



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS  
ESCOLA DE DIREITO, NEGÓCIOS E COMUNICAÇÃO

**A JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE:  
EM BUSCA DE UM DIREITO FUNDAMENTAL**

ORIENTANDO (A): VITOR HUGO DE SOUSA RIBEIRO  
ORIENTADOR (A): PROF. (A): FAUSTO MENDANHA GONZAGA

GOIÂNIA-GO  
2022

VITOR HUGO DE SOUSA RIBEIRO

**A JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE:**  
EM BUSCA DE UM DIREITO FUNDAMENTAL

Artigo Científico apresentado à disciplina Trabalho de Curso II, da Escola de Direito , Negócios e Comunicação da Pontifícia Universidade Católica de Goiás Prof. (a) Orientador (a): Fausto Mendanha Gonzaga.

GOIÂNIA-GO  
2022

VITOR HUGO DE SOUSA RIBEIRO

**A JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE:**  
EM BUSCA DE UM DIREITO FUNDAMENTAL

Data da Defesa: \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

BANCA EXAMINADORA

---

Orientador (a): Prof. (a): Fausto Mendanha Gonzaga Nota

---

Examinador (a) Convidado (a): Prof. (a): titulação e Nome completo Nota

**A JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE:**  
EM BUSCA DE UM DIREITO FUNDAMENTAL

Vitor Hugo de Sousa Ribeiro

## RESUMO

O presente trabalho analisou o fenômeno da judicialização da saúde que ocorre no Brasil, buscando entender os limites das garantias constitucionais. Foi feito um estudo das fragilidades do Sistema Único de Saúde, considerando as deficiências nas prestações dos serviços ofertados e os impactos na vida da população mais carente que, em suma, é quem mais necessita de assistência. Percebeu-se, no entanto, que para o Sistema garantir a prestação do serviço é necessário haver um equilíbrio entre a demanda e o orçamento. O Sistema Único de Saúde do Brasil é uma referência mundial em equidade, integralidade e universalidade e o debate sobre o tema é fundamental para que ele continue sendo aprimorado.

**Palavras-chave:** Saúde. Judicialização. Garantias. Assistência. Constitucional.

## INTRODUÇÃO

Como se sabe, o nosso Sistema Público de Saúde enfrenta uma série de problemas estruturais como a carência de profissionais da área, longo tempo de espera, escassez de medicamentos indispensáveis ao tratamento de doenças crônicas, insuficiência de leitos, atendimento pouco humanizado, entre outras questões.

O Brasil é um país de dimensões continentais, tanto em território quanto em população, tendo hoje mais de duzentos milhões de habitantes. Essa grandeza torna ainda mais evidente a importância de haver um sistema capaz de atender às demandas de uma população que, em sua maioria, é incapaz de custear até os tratamentos mais básicos.

Essas questões serão analisadas e estudadas nesse trabalho que pretende abordar de maneira mais profunda as raízes desses problemas, expondo os motivos responsáveis pelo fenômeno da judicialização do acesso à saúde e seus impactos na sociedade como um todo.

## 1 A EVOLUÇÃO HISTÓRICA DA SAÚDE NO BRASIL

### 1.1 A SAÚDE PÚBLICA ANTES DA CONSTITUIÇÃO CIDADÃ

No Brasil Colônia, antes de os navios europeus chegarem ao Brasil, os povos indígenas eram os únicos a ocupar o território e já eram acometidos de algumas enfermidades. Com o processo de colonização, vieram inúmeras outras doenças comuns na Europa, mas desconhecidas aqui. Isso gerou um problema gigantesco em relação à saúde da população local, uma vez que os nativos não possuíam imunidade para combatê-las. Em decorrência disso, milhares morreram. Na época, inexistia qualquer preocupação com o desenvolvimento da área da saúde no Brasil. O território carecia de infraestrutura e os pajés e os curandeiros é que normalmente prestavam auxílio médico aos que precisavam.

