLVIMENTO	16
1.2 O DESENVOLVIMENTO COMO ACESSO A DIREITOS FUNDAMENTAIS	20
1.3 A ATUAL AGENDA DE DESENVOLVIMENTO E O ACESSO À SAÚDE	23
1.3.1 A Agenda 2030 e o ODS 3: Saúde e Bem-Estar como Prioridade Global	23
1.3.2 Políticas Públicas de Saúde no Brasil: Avanços, Desigualdades e Judicialização	31
1.3.3 Desenvolvimento e Acesso à Saúde: Desafios para a Equidade Territorial	34
CAPÍTULO 2 – JUDICIALIZAÇÃO E SAÚDE	39
2.1 CONCEITOS E DEFINIÇÕES DE JUDICIALIZAÇÃO	40
2.2 A JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL	43
2.2.1 Saúde como Direito Fundamental	44
2.2.2 Judicialização da Saúde	48
2.3 JUDICIALIZAÇÃO E AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE	54
2.4 O IMPACTO DA JUDICIALIZAÇÃO NO SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE	57
CAPÍTULO 3 - METODOLOGIA	61
3.1 FUNDAMENTOS METODOLÓGICOS E REFERENCIAIS BIBLIOGRÁFICOS	62
Quadro 9: Principais referências bibliográficas centrais que fundamentam a pesquisa	63
3.2 CORPUS EMPÍRICO	64
CAPÍTULO 4 - RESULTADOS E ANÁLISE	67
4.1 ESTRUTURA DO SUS E DESIGUALDADES TERRITORIAIS	68
4.1.1 Cobertura da atenção básica e distribuição de serviços de saúde	69
4.1.2 Desigualdades regionais e assimetrias estruturais	73
4.1.3 Repercussões dessas desigualdades para o desenvolvimento regional	76
4.2 JUDICIALIZAÇÃO E IMPACTOS ORÇAMENTÁRIOS	79
4.2.1 Evolução e perfil das ações judiciais em saúde	80
4.2.2 Custos e execução orçamentária decorrentes de decisões judiciais	83

4.2.3 Efeitos territoriais e fiscais da judicialização no desenvolvimento regional	86
4.3 POLÍTICAS PÚBLICAS E INSTRUMENTOS DE APOIO TÉCNICO NO JUDICIÁRIO	90
4.4 INDICADORES SETORIAIS E REFERÊNCIAS INTERNACIONAIS	94
4.5 LEITURA INTEGRADA DOS RESULTADOS	96
CONSIDERAÇÕES FINAIS	99
REFERÊNCIAS	102
ANEXOS	112
ANEXO A – Comprovante de publicação de artigo científico	112

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS), concebido como política pública universal, integral e equitativa, representa uma das conquistas mais complexas do pacto constitucional de 1988. Ao consagrar o direito à saúde como dever do Estado e prerrogativa de todos, o ordenamento jurídico brasileiro inaugurou uma agenda de obrigações institucionais cuja efetivação necessita de múltiplas dimensões: financiamento estável, gestão federativa articulada, equidade territorial e políticas públicas contínuas.

No Brasil há persistência de desigualdades regionais, a assimetria na oferta de serviços e a baixa capacidade instalada em municípios de pequeno porte impõem desafios significativos à concretização plena desse direito. É nesse contexto que a judicialização da saúde tem se expandido, frequentemente acionada como via de acesso à atenção médica, mas também como evidência das lacunas estruturais da política para o pleno funcionamento do SUS.

O fenômeno da judicialização da saúde sobretudo no que se refere à demanda por medicamentos de alto custo e procedimentos fora do rol do SUS tem implicado tensões entre a garantia de direitos individuais e a dinâmica das estruturas políticas para funcionamento do sistema público de saúde.

Desta maneira se questiona: De que maneira as decisões judiciais que determinam o fornecimento de tratamentos específicos impactam o planejamento da política pública de saúde, a alocação orçamentária e a equidade no acesso, e quais são os efeitos dessa dinâmica sobre a justiça e o desenvolvimento regional no Estado de Goiás?

Para responder este questionamento, partiu-se da hipótese de que as decisões judiciais que determinam o fornecimento individualizado de tratamentos em saúde, embora constituam instrumento legítimo de efetivação do direito fundamental à saúde, tendem a produzir efeitos tensionadores sobre o planejamento coletivo da política pública, a alocação orçamentária e a equidade no acesso, com repercussões sobre a justiça social e o desenvolvimento regional no Estado de Goiás.

Nesse contexto, o trabalho se organizou, tendo como objetivos específicos, analisar a judicialização da saúde à luz do marco constitucional e normativo brasileiro; identificar seus efeitos financeiros, administrativos e orçamentários sobre a política pública de saúde; e discutir suas implicações para a equidade no acesso e para o desenvolvimento regional; e como objetivo central, analisar a judicialização da saúde em Goiás, com foco na alocação dos recursos públicos e na governança interfederativa, a partir da análise empírica da atuação do Poder Judiciário estadual. Para tanto, examinou-se o fenômeno da judicialização da saúde à luz do marco normativo brasileiro e dos princípios constitucionais que estruturam a política pública de saúde, identificou-se os efeitos financeiros, administrativos e orçamentários desse processo para estados e municípios, com ênfase no contexto goiano, de modo a identificar seus impactos sobre a política pública de saúde e o desenvolvimento. Por fim, discutiu-se as implicações dessa dinâmica para a equidade no acesso, a justiça social e o desenvolvimento, buscando articular os achados empíricos com o debate teórico sobre direito à saúde, justiça e desenvolvimento.

A pertinência do tema se evidencia tanto pela relevância social da saúde enquanto direito fundamental, quanto pela urgência de rever os mecanismos de articulação entre os Poderes e os entes federativos na garantia desse direito. O aumento expressivo das demandas judiciais em saúde nos últimos anos expõe não apenas a fragilidade dos canais administrativos de resposta às necessidades da população, mas também os limites da capacidade institucional dos gestores públicos diante de um cenário de judicialização crescente. Ao tratar da intersecção entre direito à saúde e racionalidade pública, o presente estudo busca contribuir para uma compreensão do fenômeno, oferecendo subsídios em busca de soluções mais equitativas.

A pesquisa adotou abordagem qualitativa, com base em análise documental e revisão bibliográfica. O referencial teórico ancora-se em autores que tratam da judicialização da saúde e do desenvolvimento, como Sarlet (2007), Aith (2014), Veiga (2010), Ribeiro (2002), Prado (2015), Acemoglu e Robinson (2012) e Vieira (2023). O corpus empírico é composto por relatórios oficiais e bases de dados de instituições como o Tribunal de Contas da União (TCU), o Conselho Nacional de Justiça (CNJ), o Ministério da Saúde (MS), a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

A estrutura da dissertação foi organizada em quatro capítulos, além desta introdução e das considerações finais.

O Capítulo 1 discute o conceito de desenvolvimento em suas múltiplas dimensões,

abordando a evolução das abordagens econômicas para perspectivas centradas em direitos e sustentabilidade. Relaciona desenvolvimento com o acesso a direitos fundamentais, especialmente o direito à saúde, e situa o Brasil na agenda global dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), com ênfase no ODS 3.

O Capítulo 2 apresenta a base teórica e empírica sobre a judicialização da saúde no Brasil, com foco nos medicamentos. Analisa seus determinantes, implicações para a gestão pública e sua intersecção com o financiamento, a equidade e a efetividade das políticas e estruturas que devem atender ao SUS. O capítulo também relaciona a judicialização à governança pública e ao cumprimento das metas da Agenda 2030, evidenciando desafios para o desenvolvimento sustentável.

O Capítulo 3 detalha os procedimentos metodológicos da pesquisa, justificando a abordagem qualitativa adotada, os instrumentos de coleta de dados e os critérios de análise empírica utilizados, com ênfase no estudo de caso do estado de Goiás.

O Capítulo 4 apresenta os resultados da pesquisa, divididos em três eixos: (1) o panorama do desenvolvimento em Goiás e suas desigualdades estruturais; (2) o perfil do acesso à saúde na região estudada; (3) o comportamento da judicialização de medicamentos no estado de Goiás, suas tendências e implicações para a gestão pública.

Por fim, a conclusão sintetiza os principais achados da pesquisa, avaliando suas implicações para a formulação de políticas públicas mais equitativas e sustentáveis. Também são apresentadas recomendações práticas, contribuições teóricas e sugestões para investigações futuras que aprofundem o debate sobre o papel do Judiciário na efetivação de direitos sociais e no equilíbrio federativo.

CAPÍTULO 1 – DESENVOLVIMENTO E ACESSO À SAÚDE

Este capítulo delinhou a trajetória das concepções de desenvolvimento, partindo de marcos históricos que associaram progresso social ao crescimento econômico quantitativo até perspectivas centradas no desenvolvimento humano sustentável (Furtado, 1966; Ferreira; Raposo, 2017). A análise inicial evidenciou como a compreensão de desenvolvimento evoluiu para abarcar dimensões sociais, políticas e ambientais, sustentando a saúde como indicador essencial de bem-estar coletivo.

Em seguida, abordou-se a crítica ao modelo economicista tradicional, destacando as limitações de um enfoque restrito ao Produto Interno Bruto. Autores como Prado (2015) e Amaro (2003) defendem a inclusão de critérios de equidade, participação social e sustentabilidade, alinhando-se à visão de Sen (2010), segundo a qual o desenvolvimento deve ampliar liberdades reais, entre elas o direito à saúde.

Por fim, este capítulo examinou a materialização dessas concepções em políticas públicas. A partir da análise da Constituição Federal de 1988 e da Agenda 2030 da ONU (2015), discutem-se as estratégias de atenção primária e os sistemas de monitoramento que visam garantir o acesso universal ao SUS, mostrando como normas e programas se articulam para concretizar os direitos sociais.

1.1 CONCEITOS E DEFINIÇÕES DE DESENVOLVIMENTO

O conceito de desenvolvimento tem passado por inúmeras revisões ao longo da história, refletindo mudanças nas percepções sociais, políticas e econômicas acerca do que constitui uma sociedade avançada. Inicialmente associado ao crescimento econômico quantitativo, o desenvolvimento passou a abranger dimensões qualitativas que incluem aspectos sociais, políticos e culturais (Ferreira; Raposo, 2017). Portanto, entender

desenvolvimento hoje implica considerar múltiplos fatores e seus efeitos inter-relacionados na sociedade.

Historicamente, o desenvolvimento econômico esteve vinculado à industrialização e ao crescimento do Produto Interno Bruto (PIB). Tal concepção prevaleceu principalmente no pós-guerra, quando o crescimento econômico era visto como sinônimo direto de progresso social (Furtado, 1966). A perspectiva de Celso Furtado destaca que o subdesenvolvimento não era apenas a ausência de crescimento econômico, mas uma condição estrutural com características próprias, resultantes de um processo histórico específico.

“O subdesenvolvimento é um processo estrutural específico, ‘uma configuração que se reproduz em distintos níveis do crescimento’ e não uma fase pela qual tenham passado os países hoje considerados desenvolvidos.” (Furtado, 1966, p. 6)

Essa perspectiva tradicional começou a ser questionada nas décadas seguintes, especialmente por autores que destacaram as limitações de considerar apenas aspectos econômicos na definição de desenvolvimento. A visão crítica de Fernando Correa Prado (2015) ressalta que a ideologia do desenvolvimento econômico hegemônico ignora importantes dimensões como a sustentabilidade ambiental, a equidade social e os direitos humanos fundamentais, promovendo assim uma compreensão parcial e inadequada.

Amaro (2003) propõe renovação crítica do conceito de desenvolvimento. O foco não se limita à economia. Inclui dimensões sociais e ambientais capazes de orientar políticas públicas efetivas e inclusivas.

O conceito de Desenvolvimento, como foi renovado nos últimos 30 anos, apresenta potencialidades importantes para enquadrar aqueles desafios, na medida em que:

- é multidimensional e, portanto, integrado;
- valoriza capacidades e o ‘empowerment’, facilitando a coesão social;
- assenta na participação; permite o multiprotagonismo, e, por isso, estimula as parcerias;
- visa a interdependência ambiental;
- é multiterritorial;
- promove a diversidade.” (Amaro, 2003, p. 218)

Essa passagem evidencia claramente que, na visão de Amaro (2003), a renovação do desenvolvimento deve articular simultaneamente dimensões sociais por meio do fortalecimento de capacidades, participação cidadã e parcerias ambientais, ao reconhecer a interdependência com os ecossistemas, oferecendo assim um guia integrado para a formulação de políticas públicas inclusivas e sustentáveis.

Essas críticas se intensificaram a partir dos anos 1980, quando o conceito de

desenvolvimento humano passou a ganhar centralidade, especialmente após a criação do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) pela ONU, em 1990. O IDH reflete um entendimento ampliado de desenvolvimento, ao integrar dimensões econômicas, de saúde e educacionais. Tal avanço conceitual implicou mudanças significativas na forma como as políticas públicas passaram a ser desenhadas e avaliadas (Ferreira; Raposo, 2017). Nesse contexto, como destacam as autoras,

Postula o desenvolvimento enquanto processo multidimensional, cujo objetivo seria a satisfação das ‘necessidades’ do Homem (visão inspirada pela famosa pirâmide de Maslow), ou ainda, noutra formulação, a expansão das liberdades e direitos para realização do seu potencial (Cf. Sen, 1999). Esta última proposta – capabilities approach – tem sido a seguida pela ONU nos seus Relatórios de Desenvolvimento Humano, desde o princípio da década de 1990.” (Ferreira; Raposo, 2017, p. 113).

A noção de desenvolvimento humano trouxe à tona a importância de considerar as condições de vida e a qualidade dos serviços essenciais, incluindo saúde e educação. Essa abordagem defende que o desenvolvimento deve proporcionar um ambiente em que as pessoas possam viver vidas longas, saudáveis e criativas (Prado, 2015). Assim, o desenvolvimento passa a ser visto como expansão das liberdades fundamentais dos indivíduos, como defendido por Amartya Sen, influenciando diretamente as políticas públicas globais.

Na América Latina, as críticas ao desenvolvimentismo clássico ganham densidade nas formulações de Celso Furtado, para quem o desenvolvimento regional é chave no enfrentamento de desigualdades históricas e estruturais. Em perspectiva estrutural, Furtado (1966) sustenta que políticas regionais não se resolvem em mecanismos estritamente econômicos: exigem formação de capacidades sociais, redução de assimetrias territoriais e desenho institucional capaz de sustentar trajetórias de longo prazo.

Considerando esse enquadramento, torna-se pertinente observar a evolução dos conceitos de desenvolvimento que orientam a formulação de políticas públicas. O Quadro 1 sintetiza inflexões históricas e características centrais que reconfiguram prioridades e instrumentos de ação estatal.

A síntese evidencia a passagem de um foco centrado no produto e na industrialização para abordagens que incorporam capacidades humanas, justiça social e sustentabilidade. Nesse horizonte, a leitura estrutural de Furtado (1966) reforça que o subdesenvolvimento não corresponde a uma “etapa” transitória, mas a uma configuração que se reproduz em diferentes patamares de crescimento; por isso, políticas regionais efetivas dependem de coordenação federativa, fortalecimento institucional e mitigação de assimetrias.

Em complemento, Ribeiro (2002; 2003) problematiza leituras evolucionistas lineares do desenvolvimento, alertando para equívocos metodológicos quando se desconsidera a diversidade de trajetórias e contextos regionais. Essa discussão reorienta prioridades de política pública do investimento setorial isolado para arranjos que articulem saúde, educação e infraestrutura socioambiental e sustenta decisões mais coerentes com a complexidade territorial que condiciona a implementação.

Quadro 1- Evolução histórica dos conceitos de desenvolvimento

Período	Conceito dominante	Características centrais	Exemplos de políticas
1940–1960	Crescimento econômico (industrialização)	PIB, infraestrutura, indústria de base, visão etapista	Planos quinquenais; substituição de importações; bancos de fomento
1970–1980	Críticas ao economicismo	Inclusão de dimensões sociais; desigualdades e dependência	Programas de combate à pobreza; políticas redistributivas; enfoque regional
1990–2000	Desenvolvimento humano	Capacidades (educação, saúde), equidade	Relatórios PNUD/IDH; expansão de políticas de inclusão
2000–presente	Sustentabilidade e ODS	Integração econômica-social-ambiental; governança multiescalar	Agenda 21; ODM; Agenda 2030/ODS; pactuações interfederativas

Fonte: Elaboração própria (2025) com base em Furtado (1966); CEPAL; PNUD (1990–); Sachs (2004); ONU (2015).

A síntese evidencia a passagem de um foco centrado no produto e na industrialização para abordagens que incorporam capacidades humanas, justiça social e sustentabilidade. Nesse horizonte, a leitura estrutural de Furtado (1966) reforça que o subdesenvolvimento não corresponde a uma “etapa” transitória, mas a uma configuração que se reproduz em diferentes patamares de crescimento; por isso, políticas regionais efetivas dependem de coordenação federativa, fortalecimento institucional e mitigação de assimetrias.

Em complemento, Ribeiro (2002; 2003) problematiza leituras evolucionistas lineares do desenvolvimento, alertando para equívocos metodológicos quando se desconsidera a diversidade de trajetórias e contextos regionais. Essa discussão reorienta prioridades de política pública do investimento setorial isolado para arranjos que articulem saúde, educação e infraestrutura socioambiental e sustenta decisões mais coerentes com a complexidade territorial que condiciona a implementação..

A ‘teoria do desenvolvimento’ apresentava o desenvolvimento como um deslocamento normal, que seguia um curso natural que outros (países, regiões) já haviam seguido com sucesso, ou estavam seguindo naquele momento. A

uniformidade histórica que essa ‘teoria’ apresentava (que, adiante veremos, resultava de uma leitura eminentemente arbitrária e, na verdade, a-histórica) era condição mesma da eficácia da ideologia do desenvolvimento, criadora da crença na possibilidade do progresso material, da difusão e da inculcação dessa crença, constituindo a base para a mobilização política para o desenvolvimento.” (Ribeiro, 2007, p. 87)

Ao considerar o desenvolvimento sob uma ótica integrada e crítica, é possível compreender melhor as relações existentes entre desenvolvimento e acesso a direitos fundamentais. Esse entendimento é crucial para analisar como o acesso à saúde está diretamente relacionado às condições estruturais de desenvolvimento regional, especialmente em áreas menos favorecidas.

Assim, a definição contemporânea de desenvolvimento exige que se avance além das métricas tradicionais, considerando também os níveis de equidade, a distribuição de renda, e o acesso efetivo a serviços públicos essenciais. É dentro desse contexto ampliado que a discussão sobre desenvolvimento regional e acesso à saúde deve ser aprofundada nos próximos tópicos deste capítulo.

1.2 O DESENVOLVIMENTO COMO ACESSO A DIREITOS FUNDAMENTAIS

O desenvolvimento, em sua concepção contemporânea, transcende o simples crescimento econômico, incorporando uma ampla gama de direitos fundamentais essenciais para garantir uma vida digna e justa aos cidadãos. Nesse contexto, direitos sociais básicos, como saúde, educação, moradia digna e segurança alimentar, passam a ser centrais na avaliação qualitativa do desenvolvimento de uma nação (Sen, 2010).

“Uma concepção adequada de desenvolvimento deve ir muito além da acumulação de riqueza e do crescimento do Produto Nacional Bruto e de outras variáveis relacionadas à renda. Sem desconsiderar a importância do crescimento econômico, precisamos enxergar muito além dele.” (Sen, 2010, p. 28).

Daron Acemoglu e James Robinson (2012) destacam a importância de instituições inclusivas para o desenvolvimento das nações, argumentando que a existência de instituições políticas e econômicas que promovam a participação ampla e a distribuição equitativa de recursos é fundamental para o sucesso das sociedades. Instituições que garantem a efetivação dos direitos fundamentais são capazes de promover maior estabilidade política e econômica, resultando em desenvolvimento mais equitativo e sustentável.

“As instituições econômicas inclusivas [...] permitem e incentivam a participação da grande maioria das pessoas em atividades econômicas que fazem melhor uso de seus talentos e habilidades e permitem que cada um escolha aquilo que quer fazer. Isso

não apenas aumenta a prosperidade, mas também distribui de forma mais ampla os benefícios dessa prosperidade.” (Acemoglu; Robinson, 2012, p. 84).

Além disso, eles reforçam que:

“As instituições inclusivas propiciam distribuição equitativa de poder e recursos, estimulam a inovação, o investimento e o desenvolvimento sustentável, ao passo que as instituições extrativistas concentram poder e riqueza nas mãos de poucos, travando o desenvolvimento econômico e social.” (Acemoglu; Robinson, 2012, p. 86).

A Constituição Federal brasileira de 1988 reforça essa perspectiva, estabelecendo explicitamente o desenvolvimento nacional como um objetivo fundamental, destacando a importância de garantir condições para a plena realização dos direitos fundamentais. Bambirra e Santos Neto (2017) salientam que esse conceito jurídico indeterminado exige uma atuação concreta e contínua dos poderes públicos para sua materialização.

Nesse sentido, o jurista Ingo Wolfgang Sarlet (2007) oferece uma definição essencial para compreender o papel dos direitos fundamentais no desenvolvimento:

Direitos fundamentais são, portanto, todas aquelas proposições jurídicas concernentes às pessoas, que, do ponto de vista do direito constitucional positivo, foram, por seu conteúdo e importância (fundamentalidade em sentido material), integradas ao texto da Constituição e, portanto, retiradas da esfera de disponibilidade dos poderes constituídos (fundamentalidade formal), bem como as que, por seu conteúdo e significado, possam lhes ser equiparados, agregando-se à Constituição material, tendo (ou não) assento na Constituição formal (aqui considerando-se a abertura material do Catálogo) (Sarlet, 2007, p. 86-87).

A afirmação de Sarlet esclarece que os direitos fundamentais não são apenas declarações formais, mas devem ser protegidos e efetivados, desempenhando papel essencial na construção de uma sociedade justa e desenvolvida.

Amartya Sen (2011) complementa essa perspectiva ao defender que o desenvolvimento deve ser visto como um processo de expansão das liberdades reais dos indivíduos. Essas liberdades incluem desde o acesso a serviços básicos de qualidade até a possibilidade de participação plena nos processos democráticos, permitindo que as pessoas exerçam seus direitos fundamentais de maneira concreta e efetiva.

“A perspectiva do desenvolvimento como expansão das liberdades humanas reais, que as pessoas valorizam e têm razões para valorizar, é uma abordagem que se concentra nas capacidades que as pessoas têm de viver a vida que consideram valiosa.” (Sen, 2011, p. 259).

Além disso, Sen reforça que:

“A liberdade está no centro do processo de desenvolvimento. O desenvolvimento requer a remoção das principais fontes de privação de liberdade: pobreza e tirania,

ausência de oportunidades econômicas, privação social sistemática, negligência dos serviços públicos e intolerância ou interferência excessiva de Estados repressivos.” (Sen, 2011, p. 260).

Neste sentido, José Eli da Veiga (2010) argumenta que o desenvolvimento sustentável implica a garantia dos direitos fundamentais para as gerações presentes sem comprometer as condições de vida das gerações futuras, enfatizando que a sustentabilidade deve estar intrinsecamente relacionada à promoção dos direitos humanos básicos.

“A questão é sobre o que nós deixamos para as futuras gerações e se lhes deixamos suficientes recursos de todos os tipos para que possam desfrutar de oportunidades ao menos equivalentes às que tivemos.” (Veiga, 2010, p. 50).

A discussão sobre direitos fundamentais como elemento-chave do desenvolvimento também é abordada por Jeffrey Sachs (2017), que identifica a erradicação da pobreza extrema e a ampliação do acesso a direitos básicos como objetivos centrais para um desenvolvimento efetivamente sustentável. Sachs defende que políticas públicas inclusivas, capazes de reduzir desigualdades sociais e regionais, são essenciais para a promoção desses direitos.

Armando Albuquerque (2010) reforça a importância da democracia como condição indispensável para o desenvolvimento, destacando que regimes democráticos são mais propícios à proteção e à promoção dos direitos fundamentais, garantindo uma governança mais transparente, responsável e inclusiva.

Em consonância, Flávia Piovesan (2019) destaca que os direitos fundamentais, ao serem juridicamente reconhecidos e efetivamente protegidos, fortalecem o desenvolvimento das sociedades, gerando um ambiente propício à justiça social e à dignidade humana. Dessa forma, o desenvolvimento contemporâneo é essencialmente vinculado à concretização dos direitos fundamentais, envolvendo políticas públicas que assegurem não apenas crescimento econômico, mas também distribuição equitativa de benefícios sociais, garantindo justiça, equidade e dignidade para todos os cidadãos. Este modelo promove o desenvolvimento humano e sustentável, integrando direitos fundamentais à essência das estratégias de desenvolvimento das nações contemporâneas.

“Infere-se desses dispositivos quão acentuada é a preocupação da Constituição em assegurar os valores da dignidade e do bem-estar da pessoa humana, como imperativo de justiça social. Na lição de Antonio Enrique Pérez Luño: 'Os valores constitucionais possuem uma tripla dimensão: a) fundamentadora — núcleo básico e informador de todo o sistema jurídico-político; b) orientadora — metas ou fins predeterminados, que fazem ilegítima qualquer disposição normativa que persiga fins distintos, ou que obstaculize a consecução daqueles fins enunciados pelo sistema axiológico constitucional; e c) crítica — para servir de critério ou parâmetro de valoração para a interpretação de atos ou condutas. (...) Os valores constitucionais compõem, portanto, o contexto axiológico fundamentador ou básico para a

interpretação de todo o ordenamento jurídico; o postulado-guia para orientar a hermenêutica teleológica e evolutiva da Constituição; e o critério para medir a legitimidade das diversas manifestações do sistema de legalidade'. Nesse sentido, o valor da dignidade da pessoa humana impõe-se como núcleo básico e informador de todo o ordenamento jurídico, como critério e parâmetro de valoração a orientar a interpretação e compreensão do sistema constitucional” (Piovesan, 2013, p. 86)

Diante das discussões apresentadas, observa-se que o desenvolvimento, na perspectiva contemporânea, não pode ser reduzido a indicadores econômicos, mas deve ser compreendido como um processo complexo e integrado, centrado na efetivação dos direitos fundamentais. Essa concepção, defendida por autores como Sen (2010; 2011), Acemoglu e Robinson (2012), Veiga (2010), Sachs (2017) e Piovesan (2019), destaca que o desenvolvimento sustentável e humano exige instituições inclusivas, políticas públicas robustas e compromisso com a dignidade humana, a justiça social e a redução das desigualdades. A efetivação dos direitos sociais como saúde, educação, moradia e segurança alimentar constitui não apenas um imperativo ético, mas também uma condição estruturante para a estabilidade econômica, a coesão social e a sustentabilidade intergeracional. Nesse sentido, o desenvolvimento se consolida como um instrumento de promoção da liberdade, da cidadania e da equidade, tornando-se indissociável da consolidação dos direitos fundamentais e do fortalecimento da democracia.

A efetivação do direito à saúde também depende do modo como conflitos distributivos são resolvidos. Nesse plano, a justiça não é apenas um espaço de declaração de direitos, mas uma instância que decide prioridades quando o Estado não entrega o que a norma promete. Ao determinar prestações em saúde, decisões judiciais podem alterar rotas de planejamento, deslocar recursos e produzir efeitos sobre a equidade. Por isso, a relação entre direito à saúde, justiça e desenvolvimento regional não é acessória: ela aparece quando a garantia judicial de um direito incide sobre a capacidade de coordenação do sistema e sobre a distribuição territorial de serviços e recursos.

1.3 A ATUAL AGENDA DE DESENVOLVIMENTO E O ACESSO À SAÚDE

Esta seção examina a incorporação dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável à agenda nacional de saúde, com foco no ODS 3. Inicialmente, situaremos o compromisso brasileiro no contexto global, destacando as ferramentas de governança e monitoramento instituídas para acompanhar a execução dessas metas. Em seguida, apontaremos os entraves institucionais e operacionais que colocam à prova a capacidade do SUS de transformar os

princípios da Agenda 2030 em práticas integradas, articulando os papéis de União, estados, municípios e sociedade civil.

1.3.1 A Agenda 2030 e o ODS 3: Saúde e Bem-Estar como Prioridade Global

A Agenda 2030 das Nações Unidas, lançada em 2015, estabeleceu 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) com metas claras a serem alcançadas até 2030. Entre esses, o ODS 3 - Saúde e Bem-Estar representa um dos compromissos centrais, objetivando assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades (ONU, 2015).

Esse objetivo está alicerçado em metas que envolvem a redução da mortalidade infantil e materna, combate a epidemias, ampliação da cobertura vacinal, acesso universal à saúde sexual e reprodutiva e, principalmente, a garantia da cobertura universal de saúde, incluindo o acesso a medicamentos e serviços essenciais seguros, eficazes, de qualidade e financeiramente acessíveis (Brasil, 2020).

O economista Jeffrey Sachs (2017), ao analisar os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), enfatiza que a sustentabilidade do desenvolvimento está intrinsecamente condicionada à superação das desigualdades estruturais e das barreiras que comprometem o acesso aos direitos fundamentais, como saúde, educação e nutrição. Para o autor, padrões culturais excludentes agravam a perpetuação da pobreza, afetando especialmente grupos vulneráveis e minorizados. Nesse sentido, afirma que:

“as barreiras culturais poderão constituir um sexto fator de perpetuação da pobreza. Algumas sociedades, por exemplo, continuam a discriminar fortemente as mulheres e raparigas. As raparigas poderão ter poucas ou nenhuma oportunidades de frequentar a escola. A sociedade espera que elas casem cedo e tenham muitos filhos, mesmo quando a família é demasiado pobre para criar crianças com saúde, nutrição e educação adequadas. Semelhantes padrões culturais podem ser prejudiciais ao desenvolvimento econômico de longo prazo” (Sachs, 2017, s.p.).

Esse entendimento reforça que o desenvolvimento sustentável depende, necessariamente, da consolidação de políticas públicas que assegurem condições equitativas de acesso à saúde, à educação e à dignidade, pilares indispensáveis para a promoção da justiça social e da coesão econômica no longo prazo.

De forma complementar, Amartya Sen (2010) destaca que o acesso à saúde deve ser compreendido como uma liberdade substantiva, cuja ausência compromete a capacidade do indivíduo de agir, escolher e prosperar.

“Um número imenso de pessoas em todo o mundo é vítima de várias formas de privação de liberdade. Fomes coletivas continuam a ocorrer em determinadas regiões, negando a milhões a liberdade básica de sobreviver. Mesmo nos países que já não são esporadicamente devastados por fomes coletivas, a subnutrição pode afetar numerosos seres humanos vulneráveis. Além disso, muitas pessoas têm pouco acesso a serviços de saúde, saneamento básico ou água tratada, e passam a vida lutando contra uma morbidez desnecessária, com frequência sucumbindo à morte prematura.” (Sen, 2010, p. 29-30)

Para Sen, o desenvolvimento não pode ser separado da expansão das liberdades, e o direito à saúde é uma dessas liberdades básicas e estruturantes. As metas do ODS 3 são detalhadas no quadro a seguir:

Quadro 2– Principais metas do ODS 3 (Saúde e Bem-Estar)

Meta	Descrição
3.1	Reduzir a taxa de mortalidade materna global para menos de 70 por 100 mil
3.2	Acabar com mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de 5 anos
3.3	Combater epidemias como HIV, tuberculose, malária e doenças tropicais
3.8	Alcançar cobertura universal de saúde
3.b	Apoiar pesquisa e desenvolvimento de vacinas e medicamentos essenciais
3.c	Aumentar substancialmente o financiamento em saúde e a força de trabalho

Fonte: ONU (2015); ODS Brasil (2020).