A chegada da família real portuguesa em 1808 fez com que o Brasil começasse a receber mais recursos para favorecer a infraestrutura que, até aquele momento, não existia. Um dos primeiros passos foi a criação dos cursos de medicina, química e cirurgia, e pessoas começaram a se formar no Brasil, substituindo os médicos de fora.

As entidades religiosas foram fundamentais para a aplicação de tratamentos médicos no Brasil desde a colonização. Por várias décadas, as Santas Casas de Misericórdia atuaram como via única para pessoas sem condições de custear médicos particulares, criadas por religiosos e subsidiadas por caridade e filantropia. Após a declaração de independência, D. Pedro II, Imperador à época, converteu escolas em faculdades e criou órgãos com a finalidade de fiscalizar a higiene pública, sobretudo no Rio de Janeiro, capital da época, onde promoveu várias medidas de higienização do centro urbano.

Nesse período, a vacina contra a varíola foi posta à disposição de todas as crianças, foi criado o Instituto Vacínico do Império e providências foram tomadas para conter a difusão da tuberculose, da malária e da febre amarela. Com o fim da escravidão, em 1888, e a Proclamação da República do Brasil, em 1889, a população continuava sofrendo epidemias e a falta de serviços fundamentais como abastecimento de água, esgotamento sanitário, limpeza urbana, manejos de resíduos sólidos etc. Oswaldo Cruz adquiriu destaque nesse período, sendo um dos sanitaristas nacionais que, em meio a este cenário, começaram a buscar soluções para essas questões.

Durante o governo de Getúlio Vargas foram promovidas mudanças com o intuito de centralizar a saúde pública. Foram criados os ministérios da educação e da saúde que atuaram em conjunto para controlar epidemias e endemias. A constituição de 1934 trouxe a possibilidade de assistência médica e “licença-gestante” às trabalhadoras. O Ministério da Saúde foi criado em 1953 e tinha como objetivo principal estabelecer políticas públicas de saúde e aprimorar o atendimento na zona rural. Na mesma época levantou-se o debate sobre a criação de um sistema de saúde que abarcasse toda a população.

Durante a ditadura militar, por volta de 1970, somente 1% da verba da União era destinado à saúde, houve um crescimento de doenças como dengue, malária e meningite. Com o propósito de controlar a situação, o governo criou o INPS (Instituto Nacional da Previdência Nacional), que uniu os órgãos previdenciários em atividade desde 1930 e aprimorando o atendimento médico. Ademais, foram estabelecidos o Conselho de Administração da saúde previdenciária (Conasp), o Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (Conasems). Subsequentemente, eles ajudaram na criação do SUS.

## 1.2 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E SUA IMPORTÂNCIA

Com o fim da ditadura militar, a redemocratização e a promulgação da Constituição de 1988, a saúde passou a ser um direito de todos, devendo o Estado garantir seu acesso a todos os cidadãos brasileiros. O Sistema Único de Saúde é regulamentado pela Lei Federal n. 8.080, de 1990, que tem como objetivo estabelecer as condições e determinações da saúde, formulando políticas que promovam as áreas econômica e social, enquanto atuam na promoção, proteção e recuperação, associando medidas assistenciais e preventivas.

O SUS é o maior sistema público de saúde do mundo. Oferece acesso gratuito, universal e integral a todos em território nacional, brasileiros ou não. Possui uma formação complexa, com uma estrutura integrada nos níveis municipal, estadual e federal que permite amplo atendimento em quantidade e variedade de serviços. Além de tratar problemas de baixa, média e alta complexidade, o SUS atua também no controle epidemiológico e sanitário, atendimento hospitalar, área farmacêutica, urgência e emergência e pesquisas.

A estrutura do Sistema Único de Saúde está distribuída nas três esferas: União, Estados e Municípios. Os órgãos que compõem esse sistema são, respectivamente, o Ministério da Saúde e as secretarias estaduais e municipais de saúde. Há também uma colaboração do Ministério da Educação, por exemplo, em situações que envolvem os hospitais universitários. A Fiocruz, Funasa, Anvisa, ANS, Hemobras, Inca, Inato e hospitais federais integram a macroestrutura do Ministério da Saúde.