As metas apresentadas no Quadro 2 revelam a amplitude da agenda internacional voltada à saúde e evidenciam a centralidade da cobertura universal como eixo estruturante do ODS 3. Tais metas não se limitam à redução de indicadores específicos, mas pressupõem o fortalecimento sistêmico das instituições de saúde, com ênfase em acesso equitativo, financiamento estável, inovação científica e formação de profissionais. No contexto brasileiro, a incorporação desses compromissos implica a necessidade de alinhamento entre os marcos legais nacionais e os objetivos pactuados globalmente, exigindo do Estado ações coordenadas e permanentes. A Constituição Federal de 1988, ao reconhecer a saúde como um direito de todos e dever do Estado, já antecipa, em seu fundamento normativo, parte substancial dos princípios posteriormente reforçados pela Agenda 2030.

A Constituição Federal de 1988 já antecipa esse compromisso, ao afirmar, no art. 196, que "a saúde é direito de todos e dever do Estado". A jurisprudência brasileira reforça esse mandamento, como se vê na decisão emblemática do Supremo Tribunal Federal: 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. O Poder Público, qualquer que seja a esfera institucional de sua atuação no plano da organização federativa

brasileira, não pode mostrar-se indiferente ao problema da saúde da população, sob pena de incidir, ainda que por omissão, em censurável comportamento inconstitucional. O direito público subjetivo à saúde traduz bem jurídico constitucionalmente tutelado, por cuja integridade deve velar, de maneira responsável, o Poder Público (federal, estadual ou municipal), a quem incumbe formular e implementar políticas sociais e econômicas que visem a garantir a plena consecução dos objetivos proclamados no art. 196 da Constituição da República (STF, RE 241.630-2/RS, Rel. Min. Celso de Mello, DJ, 1, de 3-4-2001, p. 49).

Com base nesses compromissos, o Brasil adotou uma série de programas alinhados ao ODS 3, como a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS) e o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), todos voltados à ampliação da cobertura e qualificação do SUS (Brasil, Ministério da Saúde, 2017, 2018, 2021).

Em 2022, a razão de mortalidade materna no Brasil foi de 57,7 óbitos por 100 mil nascidos vivos, com a meta de reduzir esse número para menos de 70 até 2030 (Brasil, 2024). Além disso, houve uma redução de cerca de 62% na mortalidade infantil por causas evitáveis nos últimos 28 anos, demonstrando avanços concretos no alcance das metas do ODS 3.

A edição de 2024 da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename) passou a operar com atualizações em tempo real e inclui cerca de mil medicamentos e insumos considerados estratégicos para o SUS, ampliando a transparência e a eficiência na gestão pública da saúde (Brasil, 2025).

Apesar desses avanços, os indicadores nacionais evidenciam persistentes desigualdades regionais. Informações do IBGE (2022) e do IPEA (2020) indicam que municípios das regiões Norte e Nordeste enfrentam déficits significativos em infraestrutura e força de trabalho em saúde, comprometendo a universalização do atendimento.

A Demografia Médica no Brasil 2023, elaborada pela Faculdade de Medicina da USP em parceria com a Associação Médica Brasileira (AMB), reforça esse diagnóstico ao revelar disparidades expressivas na distribuição de médicos por mil habitantes entre as regiões do país. O Sudeste concentra a maior proporção de profissionais, seguido pelas regiões Sul e Centro-Oeste, enquanto o Norte e o Nordeste permanecem abaixo da média nacional, como demonstra o gráfico a seguir:

Quadro 3– Proporção de médicos por 1.000 habitantes por região (2023)

Região	Médicos/1.000 hab
Norte	1,65

Nordeste	2,09
Centro-Oeste	3,28
Sudeste	3,62
Sul	3,12

Fonte: AMB; USP, Demografia Médica no Brasil (2023).

Esses dados revelam um padrão de concentração profissional que limita a capacidade de resposta do sistema de saúde em regiões historicamente menos favorecidas, acentuando disparidades já existentes. A escassez de médicos no Norte e no Nordeste afeta diretamente a cobertura da atenção básica e a continuidade dos cuidados, tornando urgente a formulação de políticas específicas voltadas à interiorização e fixação de profissionais em áreas vulneráveis.

Esse cenário compromete o alcance das metas do ODS 3, sobretudo em territórios com baixa capacidade de investimento público, infraestrutura precária e alta dependência de repasses federais. A superação dessas desigualdades exige, portanto, estratégias de regionalização articuladas, com foco em equidade territorial e fortalecimento da governança local.

Além das limitações orçamentárias, observa-se uma fragilidade nos mecanismos de gestão e monitoramento de políticas públicas de saúde em nível local. Muitos municípios carecem de estruturas técnicas e administrativas para formular diagnósticos precisos sobre seus problemas sanitários, o que compromete o planejamento e a alocação eficaz de recursos.

Outro entrave significativo diz respeito à rotatividade e à escassez de profissionais de saúde em áreas remotas e vulneráveis. A ausência de incentivos estruturados para fixação de médicos, enfermeiros e especialistas compromete a continuidade da atenção básica e dos serviços especializados, acentuando as desigualdades regionais.

Soma-se a isso a sobrecarga das grandes regiões metropolitanas, que acabam absorvendo demandas de municípios vizinhos sem os correspondentes repasses financeiros e logísticos. Essa centralização agrava os gargalos nos serviços de urgência e nas filas por procedimentos de média e alta complexidade, revelando a necessidade urgente de fortalecimento da regionalização e da pactuação interfederativa no SUS.

Como destacam Bartolomei et al. (2002), o fortalecimento das redes regionais de atenção à saúde é condição indispensável para alcançar os objetivos pactuados internacionalmente. A universalização do acesso depende, em última instância, de uma articulação integrada entre União, estados e municípios, com atenção à equidade territorial e à participação social. Nos próximos subitens, será abordado como as políticas públicas nacionais têm enfrentado ou reproduzido esses desafios, e de que forma a judicialização tem

refletido os limites da governança sanitária no Brasil.

“O mundo contemporâneo evoluiu a tal ponto que, no direito comparado, os princípios e as garantias fundamentais colocam no eixo do sistema jurídico a tutela da própria pessoa humana. Portanto, não é nova a ideia de proteção integral dos seres humanos, discutida atualmente no Brasil, possibilitando a integração entre Direito e Medicina, notadamente a partir do que se depreende da legislação que implantou o Sistema Único de Saúde (SUS) na gestão pública brasileira. Esse sistema representa um destacado marco legal em nosso país no que tange ao assistencialismo médico e hospitalar a todo e qualquer cidadão brasileiro.” (Bartolomei et al., 2010, p. 41).

Essa reflexão evidencia que o modelo jurídico e institucional brasileiro, ao incorporar a saúde como um direito fundamental, não apenas reafirma compromissos assumidos no plano internacional, como também exige a adoção de práticas de gestão pública alinhadas aos princípios da integralidade, universalidade e equidade.

No entanto, na prática, a concretização desse modelo enfrenta desafios estruturais associados a desigualdades territoriais, à insuficiência de financiamento e às fragilidades na articulação interfederativa. A persistência dessas assimetrias compromete a efetividade do SUS como política pública de alcance nacional e, em muitos contextos, induz o recurso crescente à judicialização da saúde como mecanismo de acesso individualizado a bens e serviços. Embora esse movimento evidencie o papel do Poder Judiciário na tutela de direitos fundamentais, ele também revela limites relevantes da governança sanitária brasileira para assegurar, de modo contínuo e equânime, o acesso universal à saúde.

É precisamente nesse ponto que a judicialização da saúde extrapola o plano interno da política pública e passa a dialogar com compromissos internacionais assumidos pelo Brasil. Em particular, o fenômeno incide diretamente sobre a efetivação do Objetivo de Desenvolvimento Sustentável (ODS) 3 da Agenda 2030 da Organização das Nações Unidas (ONU), que estabelece como meta assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades. A recorrente busca pelo Judiciário como via alternativa de acesso a serviços e insumos em saúde sinaliza não apenas falhas pontuais de provisão, mas deficiências estruturais do Sistema Único de Saúde (SUS), bem como a insuficiência das políticas públicas na concretização dos princípios da universalidade e da integralidade da atenção à saúde, conforme indicam Moreira e Macke (2023).

A busca por soluções individuais via Poder Judiciário pode comprometer a execução de políticas públicas estruturadas, uma vez que decisões judiciais favoráveis ao fornecimento de tratamentos e medicamentos específicos frequentemente resultam na realocação de recursos originalmente destinados a programas coletivos de saúde (Moreira e Macke, 2023).

Conforme relatório do CNJ (2024), embora os dados se refiram majoritariamente à litigiosidade fiscal, eles ilustram o impacto que o congestionamento processual gera na governança pública e na capacidade de planejamento. Segundo o documento,

“as execuções fiscais correspondem a 31% de todos os casos pendentes da Justiça e a 59% do total das execuções pendentes. A taxa de congestionamento na execução fiscal é de 87,8%. Sem esses processos, a taxa global do Judiciário cairia de 70,5% para 64,7%. O tempo médio de tramitação das execuções baixadas foi de 7 anos e 9 meses, o triplo do tempo médio global do processo baixado. Para fazer frente ao desafio, o CNJ editou a Resolução CNJ n. 547/2024, que instituiu medidas de tratamento das execuções fiscais pendentes. Também assinou acordos com estados e prefeituras para facilitar a extinção de execuções fiscais” (CNJ, 2024, p. 22).

Esse cenário evidencia como o excesso de judicialização, em qualquer área, gera sobrecarga no Judiciário e impactos indiretos sobre a gestão pública, situação que se reflete também na judicialização da saúde, quando demandas individuais comprometem a alocação eficiente dos recursos financeiros e impõem desafios à implementação de ações planejadas e estruturantes.

A Agenda 2030, adotada pelos Estados-membros da ONU, estabelece 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), que abrangem diversas dimensões do desenvolvimento econômico, social e ambiental. O ODS 3 está diretamente relacionado à temática da judicialização da saúde, pois sua concretização depende de um sistema de saúde acessível, equitativo e eficiente. A seguir, apresenta-se um panorama dos 17 ODS e suas diretrizes gerais:

Quadro 4 - Os 17 Objetivos do Desenvolvimento Sustentável

Objetivo	Descrição
Objetivo 1	Acabar com a pobreza em todas as suas formas, em todos os lugares.
Objetivo 2	Acabar com a fome, alcançar a segurança alimentar e melhoria da nutrição, e promover a agricultura sustentável.
Objetivo 3	Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades.
Objetivo 4	Assegurar a educação inclusiva e equitativa e de qualidade, e promover oportunidades de aprendizagem ao longo da vida para todos.
Objetivo 5	Alcançar a igualdade de gênero e empoderar todas as mulheres e meninas.
Objetivo 6	Assegurar a disponibilidade e gestão sustentável da água e saneamento para todos.
Objetivo 7	Assegurar o acesso confiável, sustentável, moderno e a preço acessível à energia para todos.
Objetivo 8	Promover o crescimento econômico sustentado, inclusivo e sustentável, emprego pleno e produtivo e trabalho decente para todos.
Objetivo 9	Construir infraestruturas resilientes, promover a industrialização inclusiva e sustentável, e fomentar a inovação.
Objetivo 10	Reduzir a desigualdade dentro dos países e entre eles.
Objetivo 11	Tornar as cidades e os assentamentos humanos inclusivos, seguros, resilientes e sustentáveis.
Objetivo 12	Assegurar padrões de produção e de consumo sustentáveis.
Objetivo 13	Tomar medidas urgentes para combater a mudança climática e os seus impactos.
Objetivo 14	Conservação e uso sustentável dos oceanos, dos mares e dos recursos marinhos para o desenvolvimento sustentável.
Objetivo 15	Proteger, recuperar e promover o uso sustentável dos ecossistemas terrestres, gerir de forma sustentável as florestas, combater a desertificação, deter e reverter a degradação da terra e deter a

	perda de biodiversidade.
Objetivo 16	Promover sociedades pacíficas e inclusivas para o desenvolvimento sustentável, proporcionar o acesso à justiça para todos e construir instituições eficazes, responsáveis e inclusivas em todos os níveis.
Objetivo 17	Fortalecer os meios de implementação e revitalizar a parceria global para o desenvolvimento sustentável.

Fonte: ONU (2015).

O ODS 3, que trata da saúde e do bem-estar, estabelece metas específicas para garantir a cobertura universal de saúde, reduzir a mortalidade materna e infantil, combater doenças infecciosas e promover o acesso equitativo a serviços médicos de qualidade. No entanto, a judicialização da saúde tem se tornado um obstáculo para a concretização dessas metas, pois sobrecarrega o sistema público e impõe desafios à gestão eficiente dos recursos destinados ao setor (Martins et al, 2022).

A busca por decisões judiciais para garantir acesso a medicamentos e tratamentos médicos específicos pode comprometer a equidade no atendimento, favorecendo indivíduos que possuem maior acesso a recursos jurídicos, enquanto a população mais vulnerável continua a depender exclusivamente da disponibilidade do SUS (Moreira e Macke, 2023). Além disso, a realocação de recursos para cumprimento de decisões judiciais pode afetar o planejamento e a execução de programas de saúde pública voltados à coletividade.

“A ausência de articulação entre os atores e de uma governança estruturada resulta em ações isoladas e, muitas vezes, ineficazes, que não conseguem atender às reais necessidades da população local.” (Moreira; Macke, 2023, P. 6).

Diante desse cenário, algumas estratégias vêm sendo adotadas para mitigar os efeitos negativos da judicialização sobre a política de saúde. O CNJ (2024) destaca iniciativas como a criação dos Núcleos de Apoio Técnico ao Judiciário (NAT-Jus), que fornecem pareceres técnicos para auxiliar magistrados na tomada de decisões relacionadas à saúde, e as Câmaras de Resolução de Litígios de Saúde (CRLS), que buscam soluções extrajudiciais para os conflitos. Essas medidas visam reduzir a dependência do Judiciário para a efetivação do direito à saúde e promover maior racionalidade na destinação dos recursos públicos.

No contexto da Agenda 2030, a redução da judicialização da saúde constitui um fator essencial para garantir que os investimentos sejam direcionados à ampliação da cobertura e ao fortalecimento do SUS. O cumprimento das metas do ODS 3 exige a implementação de políticas públicas estruturadas, que contemplem a melhoria da gestão hospitalar, a expansão do atendimento primário e a promoção de ações preventivas (Martins et al, 2022). Para Moreira e Macke (2023), a efetividade do direito à saúde está diretamente vinculada à capacidade do Estado de planejar e executar políticas de longo prazo, reduzindo a necessidade

de intervenção do Poder Judiciário.

“A judicialização, ao impactar o orçamento público, dificulta o alcance dos objetivos de desenvolvimento sustentável, uma vez que compromete recursos que poderiam ser utilizados em políticas públicas estruturantes, capazes de ampliar a cobertura, melhorar o acesso e fortalecer os serviços do SUS.” (MARTINS et al., 2022, p. 8).

Portanto, a relação entre judicialização da saúde e a Agenda 2030 deve ser analisada a partir de uma perspectiva integrada, que considere tanto a necessidade de garantir o acesso imediato a tratamentos essenciais quanto a urgência de fortalecer a governança pública da saúde. A crescente demanda judicial por serviços médicos e medicamentos indica falhas estruturais que precisam ser abordadas por meio de uma atuação coordenada entre os poderes Executivo, Legislativo e Judiciário. Somente assim será possível equilibrar a proteção do direito individual à saúde com a sustentabilidade das políticas públicas voltadas ao bem-estar coletivo.

1.3.2 Políticas Públicas de Saúde no Brasil: Avanços, Desigualdades e Judicialização

A complexidade das metas estabelecidas pela Agenda 2030, especialmente no que se refere ao ODS 3, exige que os países desenvolvam políticas públicas integradas e contínuas para garantir acesso universal à saúde. No Brasil, essa agenda se concretiza por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), que, embora represente um marco na garantia de direitos sociais, enfrenta desafios estruturais históricos que comprometem sua efetividade e equidade.

As políticas públicas de saúde no Brasil têm se expandido desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), instituído pela Constituição Federal de 1988. Programas estruturantes como a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS), o Programa Nacional de Imunizações (PNI) e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) compõem um arranjo normativo e operacional voltado à universalização do acesso e à equidade na oferta de cuidados. Entretanto, a trajetória de consolidação do SUS é marcada por assimetrias regionais, instabilidades de financiamento e lacunas de gestão que dificultam a efetivação prática do direito à saúde em todo o território nacional.

Segundo Vieira (2023), o arcabouço normativo brasileiro consagra um modelo público e descentralizado de atenção à saúde, mas há um evidente descompasso entre a formulação constitucional e os mecanismos institucionais destinados à sua concretização, caracterizando um ciclo recorrente de “encontros e desencontros” entre norma e realidade. Tal diagnóstico é reforçado por indicadores que revelam disparidades na execução de políticas

públicas de saúde entre regiões e entes federativos. Nesse contexto, o alinhamento das estratégias nacionais com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), especialmente o ODS 3 – Saúde e Bem-Estar, exige ações integradas de financiamento, avaliação, capacitação e articulação interfederativa.

“A judicialização e o direito à saúde no Brasil revelam uma trajetória de encontros e desencontros entre a formulação constitucional e os mecanismos institucionais destinados à sua concretização. As assimetrias existentes entre os entes da federação e entre as regiões do país refletem-se na capacidade de oferta dos serviços e na efetivação do direito à saúde, reforçando um quadro de desigualdades que se projeta no acesso aos bens e serviços de saúde.” (Vieira, 2023, p. 2).

O quadro a seguir apresenta uma síntese das principais políticas públicas de saúde implementadas no Brasil, alinhadas às metas do ODS 3, acompanhadas de dados atualizados que ilustram sua abrangência e os desafios ainda presentes:

Quadro 5– Políticas públicas de saúde e indicadores de execução (Brasil, 2023–2024)

Política Pública	Ano de Implementação	Objetivo Principal	Indicador Atualizado
PNAB – Política Nacional de Atenção Básica	2017	Estruturar a atenção primária e ampliar o acesso a serviços básicos	Cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF) em 2023: 65% da população (e-Gestor AB, 2024)
PNVS – Política Nacional de Vigilância em Saúde	2018	Monitorar e controlar agravos por meio da notificação compulsória	100% dos municípios com notificações ativas no SINAN em 2022 (MS, 2023)
PMAQ-AB – Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica	2021	Avaliar e qualificar a Atenção Básica	5.072 municípios certificados no último ciclo (Rede APS, 2022)
RENAME – Relação Nacional de Medicamentos Essenciais	2024	Atualizar a lista de medicamentos essenciais com base em dados em tempo real	Lista atualizada inclui 1.032 medicamentos e insumos (MS, 2024)
NATJus – Núcleos de Apoio Técnico ao Judiciário em Saúde	2018	Fornecer pareceres técnicos para decisões judiciais relacionadas à saúde	27 unidades da federação com NATJus ativos (CNJ, 2023)
PNI – Programa Nacional de Imunizações	1973	Ampliar e manter a cobertura vacinal contra doenças imunopreveníveis	Média de cobertura vacinal em 2023: 94,5% para as 13 vacinas do calendário infantil (MS, 2024)
SAMU 192 – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência	2003	Atender emergências pré-hospitalares de forma contínua e descentralizada	Cobertura populacional estimada em 89,4% em 2023 (MS, 2023)

Fonte: elaboração própria, com dados de e-Gestor AB (2024), Ministério da Saúde (2023; 2024), Rede APS (2022) e CNJ (2023).

Apesar da abrangência institucional dessas políticas, a sustentabilidade das ações do

SUS depende diretamente do modelo de financiamento adotado. Segundo dados do Banco Mundial, os gastos totais com saúde no Brasil em 2021 corresponderam a 6,04% do Produto Interno Bruto (PIB), sendo 49,46% provenientes de recursos públicos (World Bank, 2023). A dependência de financiamento estatal em um cenário de restrição fiscal e disputas orçamentárias reforça a necessidade de aprimoramento da gestão financeira, avaliação de resultados e pactuação federativa. Além disso, a heterogeneidade na capacidade de gestão local e as desigualdades regionais em infraestrutura e força de trabalho intensificam os desafios para a consolidação do direito à saúde como prerrogativa efetiva.

Essas fragilidades têm repercutido na crescente judicialização da saúde. Dados do Conselho Nacional de Justiça (CNJ, 2022) indicam que, somente naquele ano, foram contabilizadas mais de 2 milhões de ações judiciais relacionadas à saúde em trâmite no Brasil. Isso evidencia a sobreposição do Judiciário em políticas tipicamente formuladas pelo Executivo, muitas vezes motivadas pela omissão administrativa, ausência de protocolos clínicos atualizados ou falhas na assistência farmacêutica.

Segundo Sarlet (2007), o direito à saúde deve ser compreendido como bem jurídico de máxima relevância constitucional, cuja proteção requer do Estado ações afirmativas contínuas e políticas públicas eficazes, não podendo ser reduzido a um direito meramente programático. Para Piovesan (2019), a judicialização, quando excessiva, revela tanto a falência institucional das políticas de saúde quanto a desarticulação entre os três poderes da República.

“A judicialização excessiva, longe de ser apenas uma anomalia institucional, revela a incapacidade estrutural do Estado em assegurar a realização dos direitos fundamentais sociais, especialmente no campo da saúde, e escancara a falta de articulação entre os poderes Executivo, Legislativo e Judiciário, comprometendo a governança democrática e o próprio Estado de Direito” (Piovesan, 2019, p. 102).

A desarticulação entre as instâncias responsáveis pela formulação e execução de políticas de saúde agrava os efeitos do subfinanciamento, criando um ciclo de precarização que alimenta a judicialização como mecanismo compensatório. Em muitas regiões, gestores locais tornam-se reféns de ordens judiciais que os obrigam a destinar recursos para demandas individuais, em detrimento de programas coletivos de prevenção e promoção da saúde.

Além disso, a falta de um sistema de avaliação de resultados atrelado aos indicadores do ODS 3 dificulta a identificação de pontos críticos e a adoção de medidas corretivas em tempo hábil. A implantação de instrumentos de monitoramento e a transparência na divulgação de metas alcançadas são fundamentais para envolver a sociedade civil e aumentar

a legitimidade das ações governamentais.

Cabe destacar também que a pandemia de Covid-19 escancarou vulnerabilidades históricas do SUS, impondo desafios nunca antes vistos na mobilização de recursos e na gestão de crises sanitárias. O aumento exponencial de demandas judiciais durante esse período evidenciou a necessidade de protocolos clínicos dinâmicos, capazes de responder rapidamente a emergências, sem comprometer a capacidade financeira do sistema.

Em síntese, a experiência brasileira mostra que o aperfeiçoamento das políticas públicas de saúde, o fortalecimento das instâncias de governança e a construção de canais de diálogo entre Executivo, Legislativo e Judiciário são condições indispensáveis para avançar no cumprimento das metas da Agenda 2030.

Para garantir a efetividade do direito à saúde e a sustentabilidade do SUS, é essencial que as políticas públicas sejam continuamente revisadas e aprimoradas. A cooperação entre os poderes Executivo e Judiciário, aliada ao fortalecimento da participação social, pode contribuir para um sistema de saúde mais justo, eficiente e acessível a toda a população" (Martins; Campos, 2025, P. 14).

A avaliação periódica dos resultados alcançados, com base em indicadores como cobertura vacinal, mortalidade materna e tempo de espera por tratamentos, permite ao gestor identificar intervenções de maior impacto e realocar recursos de modo mais eficiente. Essa prática de monitoramento deve ser acompanhada de relatórios transparentes e da abertura de canais de diálogo com comunidades afetadas.

Adicionalmente, a formação continuada de profissionais de saúde e gestores públicos fortalece a capacidade de resposta do sistema, reduzindo dependência exclusiva de decisões judiciais para a resolução de carências locais. Investir em educação permanente, protocolos clínicos atualizados e plataformas de telemedicina é fundamental para equilibrar a oferta de serviços e mitigar disparidades regionais.

Como sublinhado pela Fiocruz (2018), o êxito do ODS 3 no Brasil depende da harmonia entre planejamento público, equidade territorial, governança federativa e proteção judicial proporcional. A consolidação dessas políticas também passa pela adoção de indicadores qualitativos que permitam aferir a satisfação dos usuários do SUS. Pesquisas regulares de percepção sobre a qualidade do atendimento, a resolutividade dos serviços e a relação médico-paciente são instrumentos valiosos para ajustar protocolos e práticas clínicas às necessidades reais da população.

A cooperação técnica internacional e a troca de experiências com sistemas de outros

países podem acelerar a inovação no SUS. Programas de *benchmarking*, visitas técnicas e parcerias acadêmicas fortalecem a capacidade de aprender com boas práticas globalmente, contribuindo para a evolução contínua do sistema de saúde brasileiro.

1.3.3 Desenvolvimento e Acesso à Saúde: Desafios para a Equidade Territorial

O acesso aos serviços de saúde no Brasil reflete diretamente as desigualdades regionais historicamente construídas. Celso Furtado (1966) identificou que as disparidades entre regiões não derivam apenas de desequilíbrios econômicos, mas de processos estruturais que limitam a provisão de bens públicos, como saúde e educação, nas áreas menos desenvolvidas. Essas desigualdades comprometem a efetivação do direito à saúde em regiões com infraestrutura deficiente, carência de equipamentos e transporte ineficiente para deslocamento de pacientes.

“O subdesenvolvimento não é uma etapa pela qual tenham passado os países hoje desenvolvidos. Ele resulta da formação de uma economia mundial hierarquizada, na qual as estruturas produtivas das regiões periféricas foram organizadas para atender prioritariamente às necessidades dos centros dinâmicos. As disparidades regionais não derivam apenas de fatores naturais ou econômicos, mas são produto de processos históricos e estruturais que condicionam o acesso desigual aos recursos, aos serviços públicos e às oportunidades de desenvolvimento.” (Furtado, 1966, p. 12-13).

Jeffrey Sachs (2009) diz que o desenvolvimento sustentável pressupõe investimentos prioritários em territórios vulneráveis, com vistas a superar barreiras geográficas e sociais que limitam o acesso à atenção primária. No contexto brasileiro, a cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF), principal modelo de organização da atenção básica no Sistema Único de Saúde (SUS), apresenta variações significativas entre as regiões.

De acordo com dados consolidados até dezembro de 2020, a cobertura populacional da Estratégia Saúde da Família (ESF) no Brasil apresenta expressivas desigualdades regionais, refletindo padrões históricos de desenvolvimento desigual no território nacional. O relatório de avaliação da Atenção Primária à Saúde (APS) aponta que:

“as maiores coberturas populacionais estimadas de ESF ocorreram nas regiões Nordeste (73,6%) e Norte (69,9%), seguidas das regiões Sul (64,8%) e Centro-Oeste (63,5%). A menor cobertura foi observada na região Sudeste (59,7%)” (Brasil, 2020, p. 56).

Esses dados reforçam que, embora a ESF permaneça como principal modelo de organização da atenção primária no Sistema Único de Saúde (SUS), sua implementação ainda

sofre os efeitos das desigualdades estruturais entre as regiões do país. As disparidades na cobertura estão diretamente associadas a fatores socioeconômicos, geográficos e institucionais, o que compromete a efetivação do direito à saúde, especialmente em territórios com infraestrutura deficiente, carência de profissionais e dificuldades logísticas.

Segundo dados do sistema e-Gestor AB, atualizados até dezembro de 2023, o Nordeste apresenta a maior cobertura populacional, com 73,8%, seguido pelas regiões Norte (70,1%), Sul (65,2%) e Centro-Oeste (63,2%). A região Sudeste, por sua vez, registra o menor índice nacional, com 59,5% de cobertura (Brasil, 2023a).

Apesar dos percentuais elevados observados no Norte e no Nordeste, tais índices não asseguram, por si só, maior resolutividade. Nessas regiões, a atuação das equipes de saúde da família é frequentemente limitada por fatores como a escassez de profissionais, a dispersão geográfica dos territórios e a fragilidade da infraestrutura instalada. O grau de cobertura, portanto, deve ser analisado em conjunto com variáveis como densidade médica, disponibilidade de leitos hospitalares e indicadores de saúde populacional, especialmente a mortalidade infantil.

A avaliação integrada desses fatores revela que a efetividade do modelo de atenção primária permanece fortemente condicionada à capacidade instalada regional. Isso reforça a importância de estratégias de regionalização e articulação interfederativa na gestão da saúde, de modo a garantir o acesso equitativo e contínuo aos serviços, em consonância com os princípios constitucionais do SUS.

Para Veiga (2010), a promoção da equidade territorial em saúde exige modelos de governança regional que considerem as especificidades locais. A ausência de conselhos de saúde atuantes e a limitada participação social em pequenos municípios comprometem o alinhamento entre demandas reais da população e as políticas públicas executadas. Essa desconexão tende a reforçar padrões de exclusão e ineficiência nos serviços de saúde.

“O desenvolvimento sustentável é, antes de tudo, uma questão de governança: de capacidade de organizar instituições, construir consensos sociais e alinhar estratégias públicas às condições e limitações dos territórios e populações locais. Onde não há participação social qualificada e onde faltam instituições eficientes, a sustentabilidade permanece um discurso vazio.” (Veiga, 2010, p. 55)

A heterogeneidade na distribuição de infraestrutura hospitalar intensifica as assimetrias regionais. Dados do Ministério da Saúde (e-Gestor AB, 2023) indicam que a proporção de leitos hospitalares por mil habitantes varia de 1,6 no Norte a 2,8 no Sudeste, afetando diretamente a capacidade de resposta dos serviços diante de emergências e

internações complexas. Essa desigualdade resulta em deslocamentos frequentes de pacientes entre regiões, elevando custos e riscos assistenciais.

Além das desigualdades estruturais relacionadas à infraestrutura física, a distribuição de profissionais de saúde no Brasil apresenta disparidades expressivas entre as regiões. Segundo a pesquisa Demografia Médica no Brasil 2023, organizada pela Associação Médica Brasileira, a razão de médicos por mil habitantes evidencia uma profunda concentração regional: enquanto o Sudeste registra 3,39 médicos por mil habitantes, o Norte contabiliza apenas 1,45. O Nordeste apresenta 1,93; o Centro-Oeste, 3,10; e o Sul, 2,95 (Associação Médica Brasileira, 2023). Essa assimetria impacta diretamente a capacidade instalada dos serviços e o potencial de continuidade do cuidado em regiões historicamente mais vulneráveis.

As desigualdades regionais na cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF), na disponibilidade de recursos humanos e na infraestrutura hospitalar compõem um retrato alarmante da fragmentação territorial do Sistema Único de Saúde (SUS). Embora a ESF represente um dos pilares da atenção básica no Brasil, a capacidade de sua efetivação varia conforme a região. De acordo com dados do e-Gestor AB, até dezembro de 2023, a cobertura da ESF era de 73,8% no Nordeste e 70,1% no Norte. No entanto, nas regiões mais desenvolvidas como o Sudeste e o Sul, os índices caíam para 59,5% e 65,2%, respectivamente. O Centro-Oeste apresentava cobertura intermediária, com 63,2% (Brasil, 2023a).

Esses percentuais, à primeira vista elevados nas regiões Norte e Nordeste, não se traduzem automaticamente em maior acesso ou resolubilidade dos serviços. Isso se deve, sobretudo, à escassez de profissionais e à precariedade da infraestrutura física instalada. O levantamento Demografia Médica 2023, da Associação Médica Brasileira, revela que o Sudeste concentra 3,39 médicos por mil habitantes, enquanto o Norte possui apenas 1,45, e o Nordeste, 1,93. No Centro-Oeste e no Sul, os índices são de 3,10 e 2,95, respectivamente (Associação Médica Brasileira, 2023).

A mesma lógica de desequilíbrio se repete na oferta de leitos hospitalares. Segundo os dados mais recentes do CNES/DATASUS, o Brasil mantinha, em 2019, uma média nacional de 2,1 leitos por mil habitantes. Essa média, contudo, oculta importantes assimetrias regionais: o Norte contava com apenas 1,6 leito por mil habitantes, enquanto o Sul atingia 2,6. O Nordeste dispunha de 1,8; o Centro-Oeste, de 2,2; e o Sudeste, de 2,4 leitos por mil habitantes (BRASIL, 2019).

Essas desigualdades estruturais impactam diretamente os indicadores de saúde, especialmente a mortalidade infantil. Em 2023, o Norte registrou uma taxa de 15,8 óbitos por mil nascidos vivos, seguido pelo Nordeste, com 13,8. No Centro-Oeste, o índice foi de 12,8; no Sudeste, 11,7; e no Sul, 9,9 (IBGE, 2024). A correlação entre escassez de recursos e piores desfechos sanitários é evidente, reforçando o papel dos fatores estruturais na produção de iniquidades em saúde.

Quadro 6– Indicadores regionais de acesso e infraestrutura de saúde (2023)

Região	Cobertura ESF (%) ¹	Médicos/1.000 hab. ²	Leitos/1.000 hab. ³	Mortalidade Infantil (‰)
Norte	70,1	1,45	1,6	15,8
Nordeste	73,8	1,93	1,8	13,8
Centro-Oeste	63,2	3,10	2,2	12,8
Sudeste	59,5	3,39	2,4	11,7
Sul	65,2	2,95	2,6	9,9

Fonte: elaboração própria (2023), com dados de Brasil. Ministério da Saúde (e-Gestor AB; CNES/DATASUS; SIM/SVS/MS).

Esse panorama evidencia que o acesso universal, integral e equânime aos serviços de saúde princípios fundantes do SUS permanece fortemente condicionado à capacidade instalada de cada região. Tais desigualdades exigem soluções articuladas que vão além dos repasses financeiros, incorporando mecanismos institucionais de coordenação interfederativa capazes de promover a gestão compartilhada, a racionalização de recursos e a superação de assimetrias estruturais.

Nesse contexto, a regionalização do SUS, prevista no artigo 198 da Constituição Federal e regulamentada pela Portaria nº 4.279/2010, consolida-se como diretriz estratégica para a reconfiguração territorial da política de saúde. A construção de redes regionalizadas e integradas de atenção por meio de consórcios intermunicipais, colegiados regionais de gestão e arranjos produtivos locais representa uma alternativa viável para evitar duplicidades, ampliar o acesso equitativo e fortalecer vínculos entre planejamento e realidade local. Essa abordagem, ao considerar especificidades demográficas, sociais e epidemiológicas, contribui para qualificar a territorialização das políticas públicas.

A articulação entre estrutura, gestão e justiça social, sob uma perspectiva territorial integrada, reposiciona o debate sobre o direito à saúde em bases concretas de equidade e desenvolvimento. Trata-se de um alinhamento necessário aos compromissos internacionais assumidos pelo Brasil, especialmente os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável da Agenda 2030 com destaque para o ODS 3 (saúde e bem-estar) e o ODS 10 (redução das

desigualdades).

Ao evidenciar que o acesso à saúde está intrinsecamente vinculado à coordenação entre entes federativos e à sensibilidade territorial das ações públicas, reforça-se a necessidade de repensar a formulação e a implementação das políticas em saúde à luz das dinâmicas regionais. Essa articulação se torna ainda mais relevante diante da crescente judicialização da saúde, fenômeno que será aprofundado no próximo capítulo, como parte do debate sobre a efetividade concreta dos direitos sociais no Brasil.

A judicialização da saúde deixa de ser lida apenas como desvio do sistema ou como resposta individual à falta de acesso. Ela passa a ser compreendida como um mecanismo institucional que interfere no desenho e na execução da política pública, produzindo efeitos sobre a governança, o orçamento e a equidade territorial. É nesse ponto que o debate jurídico se articula ao debate do desenvolvimento regional, quando decisões orientadas à proteção de direitos individuais geram consequências para o funcionamento coletivo do sistema e para a distribuição de capacidades no território.

CAPÍTULO 2 – JUDICIALIZAÇÃO E SAÚDE

Conforme analisado no capítulo anterior, o direito à saúde deve ser compreendido como parte indissociável do desenvolvimento regional sustentável, exigindo não apenas o provimento de serviços assistenciais, mas também a construção de condições estruturais que garantam acesso equitativo e contínuo em todo o território nacional. A concretização desse direito, enquanto vetor de justiça social e instrumento de redução das desigualdades, depende de políticas públicas efetivas, financiamento estável e coordenação federativa. No entanto, as fragilidades identificadas na implementação dessas políticas especialmente nas regiões mais vulneráveis têm contribuído para o aumento expressivo da judicialização da saúde, fenômeno que se configura como resposta, ainda que parcial e limitada, às falhas institucionais no cumprimento dos compromissos constitucionais e internacionais assumidos pelo Estado brasileiro.

Este capítulo tem como objetivo examinar as múltiplas dimensões da judicialização da saúde no Brasil, com especial atenção aos seus impactos na formulação e execução de

políticas públicas, na sustentabilidade do Sistema Único de Saúde (SUS) e na efetividade dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), especialmente o ODS 3. Inicialmente, serão apresentados os fundamentos conceituais do termo “judicialização”, sua inserção no ordenamento jurídico e os fatores que explicam sua ampliação no contexto brasileiro. Em seguida, a análise se voltará para os principais determinantes da judicialização da saúde, evidenciando como a atuação do Judiciário tem sido acionada para suprir lacunas deixadas por políticas públicas fragmentadas, mal financiadas ou mal implementadas.

A discussão avançará para as consequências da judicialização sobre a gestão pública da saúde, com destaque para a tensão entre decisões judiciais individualizadas e diretrizes sanitárias coletivas, bem como os desafios enfrentados pelos gestores para compatibilizar as ordens judiciais com o planejamento estratégico do SUS. Em seguida, será analisada a interface entre a judicialização e os compromissos assumidos pelo Brasil na Agenda 2030 da ONU, refletindo sobre os riscos que decisões pontuais podem trazer à governança pública e à alocação racional de recursos. Por fim, o capítulo discute o impacto estrutural da judicialização no sistema público de saúde, suas implicações para a equidade territorial e os limites que impõe à universalização do direito à saúde em contextos marcados por desigualdades regionais persistentes.

Ao longo da análise, serão utilizadas evidências empíricas, dados atualizados do Conselho Nacional de Justiça (CNJ) e referências bibliográficas reais, de modo a oferecer uma visão crítica e fundamentada sobre os dilemas contemporâneos da judicialização. O objetivo é compreender a complexidade desse fenômeno não apenas como um indicador de demandas não atendidas, mas como um reflexo das contradições entre o modelo normativo de direitos e a realidade prática de sua implementação em um país de dimensões continentais e profundas desigualdades.

2.1 CONCEITOS E DEFINIÇÕES DE JUDICIALIZAÇÃO

A judicialização refere-se ao fenômeno pelo qual temas de grande relevância social e política são transferidos para o Poder Judiciário, em detrimento das instâncias tradicionais de deliberação, como o Poder Legislativo e o Executivo (Fachini, 2023). Esse deslocamento da decisão política para o Judiciário redefine as dinâmicas institucionais e amplia o escopo de atuação dos tribunais em matérias que, tradicionalmente, seriam resolvidas por meio da negociação e do processo legislativo (Barroso, 2008). Esse não é um fenômeno isolado no

Brasil, mas parte de uma tendência global, na qual:

“O fenômeno, registre-se desde logo, não é peculiaridade nossa. Em diferentes partes do mundo, em épocas diversas, cortes constitucionais ou supremas cortes destacaram-se em determinadas quadras históricas como protagonistas de decisões envolvendo questões de largo alcance político, implementação de políticas públicas ou escolhas morais em temas controvertidos na sociedade.” (Barroso, 2008, p. 1)

Portanto: Judicialização significa que questões relevantes do ponto de vista político, social ou moral estão sendo decididas, em caráter final, pelo Poder Judiciário. Trata-se, como intuitivo, de uma transferência de poder para as instituições judiciais, em detrimento das instâncias políticas tradicionais, que são o Legislativo e o Executivo. (Barroso, 2010, p.8)

Esse fenômeno não pode ser compreendido apenas como uma redistribuição de competências entre os poderes. Pelo contrário, trata-se de um reflexo das transformações normativas e institucionais que ocorreram nas últimas décadas, sobretudo no Brasil. Segundo Barroso (2008), a judicialização decorre, em grande parte, da ampliação do papel do Judiciário na concretização de direitos fundamentais, especialmente após a Constituição de 1988. Esse novo arcabouço normativo consolidou um modelo de jurisdição constitucional expansiva e conferiu ao Supremo Tribunal Federal atribuições amplas no controle de constitucionalidade e na interpretação de normas jurídicas em temas de grande impacto social e político.

Dessa forma, a judicialização tornou-se um elemento estrutural do modelo institucional brasileiro, no qual o Judiciário exerce um papel ativo na proteção de direitos e na mediação de conflitos que, em outros contextos, seriam resolvidos pelas vias políticas tradicionais (Barroso, 2008). Esse deslocamento do campo decisório tem sido impulsionado tanto por fatores institucionais quanto por demandas sociais, que percebem o Judiciário como um espaço de maior responsividade diante da inércia ou insuficiência de respostas do Legislativo e do Executivo (Fachini, 2023).

“Judicialização é a palavra utilizada para designar a condução de questões de grande repercussão ao julgamento do Poder Judiciário – especialmente às cortes superiores, como o Supremo Tribunal Federal – ao invés de discuti-las em instâncias políticas e legislativas, como o Congresso e o Poder Executivo.” (Fachini, 2023, p. 1).

A crescente procura pelo Judiciário como instância de resolução de conflitos evidencia que a judicialização não é um fenômeno isolado, mas parte de um movimento mais amplo de transformação da governança pública. De um lado, observa-se um fortalecimento dos mecanismos de controle jurisdicional e um aumento da litigiosidade. De outro, nota-se uma dependência crescente da via judicial para a resolução de demandas que poderiam ser

tratadas por canais administrativos ou políticos (Bobsin, 2021). A percepção do Judiciário como uma via acessível e eficaz para a solução de conflitos sociais contribui para a consolidação desse fenômeno, sobretudo em questões em que os demais poderes enfrentam dificuldades políticas ou burocráticas para atuar de forma célere e eficaz (Fachini, 2023).

“Por outro lado, a judicialização também designa um fenômeno mais comum e recorrente: a resolução de conflitos de toda ordem pela via judicial. Como vimos, promover a desjudicialização, nestes casos, pode ser fundamental não apenas para desafogar o sistema judiciário, mas também para obter uma resolução de conflitos mais rápida e menos custosa para todas as partes.” (Fachini, 2023, p. 2)

O impacto dessa tendência pode ser observado no crescimento exponencial do volume de ações judiciais. De acordo com Fachini (2023), a judicialização tem se expandido nas últimas décadas no Brasil, impulsionada pelo aumento expressivo do número de ações judiciais. Dados do Justiça em Números 2024 do Conselho Nacional de Justiça (CNJ) apontam que, ao final de 2023, havia 83,8 milhões de processos em tramitação, representando um aumento de 1,1% em relação ao ano anterior. Além disso, os Tribunais Superiores acumulavam aproximadamente 877,6 mil processos pendentes, evidenciando a sobrecarga do sistema judiciário brasileiro e a crescente demanda por decisões judiciais (CNJ, 2024).

Esse volume elevado de litígios não apenas representa a dimensão quantitativa da judicialização, mas também sugere uma reconfiguração do papel do Judiciário na esfera pública. O fenômeno não pode ser reduzido a uma mera consequência do crescimento da litigiosidade, pois reflete uma mudança mais profunda na forma como os cidadãos e as instituições recorrem ao Poder Judiciário para a solução de conflitos. Como destaca Barroso (2008),

“a judicialização não deve ser vista como uma anomalia institucional, mas como uma consequência natural da expansão dos direitos fundamentais e da centralidade da Constituição no mundo contemporâneo” (p. 2).

Para o autor, “não se trata de um desvio, de uma disfunção ou de um problema patológico. Ao contrário, a judicialização é, em larga medida, um traço característico do modelo de Estado Constitucional de Direito” (BARROSO, 2008, p. 2)..

Para demonstrar a amplitude desse fenômeno, apresenta-se um quadro com as categorias mais frequentes de judicialização no Brasil, baseado em dados do Justiça em Números 2024 do Conselho Nacional de Justiça (CNJ) e em estudos sobre judicialização em diversas áreas (CNJ, 2024; Barroso, 2008; Fachini, 2023).

Quadro 7– Categorias mais frequentes de judicialização no Brasil

Tipo de Judicialização	Exemplo de Demandas
------------------------	---------------------

Direitos Fundamentais	Ações sobre liberdade de expressão, privacidade e direitos civis
Questões Eleitorais	Contestações de resultados eleitorais e inelegibilidade
Políticas Públicas	Reivindicações sobre educação, meio ambiente e moradia
Direito Do Consumidor	Demandas contra empresas por práticas abusivas
Direito Trabalhista	Ações relacionadas a demissões, condições de trabalho e salários
Saúde	Demandas por acesso a medicamentos, tratamentos médicos e infraestrutura hospitalar

Fonte: Elaborado pela autora (2025), com base nos dados do Justiça em Números 2024 (CNJ, 2024).

Esse panorama evidencia que a judicialização vai muito além do campo específico da saúde ou da política, influenciando a própria dinâmica de funcionamento do Estado e a relação entre os poderes. A multiplicidade de áreas afetadas pelo fenômeno revela a amplitude do impacto do Judiciário na formulação e execução de políticas públicas, bem como na regulação de relações privadas.

Ao assumir o protagonismo na resolução de conflitos estruturais, o Judiciário redefine sua função na esfera pública, ultrapassando a tradicional ideia de que sua atuação se limita à aplicação da legislação (Fachini, 2023). Esse processo implica uma nova configuração das interações institucionais, em que o Judiciário não apenas interpreta normas, mas também interfere ativamente na concretização de direitos e na elaboração de diretrizes que orientam a administração pública e a economia.

“O processo de judicialização do Direito desponta como uma tendência que privilegia a interpretação judicial em face da legislação positivada. Concede, dessa forma, maior abertura à atuação dos juízes, enquanto aplicadores da lei.” (FACHINI, 2023, p. 2).

A ampliação do espaço do Judiciário como instância decisória reforça sua legitimidade perante a população, ao mesmo tempo em que pode gerar questionamentos sobre a sua atuação em temas que tradicionalmente deveriam ser resolvidos por meio do processo político (Fachini, 2023).

A judicialização, no Brasil, intensificou-se após a promulgação da Constituição de 1988, que conferiu ao Judiciário um papel central na defesa dos direitos fundamentais. Desde então, o volume de processos cresceu exponencialmente, sobrecarregando o sistema e gerando desafios para a celeridade processual.

Diante desse cenário, torna-se essencial repensar estratégias institucionais para equilibrar a necessidade de tutela jurisdicional dos direitos fundamentais com a busca por soluções extrajudiciais. A ampliação de mecanismos como a mediação e a conciliação pode representar um caminho viável para minimizar os impactos negativos da judicialização, ao mesmo tempo em que se preserva a efetividade das decisões judiciais (Bobsin, 2021).

2.2 A JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL

A saúde, enquanto direito fundamental, é reconhecida constitucionalmente no Brasil, estabelecendo uma obrigação direta ao Estado na formulação e implementação de políticas públicas que assegurem seu acesso universal. Esse reconhecimento impõe ao poder público não apenas a prestação de serviços médicos e hospitalares, mas também a criação de condições sociais e estruturais que promovam o bem-estar da população. No entanto, a efetivação desse direito enfrenta desafios relacionados à alocação de recursos, à gestão da saúde pública e às desigualdades regionais no atendimento.

Diante dessas dificuldades, a insuficiência das políticas públicas em garantir plenamente o acesso à saúde tem levado cidadãos a recorrerem ao Poder Judiciário para obter tratamentos, medicamentos e serviços que deveriam ser assegurados pelo Estado ou pelas operadoras de planos de saúde. Esse fenômeno, conhecido como judicialização da saúde, reflete tanto a necessidade de tutela jurisdicional do direito à saúde quanto os limites estruturais e financeiros do SUS e do setor privado. O crescimento das demandas judiciais revela, portanto, um descompasso entre a previsão normativa da saúde como direito e sua concretização na prática, exigindo uma análise sobre os impactos da intervenção judicial na formulação e execução das políticas de saúde no Brasil.

2.2.1 Saúde como Direito Fundamental

O direito à saúde está constitucionalmente assegurado no Brasil como um direito social fundamental. A Constituição Federal de 1988, em seu artigo 6º, define a saúde como um direito básico da população: Art. 6º. São direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição (Brasil, 1988).

Essa previsão reforça a obrigação estatal na garantia desse direito. No artigo 196 da Carta Magna, fica claro o dever do Estado de viabilizar a saúde por meio de políticas públicas: Art. 196. 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).

A inserção da saúde no rol de direitos fundamentais evidencia sua dimensão social e sua exigibilidade direta, impondo ao Estado não apenas uma postura passiva, mas também ativa, no sentido de concretizar políticas efetivas para sua materialização. É necessário destacar que esse direito não se limita à oferta de serviços médicos, mas também abrange medidas de prevenção e promoção da saúde, conforme previsto na legislação (Gomes, 2021).

“O direito à saúde, em sentido amplo, compreende o objeto central do presente trabalho, sendo consagrado pela Carta Magna de 1988 sob a égide de direito social, o mesmo constitui-se no dever do Estado em implementar e efetivar políticas públicas que versem sobre o tema.” (Gomes, 2021, p. 11).

E ainda é possível complementar com outro excerto da mesma obra que reforça o entendimento da saúde como direito fundamental:

“O direito à saúde não se restringe apenas a poder ser atendido no hospital ou em unidades básicas. Assim, mesmo o acesso a serviços tenha relevância, como direito fundamental, o direito à saúde abrange também a garantia ampla de qualidade de vida, em associação a outros direitos básicos, como educação, saneamento básico, atividades culturais e segurança.” (Gomes, 2021, p. 20).

A efetivação desse direito ocorre por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado pela Lei nº 8.080/90, que estrutura a prestação dos serviços públicos de saúde. Seu artigo 7º estabelece os princípios fundamentais que orientam a atuação do SUS: Art. 7º. As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios: I. universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; II. integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; IV. igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; VIII. participação da comunidade; IX. descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo (Brasil, 1990).

A regulamentação do SUS visa estruturar o acesso aos serviços de saúde de maneira equitativa e universal. O Sistema Único de Saúde (SUS) foi instituído pela Lei Orgânica da Saúde de 1990, com o objetivo de estruturar o acesso aos serviços públicos de saúde no Brasil. Seus princípios fundamentais universalidade, integralidade e equidade garantem que qualquer cidadão, independentemente de sua condição social ou econômica, tenha direito a atendimento gratuito. Silva (2022) argumenta que essa concepção reflete um compromisso

com a justiça social, ao assegurar a saúde como um direito fundamental. Entretanto, a efetivação desse direito ainda enfrenta barreiras estruturais, especialmente no que se refere às disparidades regionais e à insuficiência de financiamento.

A viabilidade do SUS depende de um modelo de financiamento adequado e de práticas de gestão que garantam a aplicação eficiente dos recursos (Gomes, 2021). A adoção de políticas de austeridade fiscal e o subfinanciamento crônico do sistema têm se mostrado entraves persistentes, dificultando a ampliação e a manutenção dos serviços oferecidos. Segundo Silva (2022), a constitucionalização da saúde como direito fundamental representou um marco para a garantia do acesso universal, mas sua concretização ainda sofre com dificuldades operacionais, como restrições orçamentárias e deficiências na administração pública.

A descentralização da gestão do SUS foi estabelecida para permitir que estados e municípios tenham autonomia na formulação de políticas de saúde, ajustando-as às particularidades locais. No entanto, essa descentralização não ocorre sem desafios, uma vez que a falta de coordenação entre os diferentes níveis de governo pode comprometer a equidade e a padronização dos serviços. Conforme apontam Latorraca et al. (2022), um dos principais obstáculos para a efetivação das diretrizes do SUS está na carência de infraestrutura e de profissionais qualificados, o que impacta diretamente a qualidade do atendimento.

A implementação de políticas públicas voltadas para a saúde experimentou avanços significativos a partir da década de 1990, com a criação de programas como o Programa Agente Comunitário de Saúde e a Política Nacional de Atenção Básica. No início dos anos 2000, o aumento dos investimentos no setor possibilitou a expansão de iniciativas voltadas para a equidade no atendimento, incluindo serviços de urgência e emergência, assistência odontológica e a estruturação da Rede Cegonha. Souza (2012) destaca que

“o aumento da litigiosidade envolvendo o Poder Público, particularmente no que tange às demandas relacionadas a políticas públicas, demonstra a necessidade de fortalecimento de mecanismos que promovam soluções consensuais, capazes de reduzir o impacto da judicialização na gestão administrativa e financeira dos entes públicos” (p. 39).

Tais programas, portanto, além de ampliar o acesso, contribuem para fortalecer a governança pública e reduzir os efeitos negativos da judicialização sobre o planejamento e a execução das ações de saúde.

Enquanto Silva (2022) e Latorraca et al. (2022) enfatizam a relevância dos princípios

que fundamentam o SUS, Campos (2000) argumenta que a superação dos desafios da saúde pública exige uma abordagem que integre diferentes áreas do conhecimento.

“Uma teoria sobre a produção de saúde funcionaria como patrimônio orientador de todas as práticas sanitárias e não seria construída somente com base em uma perspectiva centrada no social ou na epidemiologia, mas no uso diversificado de distintos saberes” (Campos, 2000, p. 227).

A promoção da saúde, portanto, vai além da simples disponibilização de serviços médicos, envolvendo fatores sociais, econômicos e culturais que afetam diretamente o bem-estar da população..

Nessa perspectiva, Carvalho (2013) ressalta que o aprimoramento contínuo do SUS requer a interação entre diversos setores e a participação ativa da sociedade na definição das políticas públicas, a fim de assegurar a efetividade desse direito fundamental.

No entanto, a implementação desse sistema enfrenta desafios operacionais e financeiros, como o subfinanciamento crônico, identificado por Gomes (2021) como um dos principais entraves para a efetividade do direito à saúde.

“o financiamento deste sistema permanece insuficiente em função do tamanho da demanda que deve ser alcançado pelo sistema, provocando a ocorrência de inúmeras omissões por parte do Estado, que tem o dever constitucional de garantir esse direito fundamental a todos os cidadãos” (Gomes, 2021, p. 20).

Segundo a autora, Esse descompasso entre a demanda crescente e os recursos disponíveis gera dificuldades na oferta de serviços essenciais, comprometendo a efetividade das políticas públicas de saúde.

A previsão constitucional do direito à saúde e sua operacionalização no SUS geram um conjunto de obrigações estatais voltadas para sua garantia. Segundo Hachem (2013, p. 647): (i) em razão do duplo caráter dos direitos fundamentais (subjetivo e objetivo), bem como de sua multifuncionalidade, cada norma de direito fundamental dirige ao Estado uma plêiade de deveres jurídicos distintos, gerando, em contrapartida, uma variedade de pretensões jurídicas jusfundamentais; (ii) algumas dessas pretensões, ligadas a um único direito fundamental, são titularizadas por indivíduos determinados e singularmente considerados, ao passo que outras, decorrentes do mesmo direito, gozam de titularidade transindividual (relacionada a um grupo determinado ou a uma coletividade indeterminável).

Essa caracterização reforça a necessidade de que políticas de saúde contemplem tanto a garantia de direitos individuais quanto a efetivação coletiva, através da estruturação dos serviços públicos e da ampliação do acesso a tratamentos. O Estado, portanto, deve desenvolver ações que atendam às demandas populacionais de forma eficiente e transparente.

A atuação do Estado na garantia do direito à saúde, no entanto, enfrenta limitações que não se restringem ao subfinanciamento, mas também refletem problemas estruturais de gestão pública. Embora o texto de Carli e Ribas (2020) não aborde especificamente o setor da saúde, os autores destacam que a ineficiência na administração pública compromete a efetivação de direitos fundamentais, exigindo maior racionalidade no uso dos recursos públicos. Segundo eles,

[...] o Estado, por meio da extrafiscalidade, deveria passar a utilizar o tributo como um instrumento de regulação, propiciando mecanismos de estímulos à adoção de desenvolvimento e implementação do uso de tecnologias nas cidades, com o objetivo de alcançar determinados fins que são caros à humanidade, como a possibilidade de termos uma transformação das cidades em ambientes com qualidade de vida e que acompanhem os anseios da sociedade moderna” (Carli; Ribas, 2020, p. 133).

Essa reflexão se aplica também ao contexto da saúde pública, no qual lacunas na gestão, desperdícios e ausência de planejamento estratégico comprometem a qualidade dos serviços prestados, gerando prejuízos diretos à população e à sustentabilidade do sistema.

Para Bernardinis et al. (2024), a discussão acerca da efetividade do direito à saúde deve considerar não apenas sua previsão normativa, mas também os mecanismos necessários para sua implementação concreta. A alocação racional de recursos e a formulação de políticas públicas mais eficientes são medidas imprescindíveis para evitar a deterioração dos serviços e garantir que o direito à saúde se materialize na prática.

A concretização desse direito exige um modelo de governança baseado na gestão eficaz dos recursos e na fiscalização da aplicação dos investimentos na saúde. A efetividade do direito à saúde passa, assim, pela consolidação de um sistema de proteção social forte e pela eliminação das barreiras estruturais que impedem seu pleno acesso. Como alertam Bernardinis et al. (2024), “a política de Assistência Farmacêutica parece não ser observada, o que pode prejudicar o planejamento e administração dos recursos, que são escassos e devem ser delineados pelas políticas de saúde” (p. 7).

Essa ineficiência na alocação de recursos, segundo os autores, “se contrapõe ao princípio da equidade, podendo ocasionar desigualdades de acesso, uma vez que prioriza necessidades individuais e desconsidera a coletividade” (Bernardinis et al., 2024, p. 7).

Apesar da previsão constitucional e dos esforços normativos para a garantia do direito à saúde, sua efetivação enfrenta entraves relacionados à alocação de recursos, gestão ineficaz e desigualdades no acesso. Diante dessas dificuldades, cresce a necessidade de intervenção do Poder Judiciário como mecanismo de correção das falhas do sistema. O

aumento da judicialização da saúde reflete não apenas a busca pela garantia de direitos individuais, mas também a fragilidade das políticas públicas na promoção de um atendimento universal e equitativo. Esse cenário levanta questionamentos sobre os impactos dessa intervenção no equilíbrio institucional e na formulação de políticas de saúde, tornando essencial a análise das razões e consequências da judicialização na concretização do direito à saúde no Brasil.

2.2.2 Judicialização da Saúde

A análise da judicialização, conforme discutida anteriormente, demonstrou que o fenômeno se caracteriza pelo deslocamento da tomada de decisões relevantes para o Poder Judiciário, influenciando diretamente a governança e a formulação de políticas públicas. No contexto da saúde, esse fenômeno se manifesta de maneira ainda mais sensível, uma vez que envolve a garantia de um direito fundamental. A Constituição Federal de 1988 consolidou a saúde como um direito social essencial, atribuindo ao Estado a responsabilidade de assegurar seu acesso universal e igualitário por meio de políticas públicas efetivas como analisado no tópico anterior.

Contudo, a distância entre a normatividade constitucional e a realidade prática tem impulsionado a busca pelo Judiciário como meio de garantir o cumprimento desse direito. O crescimento expressivo das demandas judiciais voltadas à obtenção de medicamentos, tratamentos e procedimentos médicos evidencia as dificuldades enfrentadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e pelo setor privado na prestação de serviços de forma integral e equânime (Gomes, 2021). Dessa forma, a judicialização da saúde não apenas reflete a insuficiência das políticas públicas em atender às necessidades da população, mas também levanta debates sobre os impactos dessa intervenção judicial na gestão e no financiamento da saúde no Brasil.

A judicialização da saúde no Brasil tem se consolidado como um fenômeno crescente, impulsionado por fragilidades na gestão e na execução de políticas públicas de saúde. Segundo Bernardinis et al. (2024), a judicialização da saúde tem se tornado uma crescente preocupação, com um aumento significativo no volume de ações judiciais envolvendo demandas de saúde no Brasil. Este fenômeno evidencia a insuficiência das políticas públicas na garantia do direito à saúde, forçando os cidadãos a recorrerem ao Poder Judiciário para garantir acesso a tratamentos, medicamentos e procedimentos médicos

necessários.

A Constituição Federal de 1988 estabelece a saúde como um direito fundamental de todos e um dever do Estado (art. 196). Como mencionado anteriormente, a ineficiência na gestão dos serviços de saúde tem levado à inobservância desse preceito, o que resulta na frequente intervenção do Judiciário para garantir o fornecimento de medicamentos e tratamentos. Segundo Calabrez e Modesto (2024),

“a efetivação desse direito enfrenta desafios significativos, decorrentes da falta de políticas públicas eficazes. A população frequentemente se depara com a morosidade no atendimento, negativas injustificadas na esfera administrativa e escassez de recursos. Diante dessa realidade, muitos cidadãos recorrem ao Judiciário como uma alternativa para garantir o acesso aos tratamentos e medicamentos necessários, o que configura a 'judicialização da saúde'” (p. 5).