O Ministério da Saúde, através da Comissão Inter gestores Tripartite, como gestor nacional, tem a responsabilidade de formular as políticas públicas, diretrizes e as normas, bem como fiscalizar e avaliar a implementação do que é chamado de Plano Nacional de Saúde. As secretarias em âmbito estadual compõem a Comissão Bipartite, que elabora o Plano Estadual de saúde. As secretarias municipais de saúde executam o serviço, mas também possuem um Plano Municipal de Saúde, elaborado em parceria com os Conselhos Municipais de Saúde.

O SUS detêm uma rede de atendimento que possui postos de saúde, Unidades Básicas de Saúde (UBS), Unidade de Pronto Atendimento (UPA), Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu), hospitais municipais, estaduais e federais, federais universitários, setor privado conveniado e contratado, institutos de pesquisa, hemocentros e redes de distribuição gratuita de medicamentos.

O Brasil é um país de dimensões continentais, tanto em território quanto em população, tendo hoje mais de duzentos milhões de habitantes. Essa grandeza torna ainda mais evidente a importância que o Sistema Único de Saúde tem em um país multicultural, sendo um serviço que atende de grandes centros urbanos até populações indígenas e ribeirinhas.

A integralidade do SUS é, talvez, o que faz dele um sistema tão completo. Possui um sistema de informações unificado, um plano nacional de saúde, além da conciliação de inúmeros serviços que vão da baixa à alta complexidade. Há também uma grande participação da sociedade civil através dos conselhos de saúde, o que faz com que as políticas a serem aplicadas considerem as demandas e especificidades de variados segmentos sociais, desde profissionais de saúde até os pacientes.

Na prevenção de doenças, o SUS atua com protagonismo. As atribuições do sistema vão além do simples tratamento de doenças e epidemias, a forma como o SUS foi pensado o permite operar no controle sanitário para prever e evitar ou amenizar os impactos de surtos epidêmicos, diagnosticando eventos e crises sanitárias com antecedência. Com isso, promove campanhas informativas e ações preventivas.

Em um país com o índice de desigualdade social nos patamares que o Brasil possui, falar em políticas de acesso gratuito a um serviço essencial, como a saúde, é pensar em mecanismos de redistribuição de renda. O SUS é o único sistema de saúde gratuita no mundo que atende mais de 200 milhões de pessoas. Destes, mais de 80% são dependentes, exclusivos, dos serviços gratuitos para todo e qualquer atendimento. Mas o SUS pode ser utilizado, gratuitamente, por todos em território nacional que o quiserem. Logo, não é exagero dizer que 100% dos brasileiros o utiliza, utilizou ou utilizará.

O fator quase que onipresente do SUS também contribui para sua importância na vida da população geral. As vacinas distribuídas gratuitamente, as visitas dos agentes comunitários, a vigilância sanitária que fiscaliza estabelecimentos como os mercados e restaurantes, as ambulâncias que atendem os acidentes ou emergências locais, os transplantes, os tratamentos de doenças crônicas como a hemodiálise. Tudo está sob responsabilidade executiva do SUS.

## **2 A SAÚDE COMO DIREITO FUNDAMENTAL**

### **2.1 A CONSTITUIÇÃO E AS GARANTIAS LEGAIS**

A Constituição Federal traz em seu texto as garantias legais no que diz respeito à saúde pública no Brasil. Em seu artigo 196 descreve: “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”.

O texto constitucional mostra que a ideia do SUS foi pautada em um modelo de saúde com foco nas necessidades populares, na busca de um compromisso do Estado com o bem-estar dos seus habitantes, principalmente no que tange à saúde coleti-

va, colocando-o como uma raiz do direito à cidadania. Esta concepção era consequência do momento político pelo qual o país atravessava, após uma ditadura militar que nunca teve a cidadania como princípio de governo.

Embora o SUS tenha sido criado pela Constituição de 1988, somente foi regulamentado dois anos depois, pela Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990. Esta lei estabeleceu o seu modelo operacional, criando uma estrutura de organização e definindo mecanismos de funcionamento. A lei passa a dizer que “A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais: os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país”.