A judicialização, portanto, não é um fenômeno isolado, mas um reflexo da omissão do Estado na concretização de políticas de saúde eficazes. Além disso, parte desse fenômeno também se sustenta no uso recorrente do argumento da “reserva do possível”, frequentemente mobilizado pelos gestores públicos como justificativa para a não efetivação plena do direito à saúde. Contudo, esse argumento, quando manejado de forma indiscriminada, pode gerar sérias restrições ao acesso a direitos fundamentais. Como adverte Sarlet (2007),

“O argumento da reserva do possível não pode ser manejado de forma a esvaziar o conteúdo essencial dos direitos fundamentais, sobretudo aqueles ligados ao mínimo existencial.” (Sarlet, 2007, p. 87).

Dessa forma, a utilização desse dispositivo jurídico não deve servir como barreira para o cumprimento de obrigações estatais relacionadas à saúde, especialmente no que se refere à garantia dos direitos sociais básicos e da dignidade da pessoa humana.

Dentre as principais causas desse fenômeno, destaca-se a gestão ineficiente dos recursos da saúde. Estudos apontam que cerca de 62% dos medicamentos solicitados via decisões judiciais já constam nas listas padronizadas do Sistema Único de Saúde (SUS), o que indica falhas no fornecimento e na administração desses insumos (Bacoli, 2019). Essa realidade revela que muitos processos poderiam ser evitados se houvesse uma melhor gestão dos estoques e dos fluxos de distribuição de medicamentos e tratamentos. Entretanto, Carli e Ribas (2020) argumentam que a gestão ineficiente não pode ser utilizada como justificativa para a negação do direito fundamental à saúde. A autora propõe um modelo de diálogo entre empresas privadas do setor de saúde e o poder público, com base na teoria da ação comunicativa de Habermas, visando maior efetividade no atendimento da população.

Outro fator relevante é o subfinanciamento do SUS. Calabrez e Modesto (2024)

argumentam que a escassez de recursos impacta diretamente a capacidade do sistema de atender à demanda populacional, obrigando pacientes a buscarem soluções por meio da via judicial.

“No entanto, a efetivação desse direito enfrenta desafios significativos, decorrentes da falta de políticas públicas eficazes. A população frequentemente se depara com a morosidade no atendimento, negativas injustificadas na esfera administrativa e escassez de recursos. Diante dessa realidade, muitos cidadãos recorrem ao Judiciário como uma alternativa para garantir o acesso aos tratamentos e medicamentos necessários, o que configura a 'judicialização da saúde'” (Calabrez; Modesto, 2024, P. 5).

O congelamento dos investimentos na saúde, aliado à crescente demanda por serviços, agrava o quadro e gera um ciclo vicioso, no qual a insuficiência de recursos leva à judicialização, que por sua vez desorganiza ainda mais a gestão financeira do setor.

Carli e Ribas (2020), contudo, ressaltam que a reserva do possível tem sido utilizada como justificativa estatal para a não alocação de recursos suficientes à saúde, o que compromete a concretização do direito à saúde e viola o princípio da dignidade da pessoa humana.

A literatura também discute o impacto da judicialização na governabilidade das políticas públicas de saúde, destacando que a intervenção judicial pode comprometer a alocação racional dos recursos, ao determinar gastos inesperados e fora do planejamento estatal (Bernardinis et al., 2024). Esses excessos e inconsistências da judicialização não são apenas problemáticos em si, mas também colocam em risco a continuidade das políticas de saúde pública, desorganizando a atividade administrativa e dificultando a alocação racional dos recursos escassos. Nesse contexto, Barroso (2009, p. 04) argumenta que: Tais excessos e inconsistências [da judicialização da saúde] não são apenas problemáticos em si. Eles põem em risco a própria continuidade das políticas de saúde pública, desorganizando a atividade administrativa e impedindo a alocação racional dos escassos recursos públicos. [...] Trata-se de hipótese típica em que o excesso de judicialização das decisões políticas pode levar à não realização prática da Constituição Federal. (Barroso, 2009, p. 04)

Contudo, não há evidências empíricas que sustentem a tese de que a judicialização compromete a sustentabilidade do sistema. Carli e Ribas (2020) defendem que, ao invés de contestar a judicialização, o Estado deveria buscar soluções estruturais para garantir que os serviços de saúde sejam acessíveis a toda a população, sem a necessidade de intervenção do Judiciário.

Durante a pandemia de Covid-19, a judicialização da saúde adquiriu novas dimensões. Houve um aumento significativo de ações judiciais relacionadas ao fornecimento

de leitos de UTI, medicamentos experimentais e insumos hospitalares (Gomes, 2021). A crise sanitária evidenciou ainda mais a fragilidade da gestão pública da saúde e reforçou a necessidade de um sistema mais preparado para responder às demandas da população. Carli e Ribas (2020) enfatizam que a pandemia expôs as fragilidades do argumento da reserva do possível, uma vez que ficou evidente que, diante de uma crise de grandes proporções, o Estado pode e deve mobilizar recursos para garantir a efetiva prestação dos serviços de saúde.

Batistella (2018) contribui para a discussão ao apresentar dados sobre a caracterização dos processos de judicialização da saúde em um município de grande porte. Em seu estudo, foram analisados 706 processos judiciais, dos quais 88,1% estavam relacionados à solicitação de medicamentos. A autora destaca que 99,2% dos medicamentos requeridos tinham registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), mas 80,1% não constavam na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), o que evidencia que muitas das demandas judiciais são motivadas pela ausência de determinados fármacos nas listas padronizadas do SUS.

Além disso, Batistella (2018) observa em sua pesquisa que a maior parte das prescrições médicas foram emitidas por profissionais da rede pública de saúde, o que indica que a falta de acesso a medicamentos não padronizados não é apenas uma questão de demanda individual, mas também reflete a ausência de alternativas terapêuticas adequadas dentro do sistema público. A autora sugere que a ampliação da RENAME, baseada em critérios científicos e epidemiológicos, poderia minimizar a necessidade de judicialização.

Bernardes (2023) acrescenta uma nova perspectiva à discussão ao analisar o papel do Ministério Público na garantia do acesso à saúde, especialmente durante a pandemia da Covid-19. Segundo o autor, o Ministério Público do Estado do Tocantins (MP-TO) adotou uma atuação estratégica, utilizando instrumentos legais não apenas para assegurar a oferta de leitos hospitalares, mas também para minimizar as perdas de vacinas e enfrentar os gargalos estruturais do sistema de saúde. Essa atuação demonstra como o fortalecimento dos mecanismos de governança pública e a fiscalização efetiva dos serviços são fundamentais para mitigar os efeitos da precarização da saúde pública e, consequentemente, reduzir a pressão sobre o Judiciário. Como destaca Bernardes (2023),

[...] foi possível verificar as ações do Ministério Público do Tocantins para enfrentar a pandemia da covid-19, demonstrando que, dentro do possível, utilizou dos instrumentos legais que dispunha para garantia do acesso à saúde, mais especificamente, acesso a leitos hospitalares e perdas de vacinas. Embora não tenha um resultado numérico da redução de mortes devido às ações, é inegável que tais ações minimizaram o número de mortes, visto que sem tais ações, os resultados de

óbitos seriam maiores” (p. 104).

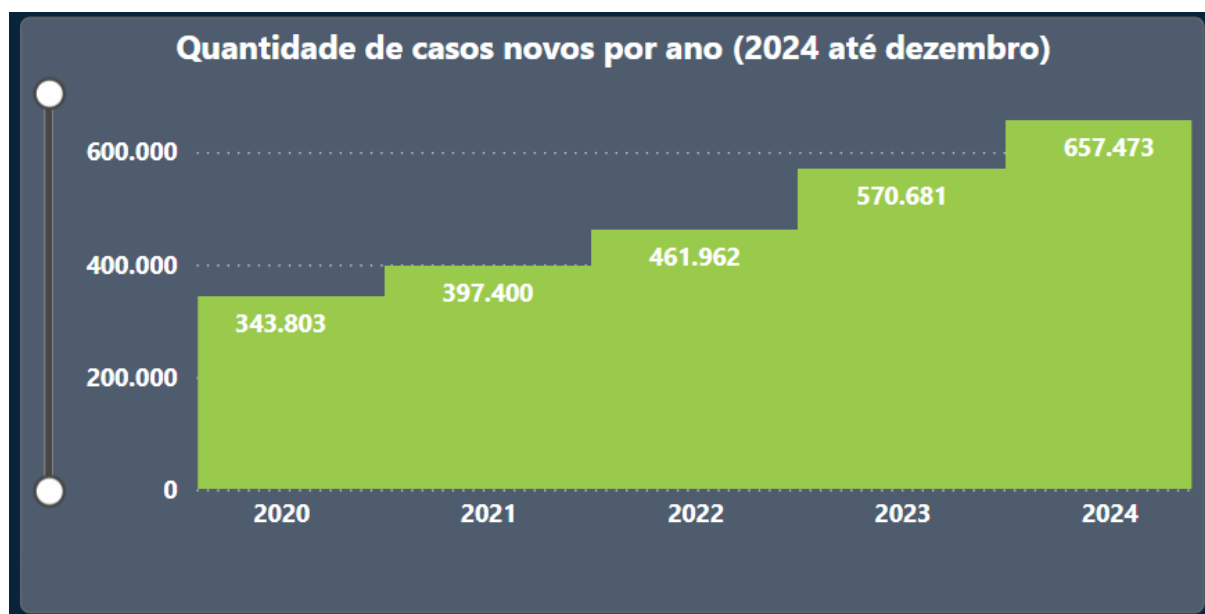
Esse cenário reforça que, em contextos de crise, a fragilidade na gestão dos insumos e dos serviços essenciais não apenas agrava as desigualdades no acesso, como também impulsiona a judicialização da saúde, tornando urgente o aperfeiçoamento das práticas de governança, planejamento e fiscalização na área da saúde pública.

Nesse contexto, Castro (2024) destaca que: O problema público surge quando há falhas na prestação de serviços à população, como nas situações que listamos a seguir: 1. Ausência de recursos para comprar medicamentos comuns, equipamentos usuais, insumos para cumprimento de decisões judiciais; 2. Julgamentos sem o necessário conhecimento técnico da matéria objeto da lide (área da saúde); 3. Decisões judiciais que prejudicam as diretrizes das políticas públicas voltadas para a área de saúde; 4. O direito à saúde de um indivíduo se sobrepõe ao direito da coletividade que busca o mínimo necessário para manutenção de sua saúde; 5. Decisões impossíveis de serem executadas pelo Poder Público, ora de cunho orçamentário, ora por ausência de registro do fármaco pleiteado nos órgãos de controle e vigilância e ora por inexistência de comprovação de resultados eficazes. (Castro, 2024, p. 55).

As falhas estruturais na prestação dos serviços de saúde evidenciadas por Castro (2024) se refletem no crescimento da judicialização. O relatório Justiça em Números 2024 do Conselho Nacional de Justiça (CNJ) aponta que, em 2023, foram registrados 35 milhões de novos processos no Judiciário, o maior número da série histórica. Entre esses, uma parcela significativa está relacionada à saúde, reforçando o impacto desse fenômeno no sistema de justiça.

Os dados do Painel de Monitoramento da Judicialização da Saúde do CNJ indicam um crescimento expressivo das demandas judiciais na área da saúde. Em 2024, até dezembro, foram registrados 657.473 novos processos, representando uma tendência de alta em comparação aos anos anteriores: 343.803 processos em 2020, 397.400 em 2021, 461.962 em 2022 e 570.681 em 2023. Além disso, o número total de processos pendentes ao final de 2024 foi 851.727, com um tempo médio de tramitação de 689 dias. A taxa de congestionamento, que mede a dificuldade na resolução desses casos, foi 59,3% (bruta) e 56,7% (líquida), indicando que mais da metade dos processos ingressados ainda permanecem sem resolução.

Figura 1 - Evolução da quantidade de novos processos judiciais na área da saúde (2020-2024)



Fonte: Painel de Monitoramento da Judicialização da Saúde – Conselho Nacional de Justiça (CNJ, 2025)

Esses dados reforçam a crescente judicialização da saúde no Brasil, demonstrando que o acesso a tratamentos médicos e medicamentos tem sido frequentemente resolvido por meio do sistema judicial, muitas vezes como reflexo da fragilidade do financiamento no setor.

Além do volume crescente de demandas, o relatório destaca o impacto da judicialização na morosidade processual. O tempo médio de tramitação dos processos baixados foi de 2 anos e 7 meses, podendo chegar a 7 anos e 9 meses no caso das execuções fiscais, o que sobrecarrega o Judiciário e dificulta a efetivação de direitos (CNJ, 2024). O congestionamento processual também é preocupante: as execuções fiscais representam 31% de todos os casos pendentes e 59% do total de execuções, com uma taxa de congestionamento de 87,8% nesses processos, contribuindo para o atraso no julgamento de ações relacionadas à saúde (CNJ, 2024).

Entretanto, mesmo diante do aumento da judicialização, o CNJ destaca que houve avanços na eficiência do Judiciário. A taxa de congestionamento da Justiça brasileira caiu para 70,5% em 2023, o segundo melhor resultado em 15 anos. No mesmo período, foram baixados 35 milhões de processos e proferidas 33 milhões de sentenças, demonstrando um esforço para lidar com a alta demanda judicial (CNJ, 2024). Como medida para reduzir a sobrecarga do sistema, o relatório aponta que iniciativas voltadas à desjudicialização, como os acordos firmados entre o CNJ, estados e prefeituras para extinguir execuções fiscais, podem contribuir para agilizar a tramitação de ações judiciais na área da saúde (CNJ, 2024).

Apesar desses avanços, a judicialização da saúde continua a refletir fragilidades estruturais do sistema público e dificuldades no acesso a tratamentos essenciais. O aumento

do volume de ações judiciais evidencia que a resposta do Judiciário, embora mais ágil, ainda não é suficiente para solucionar as lacunas existentes na formulação e na execução das políticas públicas de saúde. Assim, torna-se indispensável uma análise aprofundada dos impactos dessa intervenção sobre a administração pública e a distribuição dos recursos na área da saúde.

2.3 JUDICIALIZAÇÃO E AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE

A interferência do Poder Judiciário nas políticas de saúde altera a dinâmica administrativa, criando desafios para o planejamento e a execução das ações governamentais. O crescimento do número de decisões judiciais determinando o fornecimento de medicamentos e tratamentos específicos impacta a alocação de recursos, muitas vezes desviando verbas de programas previamente estabelecidos para atender a determinações judiciais individuais. Nesse sentido,

[...] o Judiciário vem recepcionando as demandas individuais, deferindo a maioria dos pedidos relacionado ao fornecimento de medicamentos, obrigando os gestores de saúde a fornecerem os produtos demandados pelos requerentes e, resultando num desequilíbrio no âmbito dos recursos financeiros públicos” (Gomes, 2021, p. 13).

Esse fenômeno gera um desequilíbrio na destinação dos recursos, o que compromete a execução de políticas públicas planejadas a longo prazo.

Além da fragmentação orçamentária, a judicialização também compromete a previsibilidade financeira e administrativa do setor de saúde. Enquanto as políticas públicas de saúde são formuladas com base em diretrizes estratégicas e critérios epidemiológicos, as decisões judiciais costumam priorizar casos individuais, criando um cenário de insegurança na distribuição de recursos. Segundo dados do Conselho Nacional de Justiça (CNJ, 2024), os gastos com demandas judiciais de saúde têm crescido significativamente, representando uma parcela cada vez mais expressiva do orçamento da área. Esse impacto financeiro reforça a necessidade de aprimoramento da gestão pública, evitando que decisões individuais comprometam o planejamento estratégico da saúde (Bernardes, 2023).

“Os elevados custos provenientes do cumprimento de decisões judiciais na área da saúde impõem desafios consideráveis ao orçamento público, comprometendo o planejamento financeiro e a execução de políticas públicas estruturadas, especialmente no âmbito da saúde coletiva.” (Bernardes, 2023, p. 24).

Além do impacto orçamentário, a judicialização afeta a governança do setor de

saúde. O descompasso entre decisões judiciais e planejamento estratégico compromete a implementação de programas de saúde pública, pois gestores frequentemente precisam readequar suas políticas para atender às ordens judiciais.

Como apontam Oliveira (2023) e Bernardes (2023), a falta de uma coordenação eficaz entre os entes federativos e o Judiciário resulta em conflitos institucionais e ineficiências na gestão pública. Para Barroso (2009), esse fenômeno pode levar à desorganização administrativa e comprometer a continuidade das políticas de saúde, evidenciando a necessidade de um modelo mais estruturado para lidar com o crescimento dessas demandas.

Outro ponto de preocupação é a desigualdade gerada pelo acesso desigual à via judicial. Indivíduos que possuem maior capacidade de mobilização de recursos para acionar o Judiciário acabam tendo acesso facilitado a tratamentos médicos e medicamentos que, muitas vezes, não estão disponíveis para a população em geral.

Esse fator agrava as disparidades no acesso à saúde, colocando em risco o princípio da equidade, um dos pilares do Sistema Único de Saúde (SUS). Dados do CNJ (2024) indicam que as decisões judiciais muitas vezes favorecem grupos com maior poder econômico, enquanto a população mais vulnerável permanece dependente da morosidade do sistema público.

Diante desses desafios, surgem diferentes propostas para mitigar os efeitos negativos da judicialização. O fortalecimento de instâncias administrativas para a resolução de conflitos e a adoção de diretrizes mais claras para o fornecimento de medicamentos e tratamentos são algumas das estratégias que têm sido discutidas por especialistas e gestores públicos. Em diversos estados, já existem núcleos de apoio técnico ao Judiciário, compostos por profissionais de saúde que auxiliam na tomada de decisões judiciais baseadas em critérios técnicos e científicos (CNJ, 2024). Segundo Bernardes (2023), a criação desses núcleos tem reduzido o volume de ações judiciais baseadas em argumentos frágeis, promovendo uma gestão mais eficiente dos recursos de saúde.

A seguir, o Quadro 8 com algumas das principais políticas públicas adotadas para minimizar os impactos da judicialização da saúde no Brasil:

Quadro 8— Políticas públicas para mitigar os impactos da judicialização da saúde

Política Pública	Objetivo
Núcleos de Apoio Técnico ao Judiciário (NAT-Jus)	Fornecer embasamento técnico para decisões judiciais na área da saúde
Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas	Estabelecer critérios científicos para a concessão de tratamentos

(PCDT)	pelo SUS
Câmaras de Resolução de Litígios de Saúde (CRLS)	Criar espaços extrajudiciais para resolução de conflitos na área da saúde
Pactos Interinstitucionais	Promover o diálogo entre Judiciário e gestores de saúde para melhorar a alocação de recursos
Fortalecimento da Atenção Básica	Reduzir a necessidade de judicialização por meio da ampliação do acesso aos serviços de saúde

Fonte: Elaborado pela autora, com base em dados do CNJ (2024).

A implementação dessas políticas públicas representa um passo importante para a redução da judicialização da saúde e para o fortalecimento da governança do setor. Contudo, sua efetividade depende da articulação entre os diferentes entes federativos, do comprometimento das instituições públicas e da adoção de um planejamento estratégico voltado à sustentabilidade do sistema de saúde. Conforme apontam Gomes (2021) e Oliveira (2023), a integração entre Judiciário, Ministério da Saúde e gestores estaduais é essencial para evitar decisões contraditórias e otimizar a aplicação dos recursos públicos.

“Desse modo, é necessário que se estabeleça parâmetros para a atuação do Judiciário no âmbito das políticas públicas estabelecidas pelo Executivo, para evitar que haja violação ao princípio da reserva do possível – ou seja, quando é necessário fazer escolhas entre a necessidade e a possibilidade orçamentária do Estado, sem gerar desequilíbrio financeiro aos entes envolvidos.” (Gomes, 2021, p. 31).

Além disso, é essencial que essas políticas sejam continuamente avaliadas e aprimoradas, considerando as mudanças no perfil epidemiológico da população e a evolução das tecnologias médicas. A judicialização da saúde não pode ser vista apenas como um problema administrativo, mas como um reflexo da necessidade de aperfeiçoamento das políticas públicas voltadas à garantia do direito à saúde. Para Bernardes (2023), a adoção de mecanismos de mediação e conciliação pode minimizar litígios desnecessários, garantindo que apenas demandas legítimas cheguem ao Poder Judiciário.

Dessa forma, a compreensão da judicialização da saúde deve ser acompanhada de um olhar crítico sobre os desafios enfrentados na implementação de políticas públicas eficazes. A análise das medidas já adotadas e dos seus resultados pode contribuir para a construção de um modelo mais equilibrado, que assegure a efetividade dos direitos fundamentais sem comprometer a organização e o funcionamento do sistema público de saúde.

Nesse contexto, a relação entre a judicialização da saúde e os compromissos assumidos pelo Brasil na Agenda 2030 das Nações Unidas exige uma abordagem integrada. O Objetivo de Desenvolvimento Sustentável (ODS) 3, que visa assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades, impõe desafios adicionais à gestão do sistema de saúde. A crescente interferência judicial pode impactar diretamente a

implementação de políticas voltadas à universalização do acesso à saúde, exigindo uma avaliação dos seus efeitos sobre a governança do setor e o cumprimento das metas internacionais.

2.4 O IMPACTO DA JUDICIALIZAÇÃO NO SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE

A judicialização da saúde no Brasil tem gerado um impacto significativo no sistema público de saúde, com implicações complexas e multifacetadas. Esse fenômeno ocorre quando a população recorre ao Judiciário para garantir o acesso a serviços e tratamentos de saúde que não estão sendo adequadamente fornecidos pelo sistema público. O impacto da judicialização pode ser analisado sob diversas perspectivas, como a sobrecarga do sistema judiciário, a alocação de recursos públicos e as consequências para a gestão pública da saúde.

A sobrecarga do sistema judiciário constitui um dos principais efeitos da judicialização da saúde no Brasil. O aumento do número de ações judiciais relacionadas à garantia de acesso à saúde pública tem imposto uma carga adicional ao Poder Judiciário, comprometendo sua capacidade de dar vazão a outras demandas e, consequentemente, resultando no acúmulo de processos (Martins et al., 2022). De acordo com Diniz, Machado e Penalva (2014), a judicialização da saúde se consolidou como uma prática recorrente no país, sobretudo em decorrência das limitações e ineficiências do sistema público de saúde em atender às necessidades da população, o que leva os cidadãos a recorrerem ao Judiciário como meio de acesso a tratamentos, internações e medicamentos. As autoras destacam que:

“A judicialização da saúde é uma questão recente no Brasil. Por judicialização da saúde, deve-se entender uma questão ampla e diversa de reclame de bens e direitos nas cortes: são insumos, instalações, medicamentos, assistência em saúde, entre outras demandas a serem protegidas pelo princípio do direito à saúde. A origem da questão é ainda incerta, não apenas pela ausência de estudos empíricos sistemáticos e comparativos no país, mas principalmente pela amplitude da judicialização e seus diferentes níveis de expressão nas cortes.” (Diniz; Machado; Penalva, 2014, p. 592).

E ainda complementam:

“Esses desafios podem se caracterizar como falhas da política (por exemplo, se o bem demandado já é objeto de uma política pública, mas sua obtenção não foi possível ou foi inadequada através da esfera administrativa), ou mesmo entraves à compreensão da política para sua operacionalização nas diferentes esferas do Poder Público, e, como resultado, a judicialização tanto pode ser um recurso para a garantia do justo em saúde quanto uma interferência indevida do Poder Judiciário no funcionamento da política de saúde.” (Diniz; Machado; Penalva, 2014, p. 593).

As implicações econômicas e financeiras também são profundas, visto que as decisões judiciais muitas vezes obrigam o Estado a fornecer tratamentos, medicamentos ou

exames que não estavam previstos no orçamento da saúde. De acordo com Buíssa, Bevilacqua e Moreira (2019), a judicialização gera uma pressão sobre os recursos públicos, desviando-os de outras áreas da saúde e impactando negativamente o financiamento de programas de saúde preventiva e básica. Isso ocorre porque, muitas vezes, as ações judiciais envolvem medicamentos ou tratamentos de alto custo, que não fazem parte da rede de atenção primária ou dos protocolos médicos estabelecidos.

A judicialização da saúde também apresenta desafios para a gestão pública, uma vez que os gestores são frequentemente forçados a priorizar ações determinadas pelo Judiciário, em detrimento de políticas públicas mais amplas. Para Carlini (2012), a gestão pública da saúde no Brasil enfrenta uma pressão crescente devido às decisões judiciais que impõem tratamentos específicos, desviando a atenção de questões estruturais do sistema de saúde, como a melhoria da infraestrutura e a qualificação dos serviços prestados. Esse descompasso entre as prioridades judiciais e as necessidades do sistema de saúde pode comprometer a eficácia das políticas públicas.

Além disso, a judicialização tem gerado importantes assimetrias no acesso aos serviços de saúde, uma vez que favorece majoritariamente os indivíduos que possuem condições econômicas, sociais e cognitivas para acionar o Poder Judiciário. Nesse contexto, observa-se que a judicialização da saúde não se apresenta como um instrumento universal de garantia de direitos, mas, frequentemente, como um mecanismo que reforça desigualdades já existentes. Estudos de Gonçalves (2013) evidenciam que esse processo tende a beneficiar parcelas da população com maior poder aquisitivo e maior acesso aos instrumentos jurídicos geralmente as classes médias e altas, enquanto as camadas socialmente mais vulneráveis permanecem à margem, sem condições efetivas de ingressar no sistema judicial para reivindicar seus direitos, inclusive no campo da saúde.

Essa lógica produz um efeito perverso, no qual os recursos públicos são, muitas vezes, direcionados para atender demandas individuais judicializadas movidas por quem tem acesso aos meios legais em detrimento de políticas públicas universais, coletivas e estruturantes. Nesse sentido, Gonçalves (2013) adverte que, embora o processo de judicialização tenha ampliado as atribuições do Judiciário, especialmente na proteção dos direitos fundamentais, tal expansão não pode ocorrer de forma seletiva ou excludente. Como afirma o autor,

“Quando nos referimos à possibilidade do Poder Judiciário ingressar no campo que até pouco tempo atrás era restrito aos outros poderes – questões de política – o legislador constituinte, por meio da Judicialização de algumas matérias, possibilitou a ampliação de suas atribuições. [...] No entanto, a proteção dos direitos

fundamentais deve ser pensada de forma a manter íntegro os mais diversos direitos fundamentais. Não se pode admitir a proteção de uns em detrimento de outros.” (Gonçalves, 2013, p. 27).

Esse alerta é especialmente relevante no campo da saúde, onde a destinação de recursos públicos para cumprimento de decisões judiciais individuais pode comprometer o equilíbrio e a sustentabilidade das políticas públicas universais, acirrando desigualdades sociais e produzindo cenários de injustiça distributiva.

Outro aspecto relevante é a pressão sobre os profissionais de saúde. Segundo Souza (2013), a judicialização exige que os profissionais cumpram prazos impostos pelas decisões judiciais, o que pode interferir na qualidade do atendimento prestado. Além disso, a obrigatoriedade de fornecimento de tratamentos específicos, muitas vezes sem critérios técnicos claros, gera um ambiente de insegurança jurídica e de sobrecarga de trabalho para os profissionais da saúde, que se veem forçados a cumprir ordens judiciais sem a devida capacitação ou preparo para lidar com as demandas.

Além disso, é importante destacar que, embora a judicialização tenha promovido a garantia de direitos individuais, ela também pode levar a uma prática de "jurisprudência de exceção", em que o Judiciário decide sobre questões complexas de saúde sem a devida expertise na área. Segundo Pereira (2014), isso pode resultar em decisões que não correspondem às melhores práticas médicas ou às necessidades reais da população. A falta de uma abordagem sistemática e coordenada entre o Judiciário e os gestores de saúde pode prejudicar a implementação de políticas públicas mais eficazes e sustentáveis.

A judicialização também pode ter um impacto sobre o controle social e a participação da sociedade na gestão pública. Segundo Xavier (2019), a atuação do Judiciário no campo da saúde muitas vezes ignora os mecanismos de controle social estabelecidos, como conselhos de saúde, que são fundamentais para a formulação de políticas públicas que atendam às reais necessidades da população. Dessa forma, a judicialização pode enfraquecer a participação popular, ao concentrar as decisões nas mãos de poucos indivíduos (juízes), em vez de ser um processo coletivo e inclusivo. Conforme afirmam Cirico, Resner e Rached (2019, p. 67), Constitucionalmente a saúde é um direito de todos e dever do Estado, assim dispõe os termos do Art. 196 da CF.

No entanto, não distante das demais promoções de políticas sociais públicas que estão muito aquém da realidade e necessidade da população, a saúde de baixa qualidade prestada pelo aparelhamento estatal abre margem para o surgimento da iniciativa privada atuar no setor de promoção à saúde.

Este contexto evidencia a lacuna existente no sistema público de saúde, que fomenta o crescimento da iniciativa privada em busca de suprir as deficiências no atendimento à saúde pública. Em suma, a judicialização da saúde, embora tenha sido uma ferramenta importante para garantir o acesso a tratamentos e medicamentos para a população, traz consigo desafios consideráveis, como a sobrecarga do Judiciário, o desvio de recursos financeiros e a desigualdade no acesso a serviços. Para uma gestão mais eficaz, é essencial que as questões relacionadas à saúde sejam tratadas de maneira integrada e coordenada, levando em conta as necessidades da população e as limitações do sistema público de saúde.

Este contexto, ao destacar as lacunas do sistema público de saúde e a consequente expansão da iniciativa privada no setor, evidencia a complexidade da judicialização da saúde no Brasil. A busca pela solução de falhas estruturais no atendimento à saúde pública, por meio de decisões judiciais, reflete as disparidades regionais e a necessidade de uma abordagem mais eficaz na gestão dos recursos públicos. A judicialização, embora eficaz em garantir direitos individuais, revela uma pressão crescente sobre o sistema judiciário e uma alocação de recursos muitas vezes inadequada, o que reforça a necessidade de uma análise mais detalhada sobre como essa questão se manifesta em diferentes localidades.

A partir deste panorama, o próximo capítulo examina a atuação do Tribunal de Justiça do Estado de Goiás (TJGO). Será analisado o histórico e a atuação do TJGO, a resposta do Judiciário às demandas de saúde na região e a forma como as demandas judiciais locais refletem as questões mais amplas do sistema de saúde pública e sua judicialização. Com isso, busca-se compreender a dinâmica regional dessa problemática e as implicações das decisões judiciais para o acesso à saúde no contexto local.

CAPÍTULO 3 - METODOLOGIA

A definição metodológica desta pesquisa decorre das especificidades do fenômeno analisado: a judicialização da saúde no Brasil. Nas últimas duas décadas, ações judiciais

voltadas ao fornecimento de medicamentos e tratamentos de alto custo mobilizaram tribunais, ministérios públicos, secretarias de saúde e fornecedores privados, gerando impactos diretos sobre a execução orçamentária de estados e municípios. Essa dinâmica expõe tensões entre garantias constitucionais e limites fiscais, além de evidenciar desigualdades regionais no acesso a serviços e tecnologias de saúde. Para compreender tais desdobramentos, optou-se por uma estratégia metodológica que articula dados oficiais, normas jurídicas e decisões judiciais.