O Sistema Único de Saúde opera um conjunto de vários serviços, através de instituições públicas nos níveis municipal, estadual e federal, da administração direta e indireta, mantidas pelo governo. Podendo a iniciativa privada participar das atividades que são executadas de maneira complementar. Foram definidos como princípios do SUS a universalidade, a equidade, a integralidade, a hierarquização, a participação popular e a descentralização político-administrativa.

É universal porque o acesso aos serviços deve ser garantido a todas as pessoas, independente de sexo, raça, renda ou qualquer outra característica social e econômica. É equânime por ser este o princípio da justiça social, que garante uma assistência igualitária e preocupada com as particularidades de cada usuário. É integral por ter o compromisso de atender a todos os tipos de necessidade.

É hierárquico por se tratar de um conjunto de ações preventivas e curativas, individuais e coletivas, preparado para atender todos os níveis de complexidade do sistema. O SUS também estabelece a participação popular como modo de democratizar os processos decisórios através dos Conselhos Municipais de Saúde. e promove a descentralização político-administrativa, consolidada com a municipalização das atividades.

Alguns dos objetivos e atribuições do SUS são: identificar e divulgar condicionantes da saúde; formular políticas de saúde pública; fornecer assistência às pessoas através de promoção, proteção e recuperação; conduzir situações de vigilância sanitária e epidemiológica; participar de questões ligadas ao meio ambiente; controlar e fiscalizar serviços e produtos; promover a inspeção de alimentos e bebidas para consumo, dentre outros.

## 2.2 O ORÇAMENTO



Pela dimensão dos objetivos que o sistema em questão propõe e pela conhecida desigualdade socioeconômica identificada em todos os cantos do país, o SUS não tem sido uniforme em todas as unidades federativas, pois para que isso seja possível faz-se necessário pessoal qualificado e de uma política efetiva, bem como um vultoso orçamento disponível que viabilize suas atividades.

A Lei 8.080/90 estabeleceu o Orçamento da Seguridade Social como provedor dos recursos que deveriam ser destinados ao SUS. Essa mesma lei, em outro artigo, define os critérios de repasse dos recursos a serem transferidos para todos os Estados e Municípios. São eles: perfil demográfico; perfil epidemiológico; rede de serviços instalada; desempenho técnico e ressarcimento de serviços prestados. No entanto, este artigo foi modificado recentemente com a edição da Norma Operacional Básica de 1996.

A NOB (Norma Operacional Básica) é responsável pela edição das normas para a operacionalização do SUS através do Ministério da Saúde. A instabilidade política e institucional, aliada à desarticulação organizacional, sempre impactou negativamente no funcionamento do SUS, causando a escassez de financiamento. Com isso, os ministros da saúde, independente de vertente política ou capacidade administrativa, ficam reféns desse cenário de indefinição e ruptura que integra as instituições de saúde Brasil a fora.

A despeito das dificuldades, é perceptível que os atendimentos de ordem primária do SUS apresentaram progressos apreciáveis no setor público. No entanto, ainda encontra problemas em comparação ao setor privado, que detém a maior parte dos serviços de alta complexidade, sendo referência nos níveis secundário e terciário. Não há interesse do referido setor na integralização do modelo vigente em detrimento da baixa remuneração dos procedimentos médicos, o que inviabiliza a ideia de hierarquização dos serviços citada no tópico anterior.

Desde a sua criação na Constituição de 1988, o SUS enfrenta o desafio de ter um financiamento público que seja capaz de garantir o direito universal à saúde. Em 2016 foi aprovada a Emenda Constitucional de número 96, que instituiu um Regime Fiscal, limitando as despesas públicas primárias por 20 anos. Elas somente passaram por reajustes pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA).