A judicialização da saúde no país constitui um processo multifacetado, com implicações jurídicas, administrativas e financeiras que ultrapassam a dimensão individual das demandas judiciais. Examinar esse fenômeno exige ir além da mensuração de valores ou do número de processos, alcançando os mecanismos institucionais e normativos que moldam sua trajetória e seus efeitos distributivos. Por essa razão, a pesquisa adota uma abordagem qualitativa, voltada à interpretação e contextualização dos dados disponíveis.

A escolha por um desenho exploratório está relacionada ao estágio atual das discussões sobre o tema. Ainda não há consenso consolidado sobre seus limites jurídicos e administrativos, tampouco sobre sua relação com a organização federativa do SUS. Como apontam Creswell (2010) e Minayo (2012), métodos qualitativos são adequados para fenômenos em transformação ou em disputa conceitual. A análise sistemática de documentos e bases públicas permite identificar padrões e lacunas que dificilmente emergiriam de abordagens puramente quantitativas.

A dimensão descritiva cumpre a função de organizar, de modo rigoroso, informações sobre estrutura normativa, execução orçamentária e indicadores setoriais relacionados à judicialização. Essa sistematização viabiliza enxergar conexões que permanecem dispersas em relatórios administrativos e decisões judiciais isoladas, fornecendo um quadro sólido para a construção de interpretações críticas sobre seus impactos no SUS e no desenvolvimento regional.

3.1 FUNDAMENTOS METODOLÓGICOS E REFERENCIAIS BIBLIOGRÁFICOS

A análise documental constitui o núcleo da investigação desta pesquisa, considerando como ressalta Bardin (2011), esse tipo de procedimento não se limita à descrição, mas envolve processos de categorização e interpretação capazes de revelar contradições e silêncios nos registros oficiais. Essa perspectiva orientou a seleção e o exame de relatórios, auditorias, painéis de dados e marcos normativos produzidos por instituições públicas nacionais e organismos internacionais.

A pesquisa alia, de modo articulado, uma revisão bibliográfica estruturada com autores de pesquisas que estejam nas áreas de direito constitucional, políticas públicas e desenvolvimento, que subsidiam a definição dos eixos analíticos que orientam toda a investigação o qual serão desenvolvidos no Capítulo 4 de Resultados:

1. Direito à saúde e consolidação do SUS.
2. Judicialização e impacto orçamentário.
3. Políticas públicas e acesso à justiça.
4. Indicadores setoriais e comparações internacionais.

Os autores e referenciais teóricos apresentados foram discutidos nos capítulos anteriores e formam a base conceitual que sustenta a análise do trabalho. Eles não aparecem isolados da realidade empírica: serão retomados no capítulo de resultados, em diálogo com dados e documentos oficiais. O objetivo não é ilustrar conceitos com números, mas aproximar interpretações e evidências de modo a revelar como a judicialização da saúde se manifesta no país.

A leitura dos dados foi feita com apoio desses referenciais. Cada conjunto de informações será analisado a partir de categorias já discutidas, permitindo compreender como decisões judiciais, normas e práticas institucionais se relacionam com desigualdades regionais, limites orçamentários e formas de acesso ao SUS. O quadro a seguir reúne os principais autores e as contribuições centrais que orientam esse percurso.

Quadro 9 - Principais referências bibliográficas centrais que fundamentam a pesquisa

Autor	Contribuição principal
Barroso (2007; 2009)	Judicialização, ativismo judicial e legitimidade democrática
Sarlet (2007)	Direitos fundamentais e mínimo existencial
Veiga (2010)	Desenvolvimento sustentável e equidade territorial
Ribeiro (2002; 2003)	Crítica à visão evolucionista do desenvolvimento
Sachs (2009; 2017)	Sustentabilidade, pobreza e barreiras culturais
Sen (2010; 2011)	Desenvolvimento como liberdade e expansão de capacidades
Piovesan (2013; 2019)	Direitos fundamentais, dignidade e justiça social
Vieira (2023)	“Encontros e desencontros” na efetivação do SUS
Bernardes (2023)	Ministério Público e efeitos da pandemia da Covid-19

Fonte: Elaboração própria com base nos autores analisados (2024).

Os autores reunidos neste estudo permitem compreender a judicialização da saúde por meio de diferentes prismas analíticos, que se complementam ao longo do trabalho. Barroso (2007; 2009), Sarlet (2007) e Piovesan (2013; 2019) oferecem aportes centrais para entender como a atuação judicial se expandiu nas últimas décadas, com impacto direto sobre a efetividade do direito à saúde. Sachs (2009; 2017), Sen (2010; 2011) e Veiga (2010) ampliam

essa discussão ao inserir o tema em uma agenda mais ampla, marcada pelas desigualdades regionais, pelos desafios do desenvolvimento e pelas formas de organização do Estado. Vieira (2023) e Bernardes (2023), com contribuições mais recentes, ajudam a situar o debate no contexto contemporâneo, ao examinar a capacidade do SUS de responder às pressões provocadas tanto por crises sanitárias quanto pelo volume crescente de demandas judiciais.

Essas referências não cumprem uma função meramente ilustrativa, mas estruturam a leitura e a interpretação dos dados que serão apresentados nos capítulos seguintes. Elas funcionam como lentes que permitem identificar movimentos institucionais, disputas políticas e assimetrias territoriais que atravessam as políticas públicas de saúde no país. A análise empírica, ancorada nesse referencial, busca relacionar decisões judiciais, fluxos orçamentários e condições de acesso, construindo uma interpretação que conecta dimensões jurídicas, econômicas e sociais de um mesmo processo.

Ao articular conceitos e evidências, o estudo evita separar teoria e realidade empírica em blocos estanques. A leitura dos dados é feita à luz dos debates produzidos por esses autores, e esses debates, por sua vez, são tensionados pelos dados concretos, que revelam contradições, lacunas e disputas em curso. Esse movimento constante de ida e volta entre interpretação conceitual e análise documental é o que sustenta a coerência analítica da pesquisa e orienta a construção dos resultados.

A análise documental foi conduzida de forma sistemática e orientada por critérios de confiabilidade, relevância institucional e aderência ao objeto da pesquisa. Os documentos foram selecionados a partir de autoria pública, método de produção explícito e cobertura territorial e temporal compatível com a análise da judicialização da saúde e de seus efeitos sobre o desenvolvimento regional. O procedimento analítico envolveu leitura exploratória, codificação aberta e axial e organização dos dados em eixos temáticos previamente definidos, permitindo a identificação de padrões recorrentes, lacunas institucionais e tensões entre normatividade, execução orçamentária e acesso efetivo. A opção por documentos oficiais do próprio Estado e de órgãos de controle garante consistência empírica e reduz riscos de vieses interpretativos.

3.2 CORPUS EMPÍRICO

O corpus empírico foi estruturado em diálogo com o referencial teórico apresentado anteriormente, buscando garantir coerência metodológica e densidade analítica. A seleção das fontes seguiu critérios rigorosos de autoria institucional, método de produção explícito, cobertura temporal e territorial adequada ao objeto de pesquisa e rastreabilidade documental. Essa base permite sustentar a análise com evidências verificáveis e consistentes.

O primeiro conjunto de fontes está relacionado à estrutura normativa e operacional do SUS. Esses documentos fornecem as bases jurídicas e administrativas sobre as quais se apoia a política pública de saúde, permitindo compreender os marcos que moldam as relações entre direito à saúde e demandas judiciais. No Quadro 10, estão reunidos os principais dispositivos constitucionais e infralegais, além de instrumentos de gestão que orientam a organização do sistema.

Quadro 10 - Marcos jurídicos e normativos relacionados ao SUS

Documento	Órgão/Entidade	Ano
Constituição da República Federativa do Brasil	Presidência da República do Brasil	1988
Portaria nº 4.279	Ministério da Saúde (Brasil)	2010
Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)	Ministério da Saúde (Brasil)	2017
e-Gestor AB — Cobertura da Atenção Básica	Ministério da Saúde (Brasil)	2024
RENAME – Relação Nacional de Medicamentos Essenciais	Ministério da Saúde (Brasil)	2024–2025

Fonte: elaboração própria com base em dados institucionais oficiais (2026).

Estes dados mostram que o direito à saúde se ancora em instrumentos normativos bem definidos, que estruturam a rede de atenção e definem parâmetros operacionais. Esses elementos ajudam a contextualizar a judicialização como fenômeno que incide sobre um sistema previamente organizado, mas sujeito a tensões federativas e orçamentárias.

O segundo conjunto trata dos efeitos financeiros e processuais da judicialização. A análise dos dados reunidos no Quadro 11 permite dimensionar os impactos orçamentários e territoriais decorrentes das decisões judiciais. As fontes provêm do Tribunal de Contas da União, Conselho Nacional de Justiça e Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, que disponibilizam séries históricas e indicadores consolidados.

Quadro 11 - Documentos e painéis relacionados à judicialização e impactos orçamentários

Documento	Órgão/Entidade	Ano
Auditoria TC 015.125/2021-1 — SUS: Acesso e Sustentabilidade	TCU	2021

Painel SUS: acesso e sustentabilidade	TCU	2021
Justiça em Números	CNJ	2024
Painel de Estatísticas Processuais — Direito à Saúde	CNJ	2022–2025
Base de gastos com judicialização em saúde	IPEA	2024

Fonte: elaboração própria com base em dados institucionais oficiais (2026).

Os relatórios e painéis permitem identificar padrões de judicialização que se repetem em diferentes regiões do país, indicando pontos críticos de pressão sobre o orçamento público da saúde.

O terceiro conjunto concentra-se nos instrumentos administrativos e técnicos que influenciam a atuação do Judiciário. Como mostra o Quadro 12, essas fontes ajudam a entender os mecanismos internos que dão suporte à tomada de decisão em matéria de saúde.

Quadro 12– Documentos relacionados a políticas públicas e acesso à justiça

Documento	Órgão/Entidade	Ano
Relatórios NATJus e Plataforma e-NatJus	CNJ	2023–2025
Resolução CNJ nº 207	CNJ	2015

Fonte: elaboração própria com base em dados institucionais oficiais (2026).

A presença desses instrumentos mostra que a judicialização não ocorre de forma desorganizada ou puramente casuística, há estruturas internas de apoio técnico e político-administrativo que moldam o modo como o Judiciário responde a essas demandas, com reflexos diretos na padronização de decisões e na previsibilidade dos impactos.

Por fim, o Quadro 13 reúne indicadores setoriais e referenciais internacionais que ampliam a leitura do fenômeno para além do contexto jurídico e orçamentário, permitindo situar o Brasil em relação a outros sistemas de saúde.

Quadro 13 - Indicadores setoriais e referenciais internacionais

Documento	Órgão/Entidade	Ano
Demografia Médica no Brasil 2023	AMB / FMUSP	2023
Health System Review — Brazil	OCDE	2021
Agenda 2030	ONU	2015

Fonte: elaboração própria com base em dados institucionais oficiais (2024).

A análise desses dados mostra que a judicialização também reflete desigualdades estruturais, como a distribuição desigual de profissionais de saúde e a capacidade institucional

de resposta entre regiões. O diálogo entre esses indicadores e as informações jurídicas e orçamentárias reforça a necessidade de uma leitura interdisciplinar do fenômeno.

A coleta de dados foi feita diretamente nos portais oficiais, garantindo autenticidade e integridade. Cada documento foi registrado com título, ano, trecho de interesse e eixo analítico correspondente. Nos casos de painéis dinâmicos, como CNJ DataJud e e-Gestor AB, foram armazenadas datas de acesso e filtros utilizados, assegurando reprodutibilidade. A análise seguiu três etapas: codificação aberta e axial dos documentos, organização por eixos e triangulação com a literatura especializada.

Os documentos e bases de dados relacionados ao Poder Judiciário foram selecionados a partir de sua natureza institucional e de sua produção padronizada, especialmente aqueles disponibilizados pelo Conselho Nacional de Justiça e pelo próprio Tribunal de Justiça de Goiás. Esses materiais apresentam metodologia de coleta explícita, periodicidade definida e cobertura nacional ou estadual, o que permite sua utilização como fonte empírica confiável. A pesquisa não se apoia em documentos informais ou relatos isolados, mas em registros oficiais produzidos no exercício regular das funções institucionais do Judiciário, o que assegura qualidade, comparabilidade e possibilidade de verificação.

A combinação entre revisão bibliográfica e análise documental ancorada nesses quatro blocos temáticos assegura densidade interpretativa e consistência empírica. Os dados oficiais permitem visualizar custos, estrutura e desigualdades, enquanto o referencial teórico fornece as lentes necessárias para compreender os desdobramentos jurídicos, políticos e sociais da judicialização. Trata-se de um fenômeno que atravessa campos normativos, administrativos e orçamentários, exigindo análise articulada e situada.

CAPÍTULO 4 - RESULTADOS E ANÁLISE

A discussão teórica desenvolvida nos capítulos anteriores evidenciou que o direito à saúde, quando analisado sob a perspectiva do desenvolvimento, não pode ser compreendido apenas como garantia jurídica formal, mas como resultado de arranjos institucionais capazes de produzir acesso efetivo no território. Também se demonstrou que a judicialização da saúde emerge, em grande medida, como resposta a limites estruturais do Sistema Único de Saúde, especialmente em contextos marcados por desigualdades regionais, fragilidades de coordenação e assimetrias de capacidade estatal.

É a partir desse levantamento que os resultados empíricos desta pesquisa são apresentados. O capítulo examina como esses elementos se manifestam concretamente na organização da rede de saúde, na distribuição territorial de recursos, na dinâmica orçamentária e nos mecanismos institucionais acionados para lidar com demandas não absorvidas pela oferta regular do sistema. Os dados analisados não são tratados como registros isolados, mas como expressões de padrões que revelam a forma como políticas públicas operam sob condições desiguais de implementação.

Ao privilegiar uma leitura articulada das evidências, a análise busca compreender como decisões administrativas, limites institucionais e desigualdades territoriais produzem efeitos cumulativos sobre o funcionamento do SUS. Nesse sentido, os resultados apresentados neste capítulo permitem observar de que maneira tensões já identificadas no plano teórico se traduzem em impactos sanitários, fiscais e regionais concretos, oferecendo base empírica para a compreensão do papel da saúde e da judicialização no desenvolvimento regional.

4.1 ESTRUTURA DO SUS E DESIGUALDADES TERRITORIAIS

As desigualdades territoriais em saúde se explicam pelo modo como o SUS distribui responsabilidades e organiza a oferta no espaço. A Lei nº 8.080/1990 assegura a universalidade e estabelece a descentralização, vinculando a garantia do direito à capacidade de cada ente federativo sustentar ações e serviços de forma regular no território (Brasil, 1990). O direito, portanto, depende de oferta disponível, continuidade assistencial e coordenação entre pontos da rede. Quando serviços estão concentrados, quando há vazios de atendimento ou quando unidades não se articulam entre si, o usuário enfrenta demora para iniciar cuidado, perde acompanhamento e encontra barreiras para concluir o percurso assistencial com integralidade.

O Decreto nº 7.508/2011 regulamenta essa organização ao definir instrumentos de regionalização e articulação interfederativa, como Regiões de Saúde e Redes de Atenção à Saúde (Brasil, 2011). A regionalização cumpre sua finalidade quando regula trajetos previsíveis de cuidado. Isso envolve acolhimento inicial, encaminhamento coerente, acesso ao nível especializado no tempo necessário e retorno de informação clínica para manter seguimento. Quando referência e contrarreferência não funcionam como rotina, os serviços atuam como pontos isolados, e o acesso passa a ser filtrado por deslocamento, disponibilidade de transporte e capacidade local de viabilizar atendimento fora do município.

A Atenção Primária à Saúde concentra o efeito dessas escolhas organizacionais porque é responsável por acolher, acompanhar e ordenar a relação do usuário com a rede. A Política Nacional de Atenção Básica, atualizada em 2017, define a APS como porta preferencial e coordenadora do cuidado, com atribuição de responder às demandas mais frequentes e organizar fluxos para os demais níveis de atenção (Brasil, 2017). Fragilidades na APS, como equipes incompletas, rotatividade profissional e integração insuficiente com a média e alta complexidade, repercutem no uso do sistema. O atendimento especializado tende a ser buscado com atraso. O usuário circula mais entre unidades. Demandas que poderiam ser resolvidas antes migram para o hospital. A gestão passa a operar com maior pressão assistencial e maior custo.

A variação municipal na capacidade de sustentar infraestrutura, equipes e transporte sanitário faz com que essa dinâmica não seja uniforme no território. Municípios com base econômica menor e maior dependência de transferências encontram mais dificuldade para manter oferta regular e para sustentar acordos regionais de atendimento. Indicadores oficiais permitem observar diferenças persistentes de renda, arrecadação e capacidade administrativa entre municípios (IBGE, 2023). Em Goiás, documentos de gestão e bases oficiais de capacidade instalada mostram como essa desigualdade aparece na regionalização, na distribuição de serviços e na dependência de polos assistenciais (Goiás, 2024). Em consequência, a desigualdade territorial não se resume à falta episódica de um serviço. Ela se expressa na diferença de condições para garantir cuidado contínuo, com tempo de resposta compatível e acesso territorialmente viável.

4.1.1 Cobertura da atenção básica e distribuição de serviços de saúde

A Atenção Básica concentra os efeitos das desigualdades territoriais discutidas no item anterior porque articula dois movimentos que definem o acesso no SUS. Ela recebe a

demanda inicial e sustenta o acompanhamento ao longo do tempo, o que permite observar, na rotina dos serviços, como a descentralização prevista na Lei nº 8.080/1990 se traduz em oferta real no território (Brasil, 1990). Quando essa base funciona de modo irregular, a universalidade prevista em norma perde densidade prática, pois o usuário encontra barreiras para iniciar o cuidado e para manter seguimento clínico na rede. Como já descrito anteriormente, a efetividade de direitos fundamentais depende de capacidade institucional para convertê-los em prestações concretas, de modo que falhas na porta de entrada do SUS tendem a expor, no cotidiano, o descompasso entre garantia jurídica e fruição real do direito à saúde (Sarlet, 2007; Piovesan, 2019).

O Decreto nº 7.508/2011 reforça essa lógica ao organizar a regionalização do SUS por meio de Regiões de Saúde e Redes de Atenção, que dependem de encaminhamentos consistentes e de circulação de informações clínicas entre pontos de atenção (Brasil, 2011).

Problemas na Atenção Básica não permanecem restritos ao nível local, porque interferem na continuidade assistencial e nos fluxos de referência e contrarreferência. Em municípios com menor capacidade administrativa e menor disponibilidade de recursos, essas fragilidades costumam ter maior impacto, pois o usuário depende mais de deslocamentos e de serviços regionalizados para concluir o percurso assistencial. Aqui, o dado institucional conversa diretamente com a leitura estrutural já mobilizada: quando a coordenação federativa e a sustentação de fluxos regionais falham, a desigualdade deixa de ser episódica e passa a operar como mecanismo de reprodução de assimetrias territoriais, nos termos da abordagem de Furtado (1966) sobre desenvolvimento e subdesenvolvimento como configuração persistente.

No plano empírico, a cobertura da Atenção Primária à Saúde é um primeiro indicador para observar diferenças na entrada e no acompanhamento do usuário. A Tabela 1 apresenta os percentuais de cobertura de APS no Brasil, na Região Centro-Oeste e no Estado de Goiás em 2023, conforme os indicadores do e-Gestor Atenção Básica do Ministério da Saúde e a sistematização em dados abertos do Tribunal de Contas do Estado de Goiás (Ministério Da Saúde, 2023; TCE - GO, 2024).

Tabela 1 - Cobertura da Atenção Primária à Saúde (APS) Brasil, Região Centro-Oeste e Estado de Goiás, 2023

Território	Cobertura de APS (%)
Brasil	79,73
Região Centro-Oeste	79,10
Estado de Goiás	76,24

Fonte: Ministério da Saúde, e-Gestor Atenção Básica (2023); Tribunal de Contas do Estado de Goiás (2024).

Os percentuais do Brasil e do Centro-Oeste permanecem próximos entre si, enquanto Goiás apresenta valor inferior aos dois agregados. Em termos de organização do acesso, esse resultado aponta para uma capacidade relativamente menor de sustentar a porta de entrada e o acompanhamento no território estadual. Em municípios com limitações de infraestrutura e dificuldades para manter equipes completas, uma diferença de cobertura que parece moderada na escala estadual pode gerar maior instabilidade no cuidado, sobretudo quando a rede especializada está concentrada fora do município. Evidências documentais de gestão, como o Relatório Anual de Gestão (RAG 2023) publicado pela Secretaria de Estado da Saúde de Goiás em 2024, permitem situar esses desafios no contexto do planejamento e da organização estadual do sistema (SES-GO, 2024).

Esse movimento também pode ser lido pelo prisma do desenvolvimento como expansão de capacidades: quando a entrada no sistema oscila territorialmente, a liberdade substantiva de acessar cuidado oportuno se reduz, e a desigualdade sanitária passa a operar como restrição concreta às possibilidades de vida e bem-estar, tal como discutido anteriormente a partir de Sen (2011).

O mesmo raciocínio se aplica à Estratégia Saúde da Família. A Política Nacional de Atenção Básica, aprovada pela Portaria nº 2.436/2017, define a ESF como modelo prioritário de organização da Atenção Primária (Ministério Da Saúde, 2017). A cobertura estimada da ESF é um indicador útil de distribuição de equipes, mas não equivale, por si, a acesso regular ou coordenação efetiva do cuidado, pois não capta estabilidade das equipes, infraestrutura disponível e integração com a média e alta complexidade, dimensões também tratadas na PNAB (Ministério Da Saúde, 2017). A Tabela 2 apresenta os percentuais de cobertura estimada no Brasil e em Goiás em 2020.

Tabela 2 - Cobertura estimada da Estratégia Saúde da Família (ESF) Brasil e Estado de Goiás, 2020	
Território	Cobertura ESF (%)
Brasil	63,62
Estado de Goiás	64,07

Fonte: Ministério da Saúde, e-Gestor Atenção Básica (2021); Tribunal de Contas do Estado de Goiás (2021).

Os percentuais de Goiás e do Brasil ficam muito próximos, o que indica expansão quantitativa semelhante do modelo no período. Ainda assim, a presença de equipes não elimina desigualdades quando persistem rotatividade profissional, precariedade de estrutura física e baixa integração com serviços especializados, pois essas condições reduzem a

capacidade de resolver demandas frequentes e aumentam encaminhamentos para serviços concentrados em polos urbanos. A PNAB explicita que a coordenação do cuidado depende desse conjunto de condições organizacionais e não apenas da presença formal de equipes (Ministério Da Saúde, 2017). O dado, portanto, corrobora a advertência já construída anteriormente de que medidas de “presença” institucional podem mascarar desigualdades de funcionamento, e é justamente nessa distância entre forma e efetividade que se acumulam pressões que depois reaparecem em outros circuitos do Estado, inclusive no judicial.

A distribuição territorial de serviços completa o quadro. A Atenção Básica tem maior capilaridade, mas serviços de maior densidade tecnológica se concentram em determinados municípios, o que amplia deslocamentos intermunicipais e torna a referência e a contrarreferência componentes centrais da continuidade assistencial prevista no desenho regionalizado do SUS (Brasil, 2011). A Tabela 3 sintetiza estabelecimentos de saúde em Goiás, com base no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde e na consolidação estadual utilizada pela Secretaria de Estado da Saúde (CNES; SES-GO, 2024).

Tabela 3 - Estabelecimentos de saúde no Estado de Goiás Rede pública e privada, 2023	
Tipo de estabelecimento	Quantidade
Unidades Básicas de Saúde (UBS)	1.343
Hospitais	242
Postos de saúde	175
Unidades mistas	20
Prontos-socorros	10

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES); Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (2024).

O volume de UBS é compatível com o lugar da Atenção Primária na organização do SUS. Ao mesmo tempo, a menor disponibilidade relativa de serviços especializados e a concentração espacial desse conjunto ampliam a dependência de polos regionais para dar continuidade ao cuidado, sobretudo em municípios menores (SES-GO, 2024). Essa dependência aparece quando o usuário precisa sair do município para concluir diagnóstico e tratamento, o que reforça o peso do deslocamento e da capacidade local de acionar a rede regional. Como já descrito anteriormente na discussão sobre equidade territorial e sustentabilidade, a concentração de recursos essenciais tende a deslocar custos e riscos para os territórios com menor capacidade de resposta, tornando a “regionalização” uma engrenagem que pode equalizar acesso quando funciona, ou aprofundar assimetrias quando opera com vazios assistenciais.

O mesmo padrão se torna mais visível ao observar recursos críticos, como leitos hospitalares e força de trabalho médica. A Tabela 4 apresenta esses indicadores para Goiás a partir do CNES e da consolidação estadual da Secretaria de Estado da Saúde (CNES; SESGO, 2024).

Tabela 4 : Leitos hospitalares e médicos no Estado de Goiás Indicadores selecionados, 2023	
Indicador	Valor
Total de leitos hospitalares	18.561
Leitos SUS	11.973
Leitos por 1.000 habitantes	2,67
Médicos em atividade	21.215
Médicos por 1.000 habitantes	2,9

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES); Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (2024).

Os valores médios ajudam a situar o patamar estadual, mas a questão de acesso se define pela distribuição desses recursos no território. Quando leitos e profissionais se concentram em alguns polos, aumentam deslocamentos e a rede regional passa a operar com maior carga em determinados pontos, com atrasos no cuidado e dificuldades de seguimento clínico, conforme a lógica de regionalização prevista no Decreto nº 7.508/2011 (Brasil, 2011). Com isso, as evidências apresentadas mostram, por diferentes ângulos, como as desigualdades territoriais do SUS se expressam na organização da Atenção Básica e na capacidade regional de sustentar o cuidado no espaço. Esse encadeamento empírico se alinha ao argumento já desenvolvido de que desigualdade territorial em saúde não é apenas déficit setorial, mas componente estruturante de trajetórias regionais desiguais, pois condiciona capacidades, redistribui custos e tensiona a efetividade de direitos no nível local.

4.1.2 Desigualdades regionais e assimetrias estruturais

A caracterização da cobertura e da distribuição geral da rede apresentada no subitem anterior permite avançar na análise das desigualdades regionais em saúde por meio de assimetrias estruturais que condicionam o funcionamento do SUS nos territórios. Essas assimetrias não se expressam apenas na existência formal de serviços, mas na possibilidade de sustentar o cuidado ao longo do tempo, o que envolve recursos críticos, base socioeconômica, capacidade administrativa e autonomia fiscal dos entes subnacionais. Essa leitura dialoga com

a abordagem de Sarlet, ao assinalar que a realização de direitos sociais depende de condições institucionais e materiais para converter garantias normativas em prestações continuadas (Sarlet, 2007). Também se aproxima de Sen, ao tratar desenvolvimento como expansão de capacidades reais, de modo que restrições territoriais de acesso a serviços essenciais podem limitar as possibilidades concretas de vida e bem-estar (Sen, 2010). Veiga, ao discutir desenvolvimento sustentável, contribui ao enfatizar condicionantes estruturais e territoriais que interferem na sustentação de políticas públicas no tempo (Veiga, 2010).

Um primeiro eixo empírico refere-se à capacidade instalada para atenção de média e alta complexidade, observada neste subitem por meio do indicador de leitos por habitante.

Tabela 5 - Leitos hospitalares por 1.000 habitantes

Território	Leitos por 1.000 habitantes
Brasil	2,3
Estado de Goiás	2,67

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES); Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (2024).

Os dados da Tabela 5 indicam que, em 2023, o Estado de Goiás apresentou uma razão de 2,67 leitos hospitalares por 1.000 habitantes, valor superior à média nacional, estimada em 2,3 leitos por 1.000 habitantes no mesmo período. Esses indicadores foram apurados a partir do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), com sistematização pelo Instituto Mauro Borges e pela Secretaria de Estado da Saúde de Goiás, constituindo a base oficial mais recente disponível para a análise da capacidade instalada hospitalar (CNES; Goiás, 2024).

Apesar de sua relevância para comparações gerais, o indicador de leitos por habitante apresenta limitações analíticas importantes. Por se tratar de uma métrica agregada, ele não informa como os leitos se distribuem entre municípios ou regiões de saúde, tampouco distingue níveis de complexidade assistencial ou a natureza pública e privada da oferta. Assim, o indicador não descreve, por si só, a distribuição territorial da capacidade instalada no interior do estado.

Diante do marco normativo da regionalização do Sistema Único de Saúde, a localização da oferta hospitalar e a organização dos fluxos de referência e contrarreferência constituem elementos centrais para a compreensão do acesso oportuno e da continuidade do cuidado. Nesse sentido, a simples razão estadual de leitos por habitante é insuficiente para captar desigualdades territoriais, tornando necessária a análise por recortes subestaduais,

como regiões de saúde e agrupamentos municipais, para examinar de forma mais precisa como essas assimetrias se manifestam no território goiano (Brasil, 2011; Secretaria de Estado da Saúde de Goiás, 2024).

Outro eixo empírico refere-se à força de trabalho médica, mensurada pelo indicador de médicos por 1.000 habitantes.

Tabela 6 - Médicos por 1.000 habitantes Brasil e Estado de Goiás, 2023

Território	Médicos por 1.000 habitantes
Brasil	2,6
Estado de Goiás	2,9

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES); Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (2024).

A Tabela 6 mostra que Goiás apresenta razão de médicos por habitante superior à média nacional em 2023. Assim como no caso dos leitos, o indicador agregado não evidencia a distribuição interna de profissionais, nem descreve características relevantes para a análise territorial, como lotação por município, especialidade, estabilidade de vínculos e disponibilidade efetiva por localidade. Para examinar desigualdade regional no interior do estado, a informação exige desagregação por municípios ou regiões de saúde, articulando a base do CNES com documentos de organização e planejamento da rede (Secretaria de Estado da Saúde de Goiás, 2024). Nesse enquadramento, a relação com Sen e Sarlet permanece analiticamente pertinente, pois desigualdades territoriais de disponibilidade efetiva, quando demonstradas por recortes subestaduais, podem ser interpretadas como limitações à fruição concreta do direito à saúde e à expansão de capacidades associadas a bem-estar e proteção social (Sarlet, 2007; Sen, 2010).

Um terceiro eixo envolve a base socioeconômica dos territórios, situada aqui por indicadores de desenvolvimento humano e dinamismo econômico.

Tabela 7 - Indicadores socioeconômicos selecionados Estado de Goiás, dados mais recentes disponíveis

Indicador	Valor
IDHM (2021)	0,737
PIB per capita (R\$, 2023)	47.721,56

Fonte: PNUD; IBGE, Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil; IBGE, Contas Regionais do Brasil (2023).

Os dados da Tabela 7 situam Goiás em um patamar intermediário de desenvolvimento humano e em posição relativamente elevada no que se refere ao dinamismo econômico, expresso pelo PIB per capita estadual. Ainda assim, por se tratarem de indicadores agregados, esses resultados não descrevem as heterogeneidades municipais nem permitem inferir, de forma isolada, a capacidade fiscal e administrativa dos diferentes territórios que compõem o estado. Para sustentar empiricamente essa dimensão no nível subestadual, torna-se necessária a incorporação de recortes municipais e de indicadores de gestão e capacidade administrativa, como aqueles produzidos pelo IBGE sobre a administração pública municipal (IBGE, 2023).

No plano teórico, a leitura proposta por Veiga contribui ao destacar que a continuidade e a efetividade das políticas sociais dependem de condições estruturais e de capacidade de sustentação ao longo do tempo, enquanto a abordagem de Sen permite interpretar desigualdades territoriais persistentes como restrições concretas à expansão das capacidades reais das populações locais (Veiga, 2010; Sen, 2010).

Em conjunto, os dados deste subitem permitem três observações centrais. A primeira é que, embora Goiás apresente indicadores agregados de desenvolvimento humano e renda compatíveis com a média nacional, tais métricas não capturam a distribuição interna da oferta de serviços nem as assimetrias entre municípios e regiões de saúde. A segunda é que indicadores estaduais médios não substituem análises territorialmente desagregadas quando o objetivo é compreender desigualdades regionais e seus efeitos sobre o acesso a políticas públicas. A terceira é que o marco normativo da regionalização organiza o funcionamento do SUS a partir de trajetórias assistenciais e fluxos intermunicipais, o que vincula diretamente a discussão sobre localização da oferta e capacidade instalada aos temas do acesso oportuno e da continuidade do cuidado (Brasil, 2011). A partir dessas observações, a continuidade da análise exige a desagregação territorial dos dados e sua articulação com instrumentos de planejamento e organização da rede, de modo a identificar onde e como se manifestam as assimetrias estruturais no interior do estado.

4.1.3 Repercussões dessas desigualdades para o desenvolvimento regional

As desigualdades territoriais em saúde analisadas nos subitens anteriores produzem repercussões observáveis sobre o desenvolvimento regional, na medida em que a saúde integra a base de condições de vida e de capacidade institucional dos territórios. Essa relação não se limita a debates conceituais, pois aparece nos instrumentos de monitoramento

utilizados pelo Estado brasileiro e por organismos internacionais, que incorporam indicadores de saúde como componentes do desenvolvimento humano e regional (Organização Mundial da Saúde, 2022; IBGE, 2023).

Assim como já destacado por Amaro (2003), leituras de desenvolvimento que vão além do produto e da renda exigem atenção às condições concretas de vida. Ao observar o argumento institucional de Acemoglu e Robinson (2012), a variação territorial de capacidades estatais tende a se refletir na provisão desigual de bens públicos, o que configura com o já citado a centralidade da saúde como dimensão do desenvolvimento regional.

Essas repercussões tornam-se empiricamente observáveis quando se analisam desfechos sanitários evitáveis, calculados a partir de sistemas oficiais de informação. Tais desfechos permitem identificar como limitações na organização da rede, na distribuição territorial de recursos e na capacidade de coordenação do cuidado se associam a perdas de bem-estar, aumento de custos públicos e reprodução de assimetrias regionais. Ao observar a crítica de Ribeiro (2002; 2003) às leituras lineares do desenvolvimento e ao uso acrítico de médias, a escolha por desfechos evitáveis opera como recurso analítico para deslocar a discussão da “cobertura formal” para o “resultado do percurso assistencial”, reduzindo o risco de inferências baseadas em um único indicador agregado.

Um primeiro indicador central é a mortalidade infantil, reconhecida institucionalmente como proxy de desenvolvimento humano e de efetividade da atenção básica. No Brasil, esse indicador é produzido a partir da integração do Sistema de Informações sobre Mortalidade e do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos, ambos mantidos pelo Ministério da Saúde e utilizados oficialmente para avaliação do desempenho do Sistema Único de Saúde (Ministério da Saúde, 2023). Como observado anteriormente na discussão sobre efetividade de direitos, Sarlet (2007) distingue reconhecimento jurídico e realização material, e indicadores de desfecho aproximam a análise do plano de efetivação.

Em 2023, a taxa de mortalidade infantil no Brasil foi de 12,61 óbitos por mil nascidos vivos. A desagregação regional desse indicador revela desigualdades persistentes: 15,8 por mil na Região Norte, 13,8 no Nordeste, 11,7 no Sudeste e 9,9 no Sul (Ministério da Saúde, 2023). O próprio Ministério da Saúde associa essas variações a diferenças no acesso ao pré-natal, na assistência ao parto, na continuidade do cuidado infantil e na disponibilidade de serviços hospitalares, elementos diretamente condicionados pela capacidade de resposta do sistema nos territórios.

O indicador, portanto, evidencia que o local de residência permanece determinante

para o risco de morte no primeiro ano de vida, refletindo desigualdades estruturais no acesso à saúde (Ministério da Saúde, 2023). Ao observar avaliações nacionais de acesso e qualidade da Atenção Primária, como as sínteses do PMAQ, a literatura registra que coordenação, continuidade e resolutividade variam entre contextos locais, o que oferece uma moldura interpretativa para compreender por que desigualdades organizacionais tendem a aparecer em desfechos evitáveis (Abrasco, 2022).

Outro desfecho relevante é a mortalidade por causas evitáveis, definida oficialmente como o conjunto de óbitos que poderiam ser prevenidos por ações eficazes de promoção da saúde, prevenção, diagnóstico precoce e tratamento oportuno. Essa classificação segue a Lista Brasileira de Causas de Mortes Evitáveis, adotada pelo Ministério da Saúde como instrumento de avaliação do desempenho do SUS (Ministério da Saúde, 2023). Assim como já destacado no debate sobre justiça social e proteção material, Piovesan (2019) sustenta que direitos se realizam na esfera concreta, e a categoria “morte evitável” funciona como medida empírica de insuficiências de proteção distribuídas desigualmente no território.

No Estado de Goiás, dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade indicam que 36,9% dos óbitos registrados em 2022 foram classificados como evitáveis. Esse percentual significa que mais de um terço das mortes ocorreu em condições nas quais o sistema de saúde poderia ter atuado de forma preventiva ou terapêutica adequada. Documentos técnicos do Ministério da Saúde associam proporções elevadas de mortalidade evitável a falhas no percurso assistencial, especialmente à dificuldade de acesso oportuno, à descontinuidade do cuidado e à fragilidade da coordenação entre os níveis de atenção.

Trata-se, portanto, de evidência direta de desigualdade territorial na capacidade de resposta do sistema (Ministério da Saúde, 2023). Ao observar a abordagem de Aith (2014) sobre judicialização como expressão de conflitos distributivos e de arranjos de gestão do acesso, indicadores que apontam falhas recorrentes no percurso assistencial ajudam a caracterizar o contexto institucional em que demandas individuais podem migrar para arenas externas ao fluxo administrativo regular. Esse enquadramento dialoga com análises sobre impactos orçamentários e planejamento público em cenários de litigância, como as discutidas por Bernardes (2023).

As internações por condições sensíveis à Atenção Primária à Saúde constituem outro indicador clássico das repercussões dessas desigualdades. Institucionalmente, as ICSAB são definidas como hospitalizações que não deveriam ocorrer quando a atenção básica é acessível, resolutiva e adequadamente articulada. No Brasil, esse indicador é produzido a partir do

Sistema de Informações Hospitalares do SUS, disponibilizado pelo DATASUS (Ministério da Saúde, 2022).

Dados consolidados indicam que, entre 2000 e 2022, o país registrou 56.308.152 internações por condições sensíveis à atenção primária, correspondendo a 20,8% do total de internações hospitalares no período (Ministério da Saúde, 2022). Esse volume de hospitalizações evitáveis é compatível com a hipótese de fragilidades persistentes da atenção básica e da coordenação do cuidado no território. Do ponto de vista do desenvolvimento regional, esse padrão se associa a maior demanda por atenção hospitalar evitável e a maior pressão orçamentária, sobretudo em regiões com menor capacidade fiscal e administrativa (Ministério da Saúde, 2022).

Ao observar estudos sobre demanda e ocupação de leitos no SUS, Lima et al. (2024) oferecem uma lente para compreender como pressões hospitalares têm implicações de gestão e distribuição de recursos; nessa chave, internações evitáveis podem ser interpretadas como componente adicional de pressão sobre redes regionais, com efeitos mais sensíveis onde a capacidade instalada é menor ou mais concentrada. No mesmo horizonte, relatórios da OECD voltados a contas de saúde e comparabilidade do gasto reforçam a pertinência de relacionar padrões de utilização à sustentabilidade do financiamento (OECD, 2025a; OECD, 2025b).

A relação entre esses indicadores sanitários e o desenvolvimento regional pode ser sintetizada no quadro a seguir, que explicita o que cada dado mede, qual documento o produz e por que ele evidencia desigualdade territorial.

Quadro 14 - Indicadores de saúde e repercussões para o desenvolvimento regional

Indicador	Número / valor	Sistema / documento oficial	O que mede	Repercussão para o desenvolvimento regional
Mortalidade infantil (Brasil)	12,61 óbitos por mil NV (2023)	SIM/SINASC (Ministério da Saúde, 2023)	Risco de morte no 1º ano de vida	Condições de vida e efetividade do cuidado materno-infantil
Mortalidade infantil (recorte regional)	Norte: 15,8 / Sul: 9,9 (2023)	SIM/SINASC (Ministério da Saúde, 2023)	Desigualdade regional do risco infantil	Território como condicionante de acesso e continuidade do cuidado
Mortalidade por causas evitáveis (Goiás)	36,9% dos óbitos (2022)	SIM + Lista de Causas de Morte Evitáveis (Ministério da Saúde, 2023)	Óbitos potencialmente preveníveis	Indício de insuficiências no percurso assistencial e na coordenação do cuidado
ICSAB (Brasil)	56.308.152 (2000–2022)	SIH/SUS (Ministério da Saúde, 2022)	Hospitalizações evitáveis	Pressão sobre rede hospitalar e sobre gasto assistencial
ICSAB (proporção)	20,8% do total (2000–2022)	SIH/SUS (Ministério da Saúde, 2022)	Peso relativo das internações evitáveis	Pressão fiscal e organizacional em territórios com menor margem

Base socioeconômica (Goiás)	IDHM 0,726; PIB per capita R\$ 28.143,55	IBGE (2023)	Contexto socioeconômico agregado	Condiciona capacidade administrativa e margem de investimento contínuo
-----------------------------	--	-------------	----------------------------------	--

Fonte: Elaboração própria (2026), a partir de Ministério da Saúde, IBGE, Organização Mundial da Saúde e OECD

Em conjunto, os dados e documentos analisados indicam que as desigualdades territoriais em saúde se associam a impactos sobre o desenvolvimento regional. Mortalidade infantil mais elevada em certas regiões, proporção expressiva de óbitos evitáveis e volume de internações sensíveis à atenção primária sinalizam perdas de bem-estar e pressões adicionais sobre a organização e o financiamento do sistema. Esses efeitos podem ser compreendidos como resultantes de diferenças na capacidade de organizar e sustentar bens públicos no território, sem que isso autorize, por si, atribuição de causalidade única a um fator isolado.

Ao observar o argumento institucional de Acemoglu e Robinson (2012), desigualdades de provisão e desempenho tendem a acompanhar desigualdades de capacidade estatal, o que oferece base para interpretar a persistência de assimetrias sanitárias em chave regional.

Os sistemas oficiais de informação e os documentos institucionais analisados demonstram que a desigualdade territorial em saúde se conecta ao desenvolvimento regional, porque interfere na efetividade do direito à saúde e na sustentabilidade organizacional e fiscal dos territórios. Essa constatação fornece base empírica para compreender por que, em contextos de desigualdade persistente, o sistema de saúde pode operar com maior tensão institucional, criando condições para crescimento de disputas distributivas e demandas por acesso, tema que será desenvolvido no próximo bloco do capítulo. Ao observar estudos recentes que tratam judicialização a partir de indicadores oficiais, Bernardinis et al. (2024) permitem enquadrar a intensificação de litigância como parte de uma dinâmica institucional em que fragilidades de oferta e coordenação se associam ao aumento de demandas por acesso fora do fluxo assistencial ordinário.

4.2 JUDICIALIZAÇÃO E IMPACTOS ORÇAMENTÁRIOS

A leitura conjunta dos indicadores de capacidade instalada e de força de trabalho em saúde evidencia que a disponibilidade agregada de recursos no Estado de Goiás convive com padrões persistentes de concentração territorial e dependência de fluxos intermunicipais. Mesmo em contextos nos quais a razão estadual de leitos e médicos por habitante se apresenta superior à média nacional, a organização regional da oferta e a heterogeneidade da capacidade

administrativa municipal condicionam o acesso oportuno e contínuo aos serviços de saúde. Essas assimetrias estruturais se refletem no funcionamento cotidiano do sistema, produzindo situações recorrentes em que a provisão administrativa regular não é suficiente para responder às necessidades individuais de atenção, sobretudo nos territórios com menor densidade de serviços e menor capacidade de coordenação assistencial. Nesse contexto institucional, o acionamento do Poder Judiciário insere-se como um mecanismo recorrente de garantia de acesso, incorporando-se à dinâmica de funcionamento do sistema de saúde e produzindo efeitos diretos sobre sua organização e financiamento.

4.2.1 Evolução e perfil das ações judiciais em saúde

A judicialização da saúde tem se apresentado como um componente recorrente do sistema de proteção social brasileiro. Ao longo das últimas duas décadas, deixou de se restringir a litígios pontuais e passou a se expressar como fluxo contínuo de demandas que incidem sobre a formulação, a execução e o financiamento das políticas públicas de saúde. Essa dinâmica se vincula, de um lado, ao desenho constitucional do direito à saúde como direito fundamental e, de outro, às diferenças territoriais de oferta e de capacidade de coordenação do SUS já descritas neste capítulo (Brasil, 1988). A chave analítica permanece a mesma. Quando a efetividade do direito depende de organização, financiamento e provisão regular, o conflito tende a emergir nos pontos em que essa provisão se mostra instável. Nessa linha, Sarlet (2007) trabalha a tensão entre normatividade do direito fundamental e as condições institucionais que sustentam sua realização, o que ajuda a enquadrar por que demandas de saúde migram para o Judiciário quando a entrega administrativa não se estabiliza no território.

Essa leitura se articula ao que já foi demonstrado sobre a rede. A capacidade de resposta do sistema varia entre regiões e municípios, e essa variação aparece com mais força quando a oferta regular é insuficiente, tardia ou fragmentada. Nessas condições, o acionamento judicial passa a funcionar como via alternativa para obtenção de bens e serviços que deveriam ser acessados por rotinas administrativas. O ponto não é tratar a judicialização como algo externo ao SUS, mas como efeito institucional em cenários de implementação desigual. É nessa direção que Aith (2014) descreve a judicialização como fenômeno que se intensifica quando o direito social é exigível e o desempenho institucional é heterogêneo, produzindo litígios como mecanismo de busca de efetivação em casos concretos.

Do ponto de vista empírico, os dados oficiais do Conselho Nacional de Justiça permitem situar o crescimento dessas demandas em comparação com a litigiosidade geral. No *Justiça em Números 2018*, o CNJ registra que as ações relacionadas à saúde aumentaram aproximadamente 130% entre 2008 e 2017, enquanto o total de processos no país cresceu cerca de 50% no mesmo período (Conselho Nacional de Justiça, 2018). Esse descompasso é relevante dentro da arquitetura argumentativa já construída. Ele não prova, isoladamente, causalidade, mas é compatível com o cenário em que a expansão formal e a existência de rede não impedem que persistam gargalos de coordenação e de acesso no tempo certo e no lugar certo.

A série mais recente mantém patamares elevados de casos novos. O Painel da Judicialização da Saúde indica que, em 2022, foram ajuizadas aproximadamente 460 mil novas ações relacionadas à saúde (Conselho Nacional de Justiça, 2023). Para 2024, o painel registra 663.864 novos processos e informa crescimento anual de 16,8% em relação a 2023 (Conselho Nacional de Justiça, 2024). Ao observar esses volumes à luz do que já foi mapeado sobre concentração de serviços e dependência de fluxos intermunicipais, o aumento do contencioso aparece como um indicador indireto de que a solução administrativa, em parte dos casos, não tem sido suficiente para absorver demandas no tempo necessário.

Tabela 8 - Evolução do número de ações judiciais em saúde no Brasil

Ano	Novas ações judiciais em saúde
2022	~460.000
2023	568.000*
2024	663.864

*Valor estimado a partir da variação percentual informada para 2024.

Fonte: Conselho Nacional de Justiça, *Justiça em Números* e Painel da Judicialização da Saúde (Conselho Nacional de Justiça, 2018; 2023; 2024).

O sentido institucional desses dados se torna mais claro quando se retoma a heterogeneidade territorial já descrita. Médias e agregados podem coexistir com desigualdades internas expressivas. Nesses contextos, a judicialização passa a operar como porta paralela de acesso, especialmente onde a rede tem baixa resolutividade e o percurso assistencial depende de deslocamentos e de pactuações que nem sempre se traduzem em fluxo regular. Essa formulação conversa com Barroso (2008) ao tratar a judicialização como deslocamento de decisões relevantes para o Judiciário em sociedades constitucionalizadas. Quando direitos fundamentais entram em tensão com limites de implementação, disputas que deveriam ser resolvidas por rotinas administrativas e escolhas de política pública passam a ser

decididas caso a caso.

Além do volume, o perfil das demandas também ajuda a localizar os pontos de fricção do sistema. O CNJ indica predominância de ações relacionadas ao fornecimento de medicamentos, seguidas por tratamentos e procedimentos, além de internações e insumos terapêuticos (Conselho Nacional de Justiça, 2023). Esse padrão se encaixa no que já se mostrou sobre coordenação do cuidado. Quando a rede não consegue estabilizar acompanhamento, continuidade terapêutica e acesso oportuno a tecnologias, cresce a tendência de individualização do pedido e de transferência da decisão para o processo judicial. A consequência é que escolhas típicas de gestão sanitária, como padronização, protocolos, logística e critérios de incorporação, passam a ser tensionadas por ordens judiciais.

Tabela 9 - Perfil das demandas judiciais em saúde no Brasil

Tipo de demanda	Frequência relativa
Medicamentos	Mais frequente
Tratamentos e procedimentos	Frequente
Internações	Menos frequente
Insumos terapêuticos	Menos frequente

Fonte: Conselho Nacional de Justiça, Painel da Judicialização da Saúde (Conselho Nacional de Justiça, 2023).

Esse mesmo movimento aparece quando se observa a tensão entre demandas por itens não padronizados e o planejamento orientado por critérios públicos. O Fórum Nacional do Judiciário para a Saúde registra que parte relevante dos medicamentos demandados judicialmente não integra a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Conselho Nacional de Justiça, 2023). Aqui, a discussão comparada já mobilizada na pesquisa ajuda a enquadrar o problema sem transformar o texto em modelo importado.

Outro recorte importante do perfil das ações é a distinção entre demandas dirigidas ao SUS e aquelas ligadas à saúde suplementar. No agregado 2020–2024, o CNJ registra predominância de ações contra o sistema público, com 59,6%, enquanto 40,4% se dirigem à saúde suplementar (Conselho Nacional de Justiça, 2024). Esse dado reforça o ponto já estabelecido sobre capacidade estatal territorial. Sendo o SUS o principal polo do contencioso, os efeitos recaem diretamente sobre planejamento público, compras, regulação da oferta e execução orçamentária em estados e municípios.

Tabela 10 - Distribuição das ações judiciais em saúde por sistema (2020–2024)

Sistema	Percentual
SUS	59,6%
Saúde suplementar	40,4%

Fonte: Conselho Nacional de Justiça, Painel da Judicialização da Saúde (Conselho Nacional de Justiça, 2024).

A série do CNJ e a concentração das demandas por medicamentos e tratamentos sugerem um padrão de litigância que se mantém no tempo e incide sobre itens de alto impacto de gestão. Esse padrão é coerente com o que já foi demonstrado sobre desigualdade territorial e coordenação do cuidado. Onde o acesso não se estabiliza por rotinas administrativas, aumenta a probabilidade de solução por decisão judicial. A implicação é que a judicialização passa a interagir com o ciclo de planejamento e execução orçamentária, dimensão examinada no subitem seguinte, dedicado aos custos e à execução financeira decorrentes das decisões judiciais.

4.2.2 Custos e execução orçamentária decorrentes de decisões judiciais

A intensificação da judicialização da saúde, descrita no subitem anterior, repercute na execução orçamentária do SUS porque as decisões judiciais costumam gerar despesas de curto prazo, concentradas em itens como medicamentos, tratamentos e internações. Esse tipo de gasto tende a entrar na rotina da gestão por via excepcional, com obrigação de cumprimento em prazos que nem sempre coincidem com o ciclo de programação, compra e provisão regular da política pública. Esse deslocamento do planejamento para a execução imediata se ajusta ao argumento já construído sobre capacidade estatal no território, porque a mesma obrigação jurídica produz efeitos distintos quando a margem fiscal e a infraestrutura administrativa são desiguais. Em termos analíticos, o conflito aparece quando a exigibilidade do direito é alta e a capacidade de entrega contínua se distribui de modo heterogêneo.

No plano institucional, auditorias do Tribunal de Contas da União registram que a judicialização introduz despesas não previstas nos instrumentos formais de planejamento, como Plano Plurianual, Lei de Diretrizes Orçamentárias e Lei Orçamentária Anual (TCU, 2017). Ao observar as assimetrias de capacidade administrativa e margem fiscal já mapeadas, esse achado ganha densidade analítica, porque a absorção de gastos imprevistos tende a disputar espaço com despesas programadas e compromissos continuados, sobretudo quando a execução já opera em cenário de restrição. O ponto que o TCU (2017) explicita, e que conversa com a leitura já desenvolvida sobre coordenação e previsibilidade, é que a despesa

judicializada tende a atravessar o orçamento sem passar pelo mesmo circuito de priorização coletiva que orienta a programação sanitária, o que altera a hierarquia prática das escolhas públicas.

Os dados disponíveis permitem dimensionar parte desse efeito na assistência farmacêutica. Estudo do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada informa que, em 2023, as despesas com medicamentos decorrentes de decisões judiciais corresponderam, em média, a 32,9% do total gasto pelos estados com assistência farmacêutica, considerando as unidades federativas com informação completa. No nível municipal, o percentual informado foi de 8,4% (Ipea, 2025). Ao observar um percentual dessa magnitude no plano estadual, o dado permite sustentar a hipótese já indicada de que a judicialização pode operar como fator de rigidez orçamentária. Mesmo quando o percentual municipal é menor, ele pode ser relevante em cenários de menor escala fiscal, pois a mesma despesa tende a disputar recursos com ações programadas de grande alcance populacional.

Tabela 11 - Participação da judicialização nos gastos com medicamentos (2023)

Ente federativo	Participação da judicialização no gasto com medicamentos (%)
Estados	32,9
Municípios	8,4

Fonte Ipea (2025).

Segundo o próprio estudo, os percentuais foram obtidos a partir de dados de execução, com base em informações declaradas ao Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde e registros administrativos de cumprimento de decisões judiciais, calculando-se a razão entre a despesa executada com medicamentos judicializados e o total executado em assistência farmacêutica no exercício (Ipea, 2025).

Essa descrição metodológica delimita o que o indicador mede, execução realizada, e evita confundir impacto financeiro efetivo com estimativas ou previsão. Essa opção metodológica reforça a leitura já apresentada sobre capacidade de resposta e sustentabilidade, porque permite tratar o percentual como restrição efetivamente materializada no orçamento. Além disso, a preocupação com comparabilidade e com leitura de execução se aproxima do esforço de padronização de contas de saúde discutido pela OECD (2025), ao situar o gasto em saúde em um contexto internacional e destacar limites de leitura quando as rubricas são afetadas por obrigações não programadas.

A concentração do impacto na assistência farmacêutica se conecta ao perfil das demandas já caracterizado, no qual pedidos de medicamentos ocupam parcela relevante do contencioso. Relatórios do Conselho Nacional de Justiça registram que parte dessas demandas

recai sobre itens fora da RENAME, o que tensiona a lógica de incorporação e provisão baseada em protocolos, avaliação de tecnologia e pactuação administrativa, deslocando decisões com repercussão orçamentária para o espaço judicial (CNJ, 2023).

Esse deslocamento conversa com a discussão sobre governança de tecnologias em saúde, porque NICE (s.d.) e IQWiG (s.d.) descrevem modelos institucionais em que a cobertura de tecnologias passa por avaliação de benefício e por critérios explícitos de decisão. No SUS, a incorporação é estruturada para ocorrer por instâncias técnicas e normativas, e a migração do conflito para o Judiciário tende a produzir ordens de fornecimento que não percorrem o mesmo rito decisório, o que ajuda a explicar por que o impacto recai com força sobre a assistência farmacêutica.

Além do volume, a execução orçamentária passa a lidar com um componente de imprevisibilidade. O TCU descreve que o atendimento a decisões pode exigir remanejamentos, suplementações e reorganização de prioridades de gasto, com potencial de afetar compras programadas, abastecimento regular e iniciativas estruturantes já planejadas (TCU, 2017).

Quando esse movimento ocorre em territórios com menor capacidade de coordenação e menor folga fiscal, a gestão tende a enfrentar maior rigidez na execução. Na linha do argumento já estabelecido sobre desigualdade territorial, esse efeito não se distribui de modo neutro, pois a perda de previsibilidade costuma pesar mais onde a rede já depende de pactuações instáveis e de oferta concentrada. O resultado esperado é a redução de margem para ações estruturantes de caráter coletivo, o que recoloca o problema no plano do desenvolvimento regional.

No plano territorial, a judicialização também aparece como ocorrência disseminada. Pesquisa institucional do Conselho Nacional de Saúde informa que 58,7% dos municípios declararam ter realizado gastos com medicamentos decorrentes de decisões judiciais, com diferenças entre regiões, como Centro-Oeste e Nordeste (CNS, 2025).

O indicador, aqui, não expressa montante financeiro, e sim presença do gasto no município, o que ajuda a mapear a extensão do fenômeno na gestão local. Ao observar a variação regional de ocorrência registrada pelo CNS (2025), o dado pode ser lido em continuidade com a configuração territorial já descrita, na qual a dependência de fluxos intermunicipais e a concentração de serviços especializados alteram o percurso assistencial. O ponto é apenas analítico, porque o indicador não mede volume, mas ele é compatível com a ideia de que certos arranjos territoriais expõem mais a gestão local a demandas judicializadas.

Tabela 12 - Municípios com gastos com medicamentos decorrentes de decisões judiciais

Região	Percentual de municípios (%)
Centro-Oeste	80,5
Nordeste	46,3
Brasil	58,7

Fonte CNS (2025).

Em conjunto, os elementos apresentados permitem tratar os custos da judicialização como variável de governança e de execução, e não apenas como registro contábil. Ao incidir sobre despesas sensíveis e frequentemente não programadas, a judicialização tende a reorganizar prioridades e a reduzir previsibilidade, com efeitos que se tornam mais relevantes quando observados sob a ótica das desigualdades de capacidade estatal e de sustentação fiscal no território. Nesse enquadramento, a relação entre gasto e sustentabilidade se aproxima do modo como a Organização Mundial da Saúde sistematiza a leitura de financiamento em saúde ao tratar a capacidade de manter provisão contínua como componente de desempenho e de desenvolvimento humano (Organização Mundial da Saúde, 2022). A conexão com desenvolvimento regional ocorre quando a execução judicializada reduz espaço fiscal e previsibilidade justamente nos territórios que já têm menor capacidade de equalização da oferta.

4.2.3 Efeitos territoriais e fiscais da judicialização no desenvolvimento regional

Os efeitos da judicialização da saúde sobre o desenvolvimento regional podem ser observados empiricamente quando se analisa a forma como decisões judiciais redistribuem recursos públicos no território e impõem restrições diferenciadas à capacidade fiscal e ao planejamento dos entes federativos. A judicialização não se distribui de maneira homogênea no espaço, nem produz impactos proporcionais entre estados e municípios, o que tende a tensionar desigualdades regionais preexistentes. Assim como já foi destacado na construção conceitual do desenvolvimento adotada nesta pesquisa, quando desenvolvimento é entendido como processo associado à ampliação de liberdades, cidadania e equidade, a trajetória do gasto público em saúde deixa de ser apenas um tema setorial e passa a integrar a própria arquitetura de sustentação de direitos no território, com implicações diretas para a coesão regional e para a qualidade da democracia social (Sarlet, 2007).

Do ponto de vista fiscal, os dados apresentados no subitem 4.2.2 indicam que os gastos decorrentes de decisões judiciais representam parcela relevante da execução

orçamentária em saúde. Em 2023, a judicialização respondeu, em média, por 32,9% dos gastos estaduais com assistência farmacêutica, enquanto nos municípios esse percentual alcançou 8,4%, considerando apenas entes com dados completos declarados ao SIOPS (Ipea, 2025).

Esses percentuais ajudam a situar a judicialização como componente recorrente do gasto em saúde, com impacto sobre a capacidade de financiar políticas de caráter coletivo. Ao observar esse padrão, ganha densidade a leitura estrutural segundo a qual assimetrias se reproduzem no tempo quando a coordenação federativa e o fortalecimento institucional não conseguem amortecer diferenças de capacidade entre territórios, especialmente em políticas sociais de execução descentralizada (Furtado, 1966). Nesse enquadramento, o peso relativo do gasto judicializado não deve ser lido como “excesso” em abstrato, mas como sinal de como determinados arranjos de provisão e financiamento tornam alguns entes mais expostos a choques de execução.

No plano territorial, a ocorrência da judicialização também apresenta variação regional. Pesquisa institucional conduzida pelo Conselho Nacional de Saúde indica que 58,7% dos municípios brasileiros realizaram gastos com medicamentos judicializados, com incidência maior na Região Centro-Oeste (80,5%) e menor no Nordeste (46,3%) (Conselho Nacional de Saúde, 2025).

Essa diferença sugere que a exposição dos territórios à judicialização não é uniforme e pode acompanhar desigualdades de capacidade administrativa, presença institucional do Judiciário e organização da rede de serviços de saúde. Aqui se torna útil a advertência metodológica já trabalhada no referencial, quando se problematiza a leitura linear do desenvolvimento e se enfatiza a diversidade de trajetórias regionais. Em vez de supor uma hierarquia simples entre regiões, os percentuais podem ser interpretados como expressão de arranjos institucionais distintos, com variações na forma de acesso, na densidade de serviços e na intermediação institucional do direito (Ribeiro, 2002; 2003).

Esses dados permitem ler a judicialização como mecanismo de redistribuição orçamentária não planejada, deslocando recursos para o cumprimento de decisões individuais, muitas vezes em detrimento de investimentos estruturantes com maior potencial redistributivo. Investimentos em atenção primária, regionalização da rede e fortalecimento institucional permanecem centrais para a redução de desigualdades territoriais e para a promoção do desenvolvimento regional.

A judicialização, ao impor rigidez orçamentária e imprevisibilidade, limita a

capacidade dos gestores de priorizar essas ações. Esse deslocamento dialoga com a compreensão do direito à saúde como dever estatal que demanda ações afirmativas contínuas e políticas públicas eficazes. Quando a proteção do direito passa a depender, com frequência, de ordens individualizadas, o território tende a ver uma concorrência mais aguda entre a resposta imediata ao caso concreto e a programação coletiva orientada por critérios de equidade (Sarlet, 2007).