A EC 96/2016 peca ao desconsiderar fatores que impactam diretamente no funcionamento do Sistema Único de Saúde, como o crescimento e envelhecimento populacional, a necessidade de ampliação para cobrir falhas, a incorporação tecnológica em virtude do avanço da medicina moderna, fora os custos ligados à mudança de perfil assistencial, determinado pelo prevaecimento de doenças não transmissíveis e causas externas.

### 3 A PROBLEMÁTICA DE UMA PRESTAÇÃO DEFICITÁRIA

#### 3.1 A JUDICIALIZAÇÃO DO DIREITO

Antes de o fenômeno da judicialização ganhar força, as entidades públicas, através de suas procuradorias, contestavam ações judiciais que demandavam por tratamentos médicos utilizando dois argumentos principais. O primeiro, a separação de poderes, que garante ao Poder Executivo e não ao Poder Judiciário a prerrogativa de decidir sobre políticas públicas. O segundo, a escassez de recursos, que inviabiliza o fornecimento de tratamentos pretendidos por pacientes a qualquer custo (intitulada “reserva do possível”).

A despeito de estes argumentos terem relevância, eles eram utilizados de maneira muito geral e abstrata. Eventualmente vinham carregados de discussões mais profundas a respeito da política de saúde e as especificidades técnicas dos tratamentos demandados. Não à toa, tais argumentos eram, muitas vezes, ignorados pelos juízes que desconfiavam da qualidade dos serviços de saúde, sobretudo em situações em que ficavam diante de dramas pessoais enfatizados pelos advogados dos pacientes.

O aumento das judicializações e a tendência do Poder Judiciário em decidir quase sempre favorável aos pacientes forçou uma mudança progressiva no modo como os entes federativos se defendem nos tribunais. Principalmente, onde há maiores recursos humanos, houve um acercamento de profissionais da saúde e procuradores na intenção de melhor responder às demandas judiciais. A ideia dessa mudança era produzir um contraponto técnico às informações apresentadas nos tribunais e localizar as demandas individuais no contexto de um sistema de saúde que é obrigado a tomar decisões difíceis para atender à coletividade.

Ocorre, no entanto, que contestações mais bem formuladas nem sempre foram exitosas em produzir o efeito a que se pretendiam. Ainda há uma tendência do Poder Judiciário em considerar que o direito à saúde precisa abarcar todo e qualquer tratamento demandado, desconsiderando o impacto que outros serviços e usuários do sistema sofrerão. Assim, muitas vezes, o judiciário aceita a prescrição médica dos demandantes como prova razoável da necessidade e eficiência do tratamento.

Diante desse cenário, parece pertinente questionar se vale a pena fazer esse investimento na qualificação das contestações acrescentando informações técnicas e mais bem contextualizadas enquanto o Judiciário parece atribuir pouco peso a isso. No entanto, há um crescente reconhecimento de que juízes precisam ser mais cautelosos para impedir que o judiciário seja manipulado de modo oportunista ou fraudulento, devendo equilibrar melhor o direito individual e o direito da coletividade.

Algumas decisões recentes do Supremo Tribunal Federal (STF) e iniciativas encabeçadas pelo Conselho Nacional de Justiça (CNJ) sinalizam para um judiciário que se conscientiza cada vez mais dos efeitos de suas decisões sobre o Sistema Único de Saúde. Assim sendo, é de se esperar que juízes busquem entender os motivos que levaram ao não oferecimento de um tratamento avaliando em cada caso se a intervenção judicial é devida.

Todavia não se deve esperar que o judiciário aceite exultante qualquer alegação vinda da Administração ou que se dê por satisfeito com as considerações gerais sobre independência dos poderes e escassez de recursos. A decisão judicial deve ocorrer pela demonstração de que a deliberação que indefere o fornecimento de algum tratamento foi feita sob os seguintes critérios: transparência, legalidade, evidência científica e política pública racional, razoável e consistente.

### 3.2 DA INTERVENÇÃO JUDICIAL

Nos últimos anos, a discussão sobre as formas de efetivar o direito à saúde têm sido cada vez mais frequentes. O artigo 196 da Constituição brasileira estabelece que a saúde é um direito de todos e dever do Estado, assegurando um acesso universal de maneira igualitária. No entanto, também expressa que tal direito será garantido mediante políticas públicas, sobretudo no que diz respeito às ações que visam à diminuição do risco de doenças.