Além disso, auditorias do Tribunal de Contas da União indicam que a necessidade de atender decisões judiciais urgentes pode comprometer a execução regular do orçamento, exigindo remanejamentos e suplementações, especialmente em entes com menor base fiscal (Tribunal de Contas da União, 2017). Esse padrão tende a afetar com maior intensidade municípios e estados com menor capacidade de arrecadação própria, ampliando disparidades regionais e fragilizando a governança interfederativa da política de saúde. Quando se coloca essa evidência ao lado do diagnóstico institucional de que a judicialização excessiva pode revelar incapacidade estrutural do Estado em assegurar direitos sociais e, ao mesmo tempo, expor baixa articulação entre Executivo, Legislativo e Judiciário, os dados fiscais ganham um sentido adicional. Eles sugerem não apenas aumento de despesa, mas um rearranjo de governança no qual decisões que deveriam ser pactuadas em instâncias de planejamento e incorporação tecnológica acabam reconfiguradas caso a caso no sistema de justiça, com efeitos sobre a previsibilidade e sobre a coordenação democrática das políticas (Piovesan, 2019).

Do ponto de vista do desenvolvimento regional, esses efeitos se acumulam. Recursos direcionados ao cumprimento de decisões judiciais deixam de financiar ações com maior retorno coletivo, como ampliação da cobertura efetiva da atenção básica, redução de internações evitáveis e fortalecimento da rede regionalizada.

Organismos internacionais reconhecem que sistemas de saúde financeiramente sustentáveis e territorialmente equilibrados compõem dimensões relevantes do desenvolvimento humano e econômico, conforme associado ao ODS 3 na Agenda 2030 (Organização Mundial da Saúde, 2022). Ao observar esse horizonte, a análise de Sachs sobre sustentabilidade reforça que o desenvolvimento de longo prazo depende da superação de desigualdades estruturais que bloqueiam o acesso a direitos fundamentais. Quando a alocação do gasto é tensionada por decisões fragmentadas e não programadas, o desafio não é apenas financeiro, mas também de capacidade estatal para produzir trajetórias inclusivas e

sustentáveis no território, com monitoramento e governança coerentes com metas pactuadas (Sachs, 2017).

Quadro 15 - Judicialização da saúde e efeitos territoriais e fiscais sobre o desenvolvimento regional

Dimensão analisada	Dado empírico	Fonte oficial	Leitura para o desenvolvimento regional
Impacto fiscal estadual	32,9% do gasto estadual com medicamentos judicializados em 2023	Ipea (2025)	Indica compressão da margem de programação orçamentária e possível redução de espaço para investimentos coletivos de médio prazo
Impacto fiscal municipal	8,4% do gasto municipal com medicamentos judicializados em 2023	Ipea (2025)	Sinaliza pressão sobre municípios com baixa arrecadação e maior sensibilidade a remanejamentos na execução
Ocorrência nacional	58,7% dos municípios com gastos judicializados	Conselho Nacional de Saúde (2025)	Sugere difusão do fenômeno na gestão local e incorporação do gasto judicializado como variável recorrente do planejamento
Variação regional	Centro-Oeste 80,5% dos municípios; Nordeste 46,3%	Conselho Nacional de Saúde (2025)	Aponta exposição territorial desigual e necessidade de leitura por arranjos institucionais e capacidades regionais
Execução orçamentária	Remanejamentos e suplementações para cumprimento de decisões	Tribunal de Contas da União (2017)	Indica imprevisibilidade e efeitos sobre continuidade de ações programadas e governança interfederativa
Prioridades de gasto	Concentração em medicamentos judicializados	Conselho Nacional de Justiça (2023)	Sinaliza deslocamento de recursos da programação coletiva para demandas individualizadas, com possíveis efeitos distributivos regressivos
Referência internacional	Saúde como eixo do ODS 3	Organização Mundial da Saúde (2022)	Reforça vínculo entre sustentabilidade do sistema, equidade territorial e desenvolvimento humano

Fonte. Elaboração própria (2026), a partir de Conselho Nacional de Justiça (2023), Ipea (2025), Conselho Nacional de Saúde (2025), Tribunal de Contas da União (2017) e Organização Mundial da Saúde (2022).

A leitura integrada dos dados sintetizados no Quadro 2 permite compreender que a judicialização da saúde atua como vetor de reorganização territorial do gasto público, com impactos sobre a dinâmica do desenvolvimento regional. O fato de 32,9% dos gastos estaduais com medicamentos e 8,4% dos gastos municipais estarem associados ao cumprimento de decisões judiciais (Ipea, 2025) indica que parcela expressiva dos recursos da saúde deixa de seguir, com estabilidade, a lógica do planejamento sanitário coletivo para atender demandas impostas judicialmente. Esse deslocamento não ocorre de forma neutra, pois incide de maneira desigual sobre os territórios, conforme sua capacidade fiscal e administrativa. Nesse ponto, a chave interpretativa já trabalhada sobre assimetrias de capacidade estatal ajuda a ler o dado como problema de coordenação e de proteção desigual do direito no espaço, mais do que como simples crescimento de despesa.

A elevada ocorrência da judicialização em 58,7% dos municípios brasileiros, com concentração mais intensa na Região Centro-Oeste em comparação ao Nordeste (Conselho Nacional de Saúde, 2025), aponta que os efeitos fiscais acompanham padrões territoriais já marcados por diferenças estruturais. Regiões com maior densidade institucional, maior oferta de serviços e maior presença do Judiciário tendem a concentrar maior volume de decisões e, por essa via, maior pressão sobre a execução orçamentária. Essa variação territorial pode ser lida, à luz do referencial, como efeito combinado de capacidade administrativa, acesso institucional ao sistema de justiça e organização regionalizada da rede, o que reforça a necessidade de interpretar números agregados com cautela e com recorte territorial.

Esse efeito é particularmente relevante em municípios de pequeno e médio porte, cuja base econômica e fiscal é limitada. Nesses contextos, percentuais como 8,4% dos gastos municipais com medicamentos judicializados assumem peso significativo na execução orçamentária, com potencial de comprometer ações preventivas e coletivas.

Assim, a judicialização pode contribuir para um padrão de alocação de recursos menos programável do ponto de vista do desenvolvimento regional, ao privilegiar respostas individualizadas em detrimento de políticas com maior potencial redistributivo. A tensão descrita por Piovesan, ao associar judicialização excessiva à desarticulação entre poderes e à incapacidade estrutural de assegurar direitos sociais, oferece um enquadramento institucional para compreender por que o impacto fiscal se converte em desafio de governança, e não apenas de caixa (Piovesan, 2019).

Os dados empíricos apresentados neste subitem mostram que a judicialização da saúde produz efeitos territoriais e fiscais que extrapolam o atendimento de demandas individuais,

interferindo na capacidade de planejamento, na equidade distributiva e na sustentabilidade financeira das políticas públicas de saúde. Ao incidir de forma desigual sobre os territórios, a judicialização tende a reforçar assimetrias regionais e a limitar o potencial da saúde como vetor de desenvolvimento regional, em um ciclo no qual limitações estruturais de oferta alimentam o acionamento do Judiciário e este, por sua vez, retroalimenta fragilidades de coordenação e financiamento.

4.3 POLÍTICAS PÚBLICAS E INSTRUMENTOS DE APOIO TÉCNICO NO JUDICIÁRIO

A judicialização da saúde impôs ao Judiciário um problema institucional que não se resolve apenas com subsunção normativa. Decidir sobre medicamentos, tecnologias e procedimentos envolve evidência científica, diretrizes clínicas, avaliação de custo-efetividade e políticas públicas organizadas para operar em rede. Nesse cenário, consolidou-se, no âmbito do Conselho Nacional de Justiça, uma política pública interna voltada a qualificar a decisão judicial em saúde, combinando instâncias permanentes de governança, núcleos de apoio técnico e um repositório nacional de notas técnico-científicas. Esse arranjo se conecta ao modo como a pesquisa já tratou a capacidade estatal como componente do desenvolvimento, no sentido de que o direito, para produzir efeitos, depende de instituições que organizem informação, rotinas e critérios de decisão, e não apenas de mandamentos abstratos (Sarlet, 2007; Piovesan, 2019).

No plano normativo, a institucionalização do apoio técnico em saúde se vincula ao Fórum Nacional do Judiciário para a Saúde, criado pela Resolução CNJ nº 107/2010, com a finalidade de monitorar e buscar soluções para as demandas judiciais relacionadas à assistência à saúde (CNJ, 2010). A partir desse eixo, a Resolução CNJ nº 238/2016 estruturou a política de comitês estaduais e previu que esses comitês auxiliem os tribunais na criação dos Núcleos de Apoio Técnico do Judiciário, compostos por profissionais da saúde para elaboração de subsídios técnicos (CNJ, 2016). Em 2021, a Resolução CNJ nº 388/2021 reestruturou os Comitês Estaduais de Saúde como instâncias integrantes do Fórum Nacional e detalhou competências e arranjos de funcionamento (CNJ, 2021). A lógica institucional desse percurso é coerente com a leitura de que a judicialização cresce quando há assimetria de informação e de coordenação entre política pública e decisão judicial, deslocando escolhas distributivas para casos individuais, tema debatido na literatura jurídica brasileira ao discutir

parâmetros decisórios em saúde e riscos de desorganização alocativa (Barroso, 2007; Aith, 2014).

Quadro 16 - Marcos normativos da política judicial de saúde e do apoio técnico (NATJus e e-NatJus)

Marco	Documento oficial	Conteúdo e efeito institucional (síntese)
2010	Resolução CNJ nº 107/2010	Institui o Fórum Nacional do Judiciário para a Saúde, organizando governança nacional do tema.
2016	Resolução CNJ nº 238/2016	Estrutura comitês estaduais e prevê apoio à criação de NATJus com profissionais da saúde para subsídios técnicos.
2021	Resolução CNJ nº 388/2021	Reestrutura Comitês Estaduais no âmbito do Fórum Nacional e organiza competências e funcionamento.

Fonte. Elaboração própria (2024)

No plano operacional, o e-NatJus funciona como banco nacional de notas técnicas e pareceres elaborados com base em evidências científicas para subsidiar decisões judiciais em saúde, com área pública de pesquisa e módulos de consulta e de revisões sistemáticas (CNJ, s.d.). O deslocamento mais relevante ocorre no modo de produção da prova técnica. Em vez de depender de perícias episódicas, o Judiciário passa a operar com um arranjo contínuo de consulta e produção, com linguagem técnica mais estável e memória institucional. Esse desenho dialoga com práticas internacionais de avaliação de tecnologias em saúde, nas quais a decisão pública tende a se apoiar em sínteses de evidência e apreciação comparativa de alternativas terapêuticas, reduzindo variação decisória baseada apenas em impressões clínicas individuais (NICE, s.d.; IQWiG, s.d.).

As políticas internas se materializam em três planos, governança, capacidade técnica e infraestrutura informacional. Para fins de resultados, a materialidade empírica mais direta aparece na evolução da produção e do acervo de notas técnicas, pois isso sinaliza o grau de incorporação do suporte científico à rotina decisória.

Quadro 17 - Indicadores operacionais do e-NatJus (produção e acervo de notas técnicas)

Indicador	Número	Ano ou período	Fonte institucional
Notas técnicas registradas no ano	98.631	2024	Rede NatJus (2025)
Notas técnicas expedidas no ano	aproximadamente 131.000	2025	Rede NatJus (2026); Jurinews (2025)
Acervo acumulado de notas técnicas	mais de 394.000	até dez. 2025	Rede NatJus (2025); Rede NatJus (2026)

Fonte. Elaboração própria (2026).

Esses números indicam ampliação do uso do apoio técnico e maior integração do instrumento à rotina judicial. Ao mesmo tempo, o aumento de acervo favorece consultas

repetidas em temas similares, o que tende a reduzir assimetria informacional entre unidades judiciais, ao menos no plano do acesso à evidência. Esse movimento se aproxima da discussão já construída sobre instituições e desempenho estatal, na medida em que consolidação de rotinas decisórias e padronização mínima de critérios operam como mecanismos institucionais de redução de arbitrariedade e de desigualdades de tratamento, aspecto compatível com abordagens que associam desenvolvimento à qualidade das instituições e à capacidade de produzir respostas consistentes no território (Acemoglu; Robinson, 2012; Amaro, 2003).

Mesmo com decisão mais bem instruída, permanece um limite estrutural. O apoio técnico qualifica a racionalidade decisória, mas não altera, por si, a disponibilidade territorial de serviços, força de trabalho e capacidade fiscal. Essa distinção é importante porque a própria literatura crítica sobre a trajetória do SUS destaca que o descompasso entre direito formal e efetivação concreta se expressa em vazios assistenciais e em desigualdades territoriais de oferta, cenário no qual o Judiciário passa a ser acionado como via de acesso, ainda que a decisão seja tecnicamente aprimorada (Vieira, 2023; Latorraca et al., 2022).

Quadro 18 - NATJus e e-NatJus, contribuição institucional e limites estruturais em cenário de desigualdade regional

Dimensão	O que o instrumento entrega (mecanismo)	Evidência institucional	Limite quando há desigualdade territorial
Qualificação técnica da decisão	Nota técnica baseada em evidências para subsidiar decisão judicial	Existência de repositório nacional e módulos públicos de pesquisa e revisões sistemáticas	A nota técnica não cria serviço, equipe ou leito no território, altera o fundamento da decisão, não a oferta
Padronização informacional	Banco nacional de consulta que reduz assimetria entre varas e tribunais	Crescimento do acervo e da produção anual de notas	Territórios com menor capacidade institucional podem utilizar menos o instrumento
Governança e coordenação	Fórum e Comitês como instâncias de articulação e diretrizes	Resoluções CNJ nº 107/2010 e nº 388/2021	Governança judicial não substitui governança sanitária interfederativa do SUS
Institucionalização do apoio técnico	Organização para criação e suporte aos NATJus	Resolução CNJ nº 238/2016	Estrutura e maturidade do NATJus variam por tribunal e unidade federativa

Fonte. Elaboração própria (2026)

O quadro sistematiza o ponto central. O apoio técnico constitui política pública interna do Judiciário com efeitos concretos na qualidade da decisão, especialmente quando a evidência científica é determinante para diferenciar alternativas terapêuticas. O alcance, porém, é indireto sobre desigualdade regional, porque parte relevante do litígio se alimenta de dificuldades de acesso oportuno e integral em redes territorialmente desequilibradas.

Assim, a política de apoio técnico pode contribuir para reduzir decisões judiciais descoladas de evidências e diminuir a variação decisória entre unidades, especialmente ao oferecer subsídios técnicos qualificados aos magistrados. No entanto, a redução da judicialização como via recorrente de acesso à saúde depende de transformações mais amplas na capacidade de oferta, na coordenação assistencial e no financiamento do sistema. Essa leitura é compatível com a interpretação estrutural do desenvolvimento regional formulada por Celso Furtado, para quem as desigualdades territoriais decorrem de padrões históricos e institucionais de organização econômica que produzem assimetrias persistentes de capacidade entre regiões, não sendo superadas por intervenções pontuais (Furtado, 1966).

No campo das políticas públicas contemporâneas, Vieira reforça que a judicialização da saúde deve ser compreendida como efeito de falhas sistêmicas de coordenação e financiamento, sobretudo em contextos de restrição fiscal e desigualdade territorial, nos quais o Judiciário passa a operar como instância compensatória de acesso a direitos sociais (Vieira, 2023). De modo convergente, Martins e Campos argumentam que instrumentos técnicos de apoio ao Judiciário, embora relevantes para qualificar decisões individuais, não substituem a necessidade de fortalecimento estrutural da governança do SUS, sob pena de a judicialização permanecer como resposta recorrente às limitações da capacidade estatal no território (Martins; Campos, 2025).

Nesse sentido, a persistência da judicialização não pode ser atribuída exclusivamente a falhas decisórias ou à ausência de subsídios técnicos ao Judiciário, mas deve ser compreendida como manifestação de desigualdades territoriais produzidas por assimetrias estruturais de oferta, coordenação e financiamento do sistema de saúde.

4.4 INDICADORES SETORIAIS E REFERÊNCIAS INTERNACIONAIS

A utilização de indicadores setoriais internacionais no presente estudo cumpre uma função analítica específica, situar as desigualdades territoriais e a judicialização da saúde no

Brasil em um quadro comparativo que evidencie limites de capacidade instalada, financiamento e governança. A comparação é empregada com finalidade explicativa, pois permite observar como distintos arranjos institucionais processam conflitos distributivos em saúde e quais efeitos essa mediação tende a produzir sobre planejamento, previsibilidade e equidade territorial.

Os dados internacionais consolidados indicam que o Brasil apresenta esforço agregado em saúde, medido como proporção do Produto Interno Bruto, em patamar próximo ao observado em países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico. Em 2022, o consumo de bens e serviços de saúde no Brasil correspondeu a aproximadamente 9,4 por cento do PIB, enquanto a média da OCDE foi de cerca de 9,2 por cento (OECD, 2025). Quando a mesma dimensão é observada pelo gasto per capita, a diferença é expressiva, o que oferece uma chave interpretativa para compreender restrições de oferta em sistemas universais extensos territorialmente.

Tabela 13 - Indicadores setoriais selecionados, Brasil e referência OCDE

Indicador	Brasil (ano)	Referência OCDE (ano)	Documento-base
Despesa corrente em saúde per capita (US\$ PPC)	aproximadamente 1.700 (2022)	aproximadamente 5.300 (2022)	OECD (2025)
Despesa em saúde como percentual do PIB	9,4% (2022)	9,2% (2022)	OECD (2025)
Despesa corrente em saúde como percentual do PIB	9,89% (2021)	não informado na comparação	OMS (2021)
Leitos hospitalares por 1.000 habitantes	2,3 (2023)	4,2 (2023)	Lima et al. (2024); OECD (2025)

Fonte. Elaboração própria (2026), com base em OECD (2025), OMS (2021) e Lima et al. (2024).

A leitura conjunta desses indicadores sugere que a similitude no esforço agregado não se converte, necessariamente, em capacidade equivalente de provisão por habitante. Em termos analíticos, isso ajuda a enquadrar por que limitações de oferta podem persistir mesmo quando a despesa total parece comparável em proporção do PIB. Ao observar a razão de leitos por habitante, por exemplo, a diferença entre Brasil e referência OCDE indica menor folga estrutural para absorver demanda, sobretudo em contextos de pressão assistencial, o que tende a tornar mais sensíveis os efeitos da concentração regional de serviços e a dependência de fluxos intermunicipais, elementos já identificados na análise territorial do sistema (Lima et al., 2024; OECD, 2025).

Além da capacidade instalada, a governança sanitária constitui dimensão relevante para compreender variações no padrão de litigiosidade entre países. Em sistemas universais

consolidados, documentos institucionais indicam a presença de instrumentos voltados a reduzir incerteza sobre cobertura e a organizar a incorporação de tecnologias por critérios explicitados, deslocando parte do conflito distributivo para instâncias técnico-administrativas com ritos próprios de deliberação (NICE, s.d.; IQWiG, s.d.). A utilidade comparativa, neste ponto, está menos na ideia de “modelo” e mais no efeito institucional de previsibilidade e padronização de critérios.

Quadro 19 - Referências internacionais de governança em saúde e mediação de conflitos distributivos

País e sistema	Instrumento	O que o documento estabelece	Relevância para a judicialização
Reino Unido, NHS	NICE, Technology Appraisal	Avaliações com diretriz de financiamento no sistema quando há recomendação	Reduz incerteza sobre cobertura e diminui espaço para controvérsia individual sobre incorporação
Alemanha, seguro social estatutário	Avaliação precoce de benefício, AMNOG, com suporte técnico do IQWiG	Define benefício terapêutico relativo e baliza condições de financiamento após incorporação	Canaliza controvérsias para instâncias técnicas e negociais, com efeitos sobre previsibilidade do gasto

Fonte. Elaboração própria (2026), com base em NICE (s.d.) e IQWiG (s.d.).

Esses arranjos indicam que a explicitação de critérios de cobertura e incorporação não elimina o conflito distributivo, mas altera o seu percurso institucional. A disputa deixa de depender, em maior medida, de decisões caso a caso e passa a ser processada por mecanismos de avaliação e deliberação técnica. Esse enquadramento ajuda a interpretar a centralidade adquirida pela judicialização em contextos nos quais a definição de cobertura é menos vinculante, a provisão é heterogênea no território e a capacidade instalada por habitante é mais restrita.

Ao articular os indicadores e as referências institucionais, o caso brasileiro pode ser lido como combinação de três elementos que se reforçam. O primeiro é a distância do gasto per capita em relação ao padrão OCDE, que oferece um parâmetro para discutir limites de oferta. O segundo é a desigualdade territorial de provisão, observada internamente, que amplia a variabilidade do acesso entre regiões e municípios. O terceiro é o modo como conflitos distributivos se deslocam para a arena judicial quando há maior incerteza prática sobre acesso, tempos de espera e disponibilidade efetiva de tecnologias e serviços. Nessa composição, a via judicial tende a operar como mecanismo de compensação para parte dos indivíduos, sem que isso signifique correção estrutural das assimetrias que originam o litígio.

Do ponto de vista do desenvolvimento regional, a literatura e os organismos internacionais tratam a saúde como infraestrutura social estratégica, com implicações para produtividade, proteção social e sustentabilidade fiscal. A Organização Mundial da Saúde, ao sistematizar dados e dimensões de cobertura e gasto, associa a consolidação de sistemas

universais com equidade territorial à melhora de indicadores de desenvolvimento humano e à redução de pressões institucionais decorrentes de acesso desigual (OMS, 2021). Em chave analítica, isso sustenta a interpretação de que judicialização elevada pode ser lida, simultaneamente, como sintoma de assimetrias de oferta e como fator que tensiona o planejamento, especialmente quando o cumprimento de decisões se impõe como gasto não programado, ponto que se conecta aos efeitos fiscais já evidenciados no capítulo (OECD, 2025; OMS, 2021).

Assim, os dados internacionais analisados não se afastam dos achados nacionais. Eles reforçam a leitura de que limitações de capacidade instalada por habitante, associadas à desigualdade territorial e a mecanismos de governança com menor capacidade de reduzir incertezas práticas de acesso, ampliam o espaço para que conflitos distributivos migrem para o Judiciário. Nesse padrão, a política de saúde perde parte de sua potência como vetor de desenvolvimento regional, pois a combinação entre oferta desigual e litigiosidade tende a retroalimentar tensões de financiamento e de coordenação no território.

4.5 LEITURA INTEGRADA DOS RESULTADOS

A leitura integrada dos resultados apresentados ao longo do Capítulo 4 situa a judicialização da saúde como expressão de um arranjo institucional tensionado por desigualdades territoriais, limitações de capacidade estatal e disputas distributivas que atravessam, ao mesmo tempo, a organização sanitária e a gestão fiscal. Essa interpretação decorre da articulação entre quatro blocos empíricos que se conectam no próprio capítulo: a estrutura territorial do SUS e suas assimetrias, a evolução e o perfil das demandas judiciais, os impactos orçamentários observados na execução do gasto e os instrumentos de apoio técnico criados no Judiciário para qualificar a decisão em saúde.

No plano fiscal, os achados indicam que a judicialização passou a ocupar espaço relevante na execução orçamentária, especialmente na assistência farmacêutica. Os percentuais sistematizados no subitem 4.2.2 mostram que, em 2023, despesas com medicamentos decorrentes de decisões judiciais corresponderam, em média, a 32,9% do total da assistência farmacêutica estadual e a 8,4% da municipal, com base em dados de execução informados ao SIOPS e sistematizados pelo IPEA (IPEA, 2025). Esses resultados ajudam a delimitar que a judicialização não incide apenas como evento pontual na rotina financeira, mas como componente que interfere na previsibilidade do gasto, sobretudo quando se

combina com bases fiscais desiguais e com diferentes margens de manobra administrativa entre entes federativos.

A distribuição territorial do fenômeno reforça esse enquadramento. A pesquisa do Conselho Nacional de Saúde aponta que 58,7% dos municípios declararam gastos com medicamentos judicializados, com variação entre regiões, destacando-se a maior incidência no Centro-Oeste e a menor no Nordeste (CNS, 2025).

Sem transformar esse dado de ocorrência em medida direta de volume financeiro, ele contribui para demonstrar que o impacto não é homogêneo no território. Ao ser lido em conjunto com as assimetrias de capacidade estatal descritas no item 4.1, esse padrão sugere que a judicialização tende a operar em ambientes institucionais distintos, com efeitos também distintos sobre planejamento e continuidade de ações coletivas.

O perfil das demandas, por sua vez, aproxima o fenômeno de uma lógica de compensação diante de falhas persistentes de acesso e coordenação. Os dados consolidados no subitem 4.2.1 indicam predominância de pedidos relacionados a medicamentos e tratamentos, o que se conecta com as evidências do item 4.1 sobre desigualdade territorial de oferta, concentração de recursos e dependência de fluxos intermunicipais. Nessa chave, a judicialização aparece como uma via acionada quando a entrega administrativa regular não se materializa no tempo e na forma esperados, deslocando parte do conflito distributivo para o processo judicial. Essa leitura dialoga com abordagens que tratam a judicialização como resultado de tensões entre a exigibilidade individual do direito e a organização coletiva de políticas públicas, especialmente quando a rede opera com capacidade desigual no território (Aith, 2014; Barroso, 2007; Vieira, 2023).

A partir daí, os achados orçamentários deixam de ser apenas um registro contábil e passam a integrar a explicação do ciclo institucional que o capítulo evidencia. Auditorias do Tribunal de Contas da União sinalizam que decisões judiciais em saúde podem impor despesas não previstas nos instrumentos formais de planejamento, exigindo remanejamentos, suplementações e ajustes em execução, com repercussões mais sensíveis onde a margem fiscal é menor (TCU, 2017). Quando essa evidência é articulada ao padrão de desigualdade territorial, o capítulo passa a sustentar que o custo da judicialização tende a ser absorvido de modo assimétrico, tanto por diferenças de arrecadação quanto por diferenças de capacidade administrativa para reorganizar o orçamento sem comprometer ações programadas.

Essa dinâmica tem implicações diretas para a coordenação federativa e para a regionalização. Embora o SUS se organize por diretrizes de regionalização, pactuação e redes,

a incidência de decisões judiciais direcionadas a entes específicos pode gerar descompassos entre responsabilidades pactuadas e obrigações efetivas impostas no curto prazo. Esse deslocamento tende a tensionar a lógica de rede quando determinações judiciais exigem respostas fora do fluxo regular de referência e contrarreferência, com potencial de fragmentar o percurso assistencial e reordenar prioridades de gasto por urgência processual, e não por planejamento sanitário regional.

Os instrumentos de apoio técnico do Judiciário entram, nesse ponto, como tentativa institucional de reduzir assimetrias informacionais e qualificar decisões. A estruturação do NATJus e do e-NatJus responde ao problema de decidir sobre tecnologias e procedimentos em ambiente de alta complexidade técnico-científica. Os resultados analisados no item 4.3 permitem tratar esse apoio como mecanismo de racionalização decisória, ao aproximar o processo judicial de evidências e diretrizes.

Ao mesmo tempo, a própria lógica integrada do capítulo ajuda a delimitar o alcance do instrumento, já que a melhoria da qualidade decisória não supre, por si, lacunas de oferta territorial, insuficiência de capacidade instalada ou fragilidades de coordenação regional, que aparecem como fatores associados ao acionamento do Judiciário.

Do ponto de vista do desenvolvimento regional, a integração dos resultados se conecta aos desfechos sanitários explorados anteriormente, na medida em que desigualdades na oferta e na coordenação do cuidado se associam a resultados evitáveis e a pressões adicionais sobre o sistema. Quando parte do gasto é reorientada por cumprimento judicial, sobretudo em itens de alto impacto unitário como medicamentos, a capacidade de sustentar investimentos estruturantes pode ficar mais restrita, o que é particularmente relevante em territórios com menor capacidade fiscal. Assim, a saúde tende a perder potência como infraestrutura social voltada à redução de assimetrias, não por ausência de princípios formais do sistema, mas por limitações materiais e institucionais que afetam a implementação em rede e a continuidade do planejamento.

A leitura integrada, portanto, organiza dois desafios que atravessam o capítulo. O primeiro é a tensão entre a exigibilidade do direito individual e a necessidade de planejamento coletivo orientado por equidade, critérios técnico-sanitários e sustentabilidade fiscal, problema já discutido na literatura jurídico-institucional sobre efetivação de direitos sociais e parâmetros de atuação judicial (Sarlet, 2007; Barroso, 2007). O segundo é o limite de respostas centradas exclusivamente no Judiciário, pois, mesmo com instrumentos de apoio técnico, a dinâmica observada no capítulo aponta que a redução da judicialização como via

recorrente de acesso depende de avanços na regionalização efetiva, na coordenação federativa e na redução das desigualdades territoriais de capacidade estatal.

Os resultados do Capítulo 4 sustentam que a judicialização da saúde pode ser compreendida simultaneamente como consequência de desigualdades territoriais e como fator que tende a tensionar planejamento e coordenação, sobretudo quando incide de forma assimétrica sobre entes com capacidades fiscais diferentes. Essa conclusão decorre da articulação entre indicadores sanitários, evidências de execução orçamentária, padrões de demanda judicial e limites institucionais da governança, compondo um quadro no qual enfrentar causas estruturais da desigualdade territorial aparece como condição para reduzir a dependência do Judiciário como via ordinária de acesso.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa foi orientada pelo problema de compreender em que medida a judicialização da saúde se relaciona com desigualdades territoriais do SUS e quais efeitos produz sobre a alocação de recursos, a coordenação federativa e, por consequência, o

desenvolvimento regional. À luz dos resultados reunidos no Capítulo 4, a judicialização aparece menos como um evento pontual e mais como um mecanismo recorrente de resposta a falhas de acesso, descontinuidade do cuidado e assimetrias de capacidade estatal entre territórios. Essa leitura é compatível com a moldura constitucional do direito à saúde e com a discussão sobre eficácia de direitos sociais, na qual o Judiciário pode atuar como garantia em casos concretos, mas não substitui a política pública nem resolve desigualdades de oferta por decisão (Sarlet, 2007; Barroso, 2007).

No objetivo de caracterizar a dimensão territorial do problema, os resultados mostram que indicadores agregados tendem a esconder desigualdades internas e que o território funciona como condicionante do acesso efetivo. Isso se expressa na dependência de fluxos intermunicipais, na concentração de serviços e na diferença de capacidade administrativa para sustentar linhas de cuidado. Nessa chave, a saúde opera como infraestrutura social que condiciona capacidades e trajetórias de vida, e a persistência de vazios assistenciais ou de coordenação frágil cria condições para que o acesso se desloque do circuito administrativo para o circuito judicial.

No objetivo de descrever a evolução e o perfil das ações, os dados do CNJ sustentam a leitura de crescimento e continuidade do fenômeno, com predominância de demandas por medicamentos e tratamentos. Esse perfil dialoga com a literatura que identifica tensões entre protocolos, avaliações tecnológicas, planejamento sanitário e decisões orientadas por necessidades individuais levadas ao Judiciário (Aith, 2014; Vieira, 2023; Bernardinis et al., 2024). O resultado relevante aqui não é apenas o aumento do volume, mas o padrão de demanda que pressiona áreas sensíveis do orçamento e desorganiza rotinas de provisão, especialmente quando envolve itens fora das listas padronizadas.

No objetivo de examinar custos e execução orçamentária, os achados indicam que a judicialização incide sobre despesas correntes com exigência de resposta imediata, com efeitos distintos conforme a margem fiscal e a capacidade de gestão. Mesmo quando o gasto judicializado representa uma fração do total, ele tende a competir com ações programadas e a introduzir imprevisibilidade na execução. Em termos analíticos, isso desloca o debate do “quanto se gasta” para “como o gasto entra no orçamento”, porque a entrada reativa tende a reduzir a capacidade de planejamento e a proteção de políticas coletivas de maior alcance redistributivo.

No objetivo de avaliar as respostas institucionais do Judiciário, NATJus e e-NatJus se mostram como instrumentos que alteram a qualidade informacional das decisões e aproximam

parte do processo decisório de evidências e diretrizes técnico-científicas. O apoio técnico, porém, atua no plano da racionalidade decisória e não no plano da provisão territorial de serviços. Assim, ele pode reduzir decisões pouco aderentes a evidências, mas tem alcance limitado quando a demanda judicial expressa ausência, insuficiência ou descontinuidade de oferta. Esse ponto é importante porque evita uma conclusão simplificadora, como se a judicialização fosse explicada apenas por “decisões mal instruídas”, quando os resultados indicam determinantes mais estruturais ligados à capacidade instalada e à organização regional.

No objetivo comparativo internacional, os indicadores e as referências de governança ajudam a interpretar por que a litigiosidade pode ganhar maior centralidade em arranjos com menor previsibilidade de cobertura e com desigualdade territorial mais pronunciada. Em sistemas que explicitam critérios de cobertura e operam com avaliações tecnológicas e protocolos fortemente institucionalizados, o conflito distributivo tende a ser processado em arenas técnico-administrativas antes de se converter em litígio individual. No caso brasileiro, a combinação entre desigualdade territorial, pressões de demanda e governança nem sempre suficientemente vinculante amplia zonas de incerteza e favorece a entrada do Judiciário como instância de solução.

Quanto à lacuna que a pesquisa evidencia, os resultados avançam ao articular estrutura territorial, padrões de judicialização, efeitos orçamentários e instrumentos de apoio técnico, mas ainda deixam espaço para demonstrar com maior precisão os mecanismos causais e suas variações intraestaduais. Em particular, permanece como fronteira analítica distinguir melhor quando a judicialização responde a falhas pontuais do abastecimento e quando traduz vazios assistenciais persistentes, além de mapear com mais granularidade os perfis municipais ou regionais em que o fenômeno se intensifica. Também há limites de integração entre bases assistenciais, processuais e orçamentárias, o que dificulta rastrear toda a trajetória do caso, do problema de acesso ao efeito fiscal e organizacional.

A agenda de pesquisas futuras pode seguir três trilhas complementares. A primeira é aprofundar a desagregação territorial por Região de Saúde e tipologias municipais, combinando capacidade instalada, indicadores de coordenação do cuidado e perfil das demandas judiciais. A segunda é avaliar o efeito do NATJus e do e-NatJus com desenhos comparativos, observando mudanças em padrões de deferimento, tempos de resposta e aderência a evidências. A terceira é investigar, por estudos de caso, como pactuações interfederativas e arranjos administrativos de solução de demandas podem reduzir

litigiosidade sem reduzir acesso, incluindo o papel de protocolos, fluxos de referência e mecanismos de regulação.

Em síntese, os resultados permitem sustentar que a judicialização da saúde se relaciona com desigualdades territoriais e com assimetrias de capacidade estatal, ao mesmo tempo em que produz efeitos fiscais e organizacionais que podem reforçar essas desigualdades. O enfrentamento do problema, portanto, não depende apenas de ajustes no Judiciário, mas do fortalecimento da governança sanitária, da regionalização efetiva e da capacidade de planejamento e provisão contínua no território, de modo a reduzir o espaço em que o Judiciário passa a operar como via recorrente de acesso.

A partir dos resultados, é possível identificar que a principal contribuição do Poder Judiciário ao processo de desenvolvimento não reside na substituição do planejamento estatal, mas na função de visibilizar falhas estruturais da política pública e de tensionar a capacidade institucional do Estado em garantir direitos de forma equitativa no território. Ao responder a demandas concretas de acesso, o Judiciário expõe desigualdades regionais, vazios assistenciais e fragilidades de coordenação interfederativa que permanecem latentes no circuito administrativo. Nesse sentido, sua atuação produz efeitos indiretos sobre o desenvolvimento regional ao revelar assimetrias de capacidade estatal, induzir ajustes institucionais e estimular o aperfeiçoamento de instrumentos de governança, ainda que não seja capaz, por si só, de corrigir desigualdades estruturais nem de assegurar racionalidade distributiva de longo prazo.

REFERÊNCIAS

ABRASCO – ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA. **PMAQ: Relatório Nacional – Ciclo 2017–2021**. Rio de Janeiro: Rede APS, 2022.

ACEMOGLU, Daron; ROBINSON, James. **Por que as nações fracassam: as origens do poder, da prosperidade e da pobreza**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

AITH, Fábio M. A. **Judicialização da saúde no Brasil**. In: SANTOS, Luiz (Org.). **Direito da Saúde no Brasil**. Campinas: Saberes Editora, 2014. p. 123-145.

ALBUQUERQUE, Armando. **Direito ao desenvolvimento político: a democracia como *condictio sine qua non***. *Direito e Desenvolvimento*, v. 1, n. 2, p. 9-21, 2010. Disponível em: <https://periodicos.unipe.br/index.php/direitoedesenvolvimento/article/view/145/128>. Acesso em: 17 jul. 2020.

ALVES, Felipe O. **Desjudicialização da saúde: alternativas para enfrentar a judicialização**. JusBrasil, 2020. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/artigos/desjudicializacao-da-saude-alternativas-para-enfrentar-a-judicializacao/788428843>. Acesso em: 07 nov. 2024.

AMARO, Rogério Roque. **Desenvolvimento — um conceito ultrapassado ou em renovação? Da teoria à prática e da prática à teoria**. *Cadernos de Estudos Africanos*, [S. l.], n. 4, 2003. Publicado em: 25 jul. 2014. Disponível em: <http://journals.openedition.org/cea/1573>. Acesso em: 31 out. 2022. DOI: <https://doi.org/10.4000/cea.1573>.

AMB – ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA. **Demografia Médica no Brasil 2023**. São Paulo: AMB, 2023. Disponível em: <https://amb.org.br/publicacoes/demografia-medica-2023/>. Acesso em: 10 maio 2025.

BACO(L)I, Sandro Bernroider. **A judicialização da saúde e o custo dos direitos**. 2019. 124 f. Dissertação (Mestrado em Direito Político e Econômico) – Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo, 2019.

BAMBIRRA, Felipe Magalhães; SANTOS NETO, Arnaldo Bastos. **O objetivo fundamental de “garantir o desenvolvimento nacional” na Constituição Federal de 1988: análise de um conceito jurídico indeterminado**. *Prisma Jurídico*, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 241-259, 2017. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/934/93454289001.pdf>. Acesso em: 29 dez. 2019.

BARROSO, Luís Roberto. **Da falta de efetividade à judicialização excessiva: Direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros para a atuação judicial**. In: SOUZA NETO, Carlos Pereira; SARMENTO, Daniel (Orgs.). **Direitos sociais: fundamentos, judicialização e direitos sociais em espécie**. Rio de Janeiro: Lúmen Júris, 2007. p. 47-78.

BARROSO, Luís Roberto. **Judicialização, ativismo judicial e legitimidade democrática**. 2008.

BARTOLOMEI, C. E. F. et al. **Medicina e direito: atuação na integralidade destes dois saberes**. *Diagnóstico*, 2002.

BATISTELLA, Paula Mestre Ferreira. **Caracterização dos processos de judicialização na saúde**. 2018. 66 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2018.

BERNARDES, Fáustone Bandeira Moraes. **Políticas públicas, orçamento público e judicialização da saúde: o papel do Ministério Público na garantia do acesso à saúde em tempos de pandemia**. 2023. 126 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Gestão de Políticas Públicas) – Universidade Federal do Tocantins, Palmas, 2023. Disponível em: <http://hdl.handle.net/11612/6752>. Acesso em: 07 fev. 2025.

BERNARDINIS, Nádia; GUBERT, Vanessa Terezinha; FERREIRA, Cristiane Munaretto; BARRETO, Jorge Otávio Maia. **Judicialização da saúde: uma análise de indicadores e dados oficiais sobre medicamentos**. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 77, n. 3, p. e20220413, 2024. DOI: 10.1590/0034-7167-2022-0413pt.

BOBSIN, Arthur. **Entenda o cenário da judicialização do Direito no Brasil e possíveis alternativas**. Aurum, 11 jun. 2021. Disponível em: <https://www.aurum.com.br/blog/judicializacao/>. Acesso em: 07 fev. 2025.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 11 maio 2025.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília: Presidência da República, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 07 jan. 2025.

BRASIL. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. *Diário Oficial da União*: Brasília, DF, 29 jun. 2011.

BRASIL. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 29 jun. 2011. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm. Acesso em: 23 jan. 2026.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IBGE Cidades: estatísticas municipais de saúde**. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br>. Acesso em: 11 maio 2025.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional de Saúde: Informações sobre domicílios, acesso e utilização dos serviços de saúde**. Rio de Janeiro: IBGE, 2020.

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. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm. Acesso em: 23 jan. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES/DATASUS**. Brasília, 2019. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/>. Acesso em: 10 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cobertura do SAMU 192 no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **DATASUS – Departamento de Informática do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/>. Acesso em: 23 jan. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **e-Gestor AB – Informação e Gestão da Atenção Básica**. 2024. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/>. Acesso em: 09 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **e-Gestor Atenção Básica: indicadores de cobertura da Atenção Primária à Saúde e da Estratégia Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2021; 2023. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/>. Acesso em: 23 jan. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lista brasileira de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: <https://svs.aids.gov.br/daent/centrais-de-conteudos/publicacoes/sim/lista-brasileira-de-causas-de-mortes-evitaveis-por-intervencoes-do-sus.pdf>. Acesso em: 23 jan. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Mortalidade infantil e fetal por causas evitáveis no Brasil é a menor em 28 anos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2024/marco/mortalidade-infantil-e-fetal-por-causas-evitaveis-no-brasil-e-a-menor-em-28-anos>. Acesso em: 11 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Painel da Rename – Relação Nacional de Medicamentos Essenciais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: <https://rename.saude.gov.br/>. Acesso em: 20 jan. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica (PNAB): Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2017.pdf. Acesso em: 23 jan. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Vigilância em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS. *Diário Oficial da União*, Brasília, 31 dez. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Imunizações: Dados 2023**. Brasília: Ministério da Saúde, 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ-AB**. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) 2024**. Brasília: Ministério da Saúde, 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2025/janeiro/renome-2024-traz-Atualizacao-em-tempo-real-para-medicamentos-do-sus>. Acesso em: 11 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude-tabnet/>. Acesso em: 23 jan. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/svsa/vigilancia-de-doencas-cronicas-nao-transmissiveis/sistema-de-informacoes-sobre-mortalidade-sim>. Acesso em: 23 jan. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/svsa/vigilancia-de-doencas-cronicas-nao-transmissiveis/sistema-de-informacoes-sobre-nascidos-vivos-sinasc>. Acesso em: 23 jan. 2026.

BUÍSSA, Leonardo; BEVILACQUA, Lucas; MOREIRA, Fernando Henrique Barbosa Borges. **Impactos Orçamentários da Judicialização das Políticas Públicas de Saúde**. *Coletânea Direito à Saúde*, 2019.

CALABREZ, Samira Pansini; MODESTO, Cristiano Tessinari. **Judicialização da saúde no Brasil: desafios e consequências para o Sistema Único de Saúde**. *Ciências Sociais Aplicadas*, 24 set. 2024. DOI: 10.5281/zenodo.13835545.

CAMPOS, G. W. S. **Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas**. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 5, n. 2, p. 219-230, 2000. DOI: 10.1590/S1413-81232000000200003. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/csc/2000.v5n2/219-230/pt>. Acesso em: 07 jan. 2025.

CARLI, Franco Guerino de; RIBAS, Lúcia Maria. **Smart Cities: extrafiscalidade como indutora do desenvolvimento de cidades inteligentes**. *Revista de Direito Internacional*, v. 22, n. 1, 2020. DOI: 10.20435/inter.v22i1.2794. Disponível em: <https://scielo.br/j/inter/a/9gBHzyZKHVbVVSpxKf7Dx/>. Acesso em: 07 fev. 2025.

CARVALHO, G. **Saúde pública no Brasil: conquistas e desafios**. *Estudos Avançados*, v. 27, n. 78, p. 219-230, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ea/a/HpvKjJns8GhnMXzgGDP7zzR/?lang=pt>. Acesso em: 07 jan. 2025.

CFM – CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Demografia Médica no Brasil 2023**. São Paulo: CFM, 2023. Disponível em: <https://demografia.cfm.org.br/dashboard/>. Acesso em: 11 maio 2025.

CIRICO, Priscila Freitas; RESNER, Andrea Aparecida Ribeiro; RACHED, Chennyfer Dobbins Abi. **Os impactos da judicialização na saúde suplementar**. *Revista Gestão em Foco*, edição n. 11, 2019. Disponível em: https://portal.unisepe.com.br/unifia/wp-content/uploads/sites/10001/2019/05/005_OS-IMPACTOS-DA-JUDICIALIZA%C3%87%C3%83O-NA-SA%C3%9ADE-SUPLEMENTAR.pdf. Acesso em: 07 fev. 2025.

CNJ – CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Justiça em Números 2018**. Brasília: CNJ, 2018. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/pesquisas-judiciarias/justica-em-numeros/>. Acesso em: 20 jan. 2026.

CNJ – CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Justiça em Números 2023**. Brasília: CNJ, 2023. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/pesquisas-judiciarias/justica-em-numeros/>. Acesso em: 20 jan. 2026.

CNJ – CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Justiça em Números 2024**. Brasília: CNJ, 2024. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/pesquisas-judiciarias/justica-em-numeros/>. Acesso em: 20 jan. 2026.

CNJ – CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Justiça em Números 2024**. Brasília: CNJ, 2024. 448 p. ISBN: 978-65-5972-140-5. Disponível em: <https://justica-em-numeros.cnj.jus.br/>. Acesso em: 07 fev. 2025.

CNJ – CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Painel da Judicialização da Saúde**. Brasília: CNJ, 2023. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/programas-e-acoes/forum-da-saude/painel-da-judicializacao-da-saude/>. Acesso em: 20 jan. 2026.

CNJ – CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Painel da Judicialização da Saúde – dados consolidados 2024**. Brasília: CNJ, 2024. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/programas-e-acoes/forum-da-saude/painel-da-judicializacao-da-saude/>. Acesso em: 20 jan. 2026.

CNJ – CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Painel de Estatísticas Processuais de Direito da Saúde**. Brasília: CNJ, 2022. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/saude-suplementar-pontua-impacto-de-processos-judiciais-para-equilibrio-do-setor>. Acesso em: 01 fev. 2025.

CNJ – CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Relatório do Fórum Nacional do Judiciário para a Saúde**. Brasília: CNJ, 2023.

CNJ – CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Relatório do NATJus: Panorama**

Nacional. Brasília: CNJ, 2023.

CNJ – CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Resolução nº 107, de 6 de abril de 2010.** Institui o Fórum Nacional do Judiciário para monitoramento e resolução das demandas de assistência à saúde. Brasília, DF: CNJ, 2010. Disponível em: (atos.cnj.jus.br). Acesso em: 23 jan. 2026.

CNJ – CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Resolução nº 238, de 6 de setembro de 2016.** Dispõe sobre a criação e manutenção, pelos Tribunais de Justiça e Regionais Federais, de Comitês Estaduais da Saúde (...). Brasília, DF: CNJ, 2016. Disponível em: (atos.cnj.jus.br). Acesso em: 23 jan. 2026.

CNJ – CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Resolução nº 388, de 13 de abril de 2021.** Dispõe sobre a reestruturação dos Comitês Estaduais de Saúde (...). Brasília, DF: CNJ, 2021. Disponível em: (atos.cnj.jus.br). Acesso em: 23 jan. 2026.

CNJ – CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Sistema e-NatJus.** Brasília, DF: CNJ, s.d. Disponível em: (cnj.jus.br; pje.jus.br/e-natjus). Acesso em: 23 jan. 2026.

DINIZ, D.; MACHADO, T. R. C.; PENALVA, J. **A judicialização da saúde no Distrito Federal, Brasil.** *Ciência & Saúde Coletiva*, 2014.

FACHINI, Tiago. **Judicialização: o que é, cenário no Brasil e como reduzir.** Projuris, 29 mar. 2023. Disponível em: <https://www.projuris.com.br/blog/judicializacao/>. Acesso em: 07 fev. 2025.

FERREIRA, Bárbara; RAPOSO, Rita. **Evolução do(s) conceito(s) de desenvolvimento: um roteiro crítico.** *Cadernos de Estudos Africanos*, Lisboa, n. 34, p. 113–144, 2017. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/2930/293055456006.pdf>. Acesso em: 11 maio 2025.

FIOCRUZ – FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Judicialização e saúde no Brasil: impactos nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS).** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2018.

FURTADO, Celso. **Subdesenvolvimento e Estagnação da América Latina.** Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1966.

GOIÁS. Secretaria de Estado da Economia; INSTITUTO MAURO BORGES. **Goiás em Dados 2024.** Goiânia: Secretaria de Estado da Economia/Instituto Mauro Borges, 2024.

GOIÁS. Secretaria de Estado da Saúde. **Base consolidada do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) no Estado de Goiás.** Goiânia: SES-GO, 2024. Disponível em: <https://www.saude.go.gov.br/>. Acesso em: 23 jan. 2026.

GOIÁS. Secretaria de Estado da Saúde. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES: base estadual consolidada.** Goiânia: SES-GO, 2024. Disponível em: <https://cnes.datasus.gov.br/>. Acesso em: 23 jan. 2026.

GOIÁS. Secretaria de Estado da Saúde. **Relatório Anual de Gestão – RAG 2023.** Goiânia: SES-GO, 2024. Disponível em: <https://goias.gov.br/saude/wp-content/uploads/sites/34/files/instrumentos-de-planejamento/rag/rag-2023.pdf>. Acesso em: 23

jan. 2026.

GOIÁS. Tribunal de Contas do Estado de Goiás. **Dados abertos: cobertura da Atenção Primária à Saúde (APS) e da Estratégia Saúde da Família (ESF)**. Goiânia: TCE-GO, 2021; 2024. Disponível em: <https://dadosabertos.tce.go.gov.br/>. Acesso em: 23 jan. 2026.

GOMES, Ana Karla Leal. **Judicialização do direito à saúde**. Dissertação (Mestrado em Direito Constitucional) – Instituto Brasileiro de Ensino, Desenvolvimento e Pesquisa, Escola de Direito e Administração Pública, Picos, PI, 2021.

GONÇALVES, B. H. **Da judicialização da política ao ativismo judicial: uma análise constitucional democrática do protagonismo judicial — em busca de uma legitimação da decisão jurídica**. 2013. 103 f. Dissertação (Mestrado em Direito Constitucional) — Faculdade de Direito do Sul de Minas, Pouso Alegre, 2013.

HACHEM, Daniel Wunder. **A dupla titularidade (individual e transindividual) dos direitos fundamentais econômicos, sociais, culturais e ambientais**. *Revista de Direitos Fundamentais e Democracia*, v. 14, n. 14, p. 618-688, 2013.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil**. Rio de Janeiro: IBGE, 2023. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/>. Acesso em: 23 jan. 2026.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES**. Brasília: IBGE/Ministério da Saúde, 2023.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Contas Regionais do Brasil**. Rio de Janeiro: IBGE, 2023. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/>. Acesso em: 23 jan. 2026.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Estatísticas da Saúde: assistência médico-sanitária**. Brasília: IBGE, 2022. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/>. Acesso em: 11 maio 2025.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Perfil dos municípios brasileiros: gestão pública 2023**. Rio de Janeiro: IBGE, 2023. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/educacao/10586-pesquisa-de-informacoes-basicas-municipais.html>. Acesso em: 23 jan. 2026.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Tábuas Completas de Mortalidade para o Brasil – 2023**. Rio de Janeiro: IBGE, 2024. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/>. Acesso em: 10 maio 2025.

INSTITUT FÜR QUALITÄT UND WIRTSCHAFTLICHKEIT IM GESUNDHEITSWESEN (IQWiG). **Drug approval and early benefit assessment in Germany**. Cologne, s.d. Disponível em: <https://www.iqwig.de/>. Acesso em: 23 jan. 2026.

JURINEWS. **e-NatJus: uso de notas técnicas para embasar decisões judiciais em saúde cresce cerca de 32% em 2025**. 29 dez. 2025. Disponível em: (jurinews.com.br). Acesso em:

23 jan. 2026.

LATORRACA, L. C. et al. **Saúde Pública e Descentralização: desafios e avanços**. São Paulo: Atlas, 2022.

LIMA, M. A. N. et al. **Bed demand and occupancy within the Brazilian National Health System**. *Revista de Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 33, 2024.

MARTINS, Adriane da Silva; CAMPOS, Marcelo Ladvocat Rocha. **Judicialização da saúde no Brasil: impactos nas políticas públicas e sua relação com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável**. *Revista Políticas Públicas & Cidades*, v. 14, n. 2, p. e1743, 2025. DOI: 10.23900/2359-1552v14n2-30-2025.

MARTINS, Ana Luisa Jorge et al. **Os Determinantes Sociais da Saúde na Agenda 2030**. LEIASS – Linha Editorial Internacional de Apoio aos Sistemas de Saúde, 2022. Disponível em: <https://orcid.org/0000-0001-5634-9023>. Acesso em: 07 fev. 2025.

NICE – NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE. **About technology appraisal guidance**. London, s.d. Disponível em: <https://www.nice.org.uk>. Acesso em: 23 jan. 2026.

OCDE – ORGANIZAÇÃO PARA A COOPERAÇÃO E DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO. **Health at a Glance 2023: OECD Indicators**. Paris: OCDE, 2023. Disponível em: <https://www.oecd.org/health/health-at-a-glance/>. Acesso em: 23 jan. 2026.

OECD – ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT. **Health at a Glance 2025**. Paris: OECD Publishing, 2025.

OECD – ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT. **Institutionalising health accounts in Brazil: putting Brazilian health spending data into an international context**. Paris: OECD Publishing, 2025.

OLIVEIRA, Janaina Gonçalves de. **A aplicação dos indicadores para medições do nível de desenvolvimento dos municípios na periferia metropolitana de Brasília sob a temática de cidades inteligentes**. 203 f. Dissertação (Mestrado em Economia do Setor Público) – Universidade de Brasília, Brasília, 2023.

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Global Health Expenditure Database**. Genebra: OMS, 2022. Disponível em: <https://apps.who.int/nha/database>. Acesso em: 23 jan. 2026.

ONU – ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Transformando nosso mundo: a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável**. Nova York: ONU, 2015. Disponível em: <https://brasil.un.org/sites/default/files/2020-09/agenda2030-pt-br.pdf>. Acesso em: 11 maio 2025.

ONU – ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Transformando nosso mundo: a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável**. Nações Unidas, 2015. Disponível em: <https://www.un.org/sustainabledevelopment>. Acesso em: 14 jan. 2025.

PEREIRA, Jhony Rodrigues. **Os reflexos da judicialização da saúde suplementar na atividade das operadoras de planos de saúde**. Univates, Lajeado, nov. 2014.

PIOVESAN, Flávia. **Direitos humanos e justiça internacional: um estudo comparado dos sistemas regionais europeu, interamericano e africano**. 9. ed. São Paulo: Saraiva, 2019.

PRADO, Fernando Correa. **A ideologia do desenvolvimento e controvérsia da dependência no Brasil contemporâneo**. 2015. 168 f. Tese (Doutorado em Economia Política Internacional) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.

REDE NATJUS. **Rede NatJus registra mais de 286 mil notas técnicas e se prepara para nova fase com o e-NatJus 4.0**. 8 abr. 2025. Disponível em: (redenatjus.org.br). Acesso em: 23 jan. 2026.

REDE NATJUS. **Evidência em ação: cresce o número de notas técnicas utilizadas na tomada de decisão judicial**. 13 jan. 2026. Disponível em: (redenatjus.org.br). Acesso em: 23 jan. 2026.

RIBEIRO, Flávio Diniz. **Para uma crítica da ideia de desenvolvimento**. 2002. Dissertação (Mestrado em História Social) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

RIBEIRO, Flávio Diniz. **Desenvolvimento como evolução**. *Revista de História*, São Paulo, n. 148, 2003.

SACHS, Jeffrey D. **Caminhos para o desenvolvimento sustentável**. Rio de Janeiro: Garamond, 2009.

SACHS, Jeffrey D. **A era do desenvolvimento sustentável**. 1. ed. Lisboa: Actual, 2017.

SARLET, Ingo Wolfgang. **A eficácia dos direitos fundamentais**. 9. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2007.

SEN, Amartya. **Desenvolvimento como liberdade**. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

SEN, Amartya. **A ideia de justiça**. São Paulo: Companhia das Letras, 2011.

SOUZA, Luciane Moessa de. **Meios consensuais de solução de conflitos envolvendo entes públicos**. Belo Horizonte: Fórum, 2012.

STF – SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. **Recurso Extraordinário n. 241.630-2/RS**. Rel. Min. Celso de Mello. *Diário da Justiça*, Brasília, DF, 3 abr. 2001, p. 49.

TCU – TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO. **Auditoria TC 015.125/2021-1: Impactos da Judicialização da Saúde no Brasil**. Brasília: TCU, 2021.

VEIGA, José Eli da. **Desenvolvimento sustentável: o desafio do século XXI**. Rio de Janeiro: Garamond, 2010.

VIEIRA, F. S. **Encontros e desencontros entre o direito à saúde e sua efetivação no**

Brasil: uma análise crítica da trajetória do SUS. *Revista Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 47, n. 137, p. 13–25, 2023.

VIEIRA, Flávia Sulpino. **Judicialização e direito à saúde no Brasil: uma trajetória de encontros e desencontros.** *Revista de Saúde Pública*, v. 57, p. 1-?, 2023. DOI: 10.11606/s1518-8787.2023057004579.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Brazil: health data overview.** Geneva: WHO, 2021. Disponível em: <https://data.who.int>. Acesso em: 23 jan. 2026.

WORLD BANK. **Current health expenditure (% of GDP) – Brazil.** 2023. Disponível em: <https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.CHEX.GD.ZS?locations=BR>. Acesso em: 09 maio 2025.

XAVIER, Christabelle-Ann. **Judicialização da Saúde: Perspectiva Crítica sobre os Gastos da União.** *Coletânea Direito à Saúde*, 2019.

ANEXO

ANEXO A – Comprovante de publicação de artigo científico

JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE E DESENVOLVIMENTO: INTERSEÇÕES ENTRE DIREITOS E DESAFIOS PARA O SUS

Luolana Giacomini Ventreschi Vieira

Autor

Cintia Neves Godoi

Autor

Letícia Paludo Vargas

Autor

DOI: <https://doi.org/10.56238/arev7n10-297>

Palavras-chave: Judicialização da Saúde, Desenvolvimento Regional Sustentável, SUS, Desigualdade Territorial, Políticas Públicas

RESUMO

A judicialização da saúde no Brasil tem provocado efeitos significativos sobre a formulação e a execução das políticas públicas, sobretudo no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Este artigo examina as implicações desse fenômeno e sua relação com a discussão acerca do tema desenvolvimento, com foco na alocação de recursos públicos e no acesso à saúde. Adotando uma abordagem qualitativa e fundamentando-se em análise documental, a pesquisa mobiliza dados institucionais e evidências empíricas que revelam o impacto da atuação judicial sobre o planejamento sanitário e a gestão compartilhada entre os entes federativos. A partir de um referencial teórico que integra discussões sobre políticas públicas e desenvolvimento, demonstra-se que a judicialização, embora legítima o direito individual à saúde, frequentemente desestabiliza a racionalidade orçamentária e o acesso a bens e serviços essenciais. A análise evidencia a necessidade de fortalecer mecanismos de coordenação interfederativa, reestruturar a atenção primária e qualificar os núcleos técnicos de apoio ao Judiciário, como caminhos para mitigar os efeitos negativos da judicialização. Conclui-se que o direito à saúde, para cumprir seu papel estruturante no desenvolvimento, deve ser tratado como política pública coletiva, baseada em planejamento, financiamento adequado e articulação interinstitucional. A superação das distorções atuais passa pela transformação da lógica fragmentada de atendimento judicial em uma lógica cooperativa de gestão democrática e integrada do SUS.

DOWNLOADS



PDF

PUBLICADO

2025-10-30

EDIÇÃO

v. 7 n. 10 (2025)

SEÇÃO

Artigos

COMO CITAR

VIEIRA, Luolana Giacomini Ventreschi; GODOI, Cintia Neves; VARGAS, Letícia Paludo. JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE E DESENVOLVIMENTO: INTERSEÇÕES ENTRE DIREITOS E DESAFIOS PARA O SUS. *ARACÊ*, (S. /J. v. 7, n. 10, p. e9432, 2025. DOI: [10.56238/arev7n10-297](https://doi.org/10.56238/arev7n10-297). Disponível em: <https://periodicos.newsciencespubl.com/arace/articulo/view/59432>. Acesso em: 26 jan. 2026.

FORMATOS DE CITAÇÃO ▼

compartilhar

B1 QUALIS CAPE 8 2021-2024

Índice H (Google Acadêmico) = 16
I-10 = 31

ENVIAR SUBMISSÃO

ARTIGOS MAIS LIDOS

A RPPN COMO EMPREENHIMENTO SOCIOAMBIENTAL SUSTENTÁVEL: UMA ANÁLISE DA ÁREA PALEOCUNAR DA ILHA DE ANDORINHAS EM SENTO SEI/BA
971

ARTETERAPIA: POSSIBILIDADE DE INTERVENÇÃO CRIATIVA COM PESSOAS ADULTAS COM TRANSTORNOS MENTAIS GRAVES
853

REVISÃO INTEGRATIVA DO ENSINO E APRENDIZAGEM DE NÚMEROS INTEIROS: O PENSAMENTO ARITMÉTICO NA EDUCAÇÃO BÁSICA
605

ENTRE PALAVRAS E AÇÕES – OS SABERES DA “PEDAGOGIA DA AUTONOMIA” DE PAULO FREIRE PARA TRANSFORMAR O ENSINO EM PRÁTICA VIVA
466

Template para Autores
433

IDIOMA

English
Espanol
Português

ARTIGOS MAIS RECENTES

115
110
105

INFORMAÇÕES

Para Leitores
Para Autores
Para Bibliotecários

PALAVRAS-CHAVE