Há duas variáveis principais que explicam o fenômeno da judicialização: por um lado, o fato de as políticas públicas criadas pelo governo não serem suficientes para atender a demanda da população que depende exclusivamente do SUS. Por outro lado, temos ocorrendo um processo de difusão desses temas que, até aquele momento, eram vistos como a garantia de direitos fundamentais como o direito à saúde, à educação, ao trabalho e à moradia.

Nesse sentido, o autor da Silva identifica as consequências que podem ser notadas partindo da análise de decisões judiciais e trabalhos jurídicos, considerando que a implementação de políticas públicas não é uma matéria afeita aos profissionais do direito, no trecho que segue:

“O que geralmente ocorre é a simples transposição de uma racionalidade da tradição liberal, baseada quase que exclusivamente em relações bilaterais – normalmente entre um credor e um devedor – para a área dos direitos sociais. Como será demonstrado adiante, um grande número de

operadores do direito encara os desafios suscitados pelos direitos sociais a partir dessa transposição, da seguinte maneira: visto que a constituição garante, por exemplo, um direito à saúde, se uma pessoa não tem acesso a um determinado tratamento médico ou a um determinado medicamento, então é tarefa do judiciário garantir que essa pessoa receba o tratamento e o medicamento necessários.”

Essa transposição ocorre, mais frequentemente, nas ações individuais, onde os juízes analisam tão somente o caso concreto, desconsiderando os efeitos gerados a partir de decisões nesse sentido.

Nesse contexto, a doutrina e a jurisprudência majoritária têm suscitado inúmeras problemáticas em relação à intervenção do Poder Judiciário. O receio está ligado aos excessos que poderiam ser identificados em algumas decisões, em detrimento de inconsistências e da falta de parâmetros minimamente razoáveis de controle de resultados. Isso, porque uma jurisprudência nesse sentido poderia impedir ou atrapalhar políticas coletivas, voltadas à saúde pública, a serem implementadas.

A intervenção do judiciário na distribuição e aplicação dos recursos destinados à área da saúde tem se tornado cada vez mais frequente. As demandas judiciais nesta área se aproximam dos 1,5 milhão de processos e isso faz com que parte significativa do orçamento voltado para a saúde das entidades federativas seja destinado ao cumprimento de decisões judiciais.

É positivo pensar que o Judiciário se coloca próximo às necessidades reais da população, mas por outro lado, é preciso considerar que decisões equivocadas, além de fortalecerem fraudes, arriscando a vida dos pacientes, comprometem as políticas públicas, drenando os recursos e criando exceções impossíveis de serem universalizadas.

Baseado em decisões desta natureza, alguns autores como Barroso visualizam este cenário de judicialização excessiva no que diz respeito à política de medicamentos. O receio está ligado ao efeito adverso que essa postura do judiciário pode gerar, na medida em que o sistema “começa a apresentar sintomas graves de que pode morrer da cura, vítima do excesso de ambição, da falta de critérios e de voluntarismos diversos”.

Esses excessos criam uma instabilidade que coloca em risco a continuidade de aplicação de políticas de saúde pública, uma vez que desorganiza a atividade administrativa e alteram a prioridade de alocação dos recursos de maneira não planejada.

O artigo 196 da Constituição Federal associa a garantia do direito à saúde não só às políticas sociais, mas, também, às políticas econômicas. Isto para que o compromisso firmado na Constituição, de universalidade das prestações de serviço à saúde, seja garantido com responsabilidade fiscal.

No fenômeno da judicialização, os debates, mesmo processualmente apresentados como direitos individuais, possuem grandes impactos nos direitos da coletividade. Fala-se em ações que repensam a estrutura do sistema público de saúde, de modo a alterá-lo em benefício de categorias profissionais ou de classes economicamente vulneráveis.

Uma decisão judicial que determina o atendimento público de uma necessidade médica específica, fora do que está previsto nas normas e regulamento do SUS, ou à margem das políticas públicas traçadas dentro das limitações orçamentárias existentes, atua em desfavor da comunidade como um todo, pois atende a uma necessidade individual em detrimento da estabilidade financeira do sistema, subvertendo, dessa forma, os direitos fundamentais que pretendeu garantir.

## **CONCLUSÃO**

No geral, a integração no SUS é o ponto comum que se identifica nas discussões acerca da judicialização da saúde. Esses debates buscam responder “como” e “em que medida” o Estado pode ou deve se obrigar na prestação positiva ao indivíduo e à coletividade.

Primeiramente, é importante pontuar que a integralidade não traduz “tudo para todos”. O que ela, na verdade, sugere é a ideia de haver mecanismos articulados e contínuos de serviços na área da saúde, cujo objetivo é promover, proteger e recuperar a saúde, envolvendo todos os níveis de atendimento, conforme previsto na Constituição Federal de 1988 e na Lei nº8.080/90.

A organização desse acesso aos serviços de saúde em sistemas públicos universais está conexas ao equilíbrio que se precisa ter entre as necessidades das pessoas e os orçamentos, que são limitados e, no caso do Brasil, insuficientes.

O Estado na figura de gestor público deve alinhar a racionalidade, o custo-e-efetividade, a finitude dos recursos, dentre tantas outras questões, visando benefícios para o maior número de pessoas possível, considerando as particularidades do Brasil, que é um país grande e superpopuloso.

Diante desse cenário, é importante que o Estado, do qual fazem parte o Judiciário e o próprio SUS, siga buscando alternativas para garantir a sobrevivência e a proteção do sistema de saúde. Para isso, é fundamental desenvolver e efetivar políticas públicas, sem desrespeitar a lógica do sistema e respeitando seus princípios e instruções.

Em síntese, tão só o diálogo institucional, como ferramenta de interlocução entre os poderes, é capaz de viabilizar uma relação construtiva e produtiva entre sistema judicial e o sistema de saúde, de modo a antever a judicialização como um mecanismo para fortalecer o Sistema Único de Saúde e não para desestruturá-lo.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

da Silva VA. O Judiciário e as políticas públicas: entre transformação social e o obstáculo à realização dos direitos sociais. In de Souza Neto CP, Sarmiento D. Organizadores. Direitos Sociais: fundamentos, judicialização e direitos sociais em espécie. Rio de Janeiro: Lumen Juris; 2008.

AITH, Fernando Mussa Abujamra. Teoria Geral do Direito Sanitário. 2006. 458 fls. Doutorado em saúde pública - Universidade de São Paulo. São Paulo. 2006.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, Brasília: Senado Federal, Subsecretaria de Edições Técnicas.

CONASS: Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília, 2013. Disponível em: <<http://www.conasems.org.br>>. Acesso em: 18 de Agosto de 2022.

CONASEMS: Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. In: Portal CONASEMS. Brasília, 2013. Disponível em: <[www.conasems.org.br](http://www.conasems.org.br)>. Acesso em: 15 de agosto de 2022.

DALLARI, Sueli Gandolfi. Direito sanitário. In: Revista Direito e Democracia, Canoas, v. Vol 3, nº. 1, 2002.

ALBUQUERQUER, Manoel Maurício. Pequena História da Formação Social Brasileira. Rio de Janeiro: Graal, 1981.

CAMPOS, Francisco E.; OLIVEIRA, Mozart; TONON, Lidia M. Planejamento e Gestão de Saúde. Belo Horizonte: Coopmed, 1998.

COSTA, Nilson Rosário. Políticas públicas: justiça distributiva e inovação. São Paulo: Hucitec, 1998.

GUIMARÃES, Reinaldo. Saúde e medicina no Brasil: Contribuições para um debate. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

NICZ, Luiz F. Previdência social no Brasil. In: GONÇALVES, Ernesto L. Administração de saúde no Brasil. São Paulo: Pioneira, 1988.