

UNIVERSIDADE VALE DO RIO DOCE
MESTRADO EM GESTÃO INTEGRADA DO TERRITÓRIO

THELMA LUCIA LOPES ALVIM

**TERRITÓRIO DO DIREITO À SAÚDE PÚBLICA: PERCEPÇÃO DOS GESTORES
DE SAÚDE SOBRE O PROCESSO DE JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE E OS
MOTIVOS DESENCADEADORES**

GOVERNADOR VALADARES/MG

Setembro de 2025

THELMA LUCIA LOPES ALVIM

**TERRITÓRIO DO DIREITO À SAÚDE PÚBLICA: PERCEPÇÃO DOS GESTORES
DE SAÚDE SOBRE O PROCESSO DE JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE E OS
MOTIVOS DESENCADEADORES**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em
Gestão Integrada do Território da Universidade Vale do Rio
Doce, como requisito parcial obrigatório para obtenção do
título de Mestre.

Área de concentração: Território, Sociedade e Saúde

Orientadora: Profa Dra. Suely Maria Rodrigues

Coorientadora: Profa Dra. Lissandra Lopes Coelho Rocha

GOVERNADOR VALADARES/MG

Setembro /2025

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)
Ficha Catalográfica – Sistema de Bibliotecas (Sibi/UNIVALE)

A475t Alvim, Thelma Lucia Lopes
Território do direito à saúde pública: percepção dos gestores de saúde sobre o processo de judicialização da saúde e os motivos desencadeadores / Thelma Lucia Lopes Alvim ; orientadora Suely Maria Rodrigues ; coorientadora Lissandra Lopes Coelho Rocha.-- Governador Valadares, 2025.
88 p.: il.

Dissertação (Mestrado em Gestão Integrada do Território) – Universidade Vale do Rio Doce, Governador Valadares, 2025.

1. Saúde pública - Legislação. 2. Sistema Único de Saúde. 3. Governador Valadares (MG). 4. Políticas públicas. 5. Gestor público - Saúde. 6. Territorialidade. 7. Direito à saúde. I. Rodrigues, Suely Maria, orient. II. Rocha, Lissandra Lopes Coelho, coorient. III. Título.

CDD: 614.026

Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Gestão Integrada do Território
ATA DA BANCA EXAMINADORA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO DE
Thelma Lúcia Lopes Alvim

Matrícula Nº 112766

Ao terceiro dia do mês de setembro de dois mil e vinte e cinco (03/09/2025), às quatorze (14) horas através do link : meet.google.com/aik-nbvg-ghg , sob a coordenação da Dra. Suely Maria Rodrigues - GIT/UNIVALE, Professora Orientadora, e Professora Coorientadora Dra. Lissandra Lopes Coelho Rocha - GIT/UNIVALE, reuniram-se os membros efetivos da Banca Examinadora da Dissertação de Mestrado intitulada: **“TERRITÓRIO DO DIREITO À SAÚDE PÚBLICA: percepção dos gestores de saúde sobre o processo de judicialização e suas razões”**, elaborada pela discente **Thelma Lúcia Lopes Alvim**, do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Gestão Integrada do Território da Universidade Vale do Rio Doce – GIT/Univale – Nível Mestrado Acadêmico, Linha de Pesquisa: Território, migrações e cultura.

A Banca Examinadora foi composta pelos(as) professores(as): Dra. Sônia Maria Queiroz de Oliveira-UFJF-GV; Dr. Leonardo Oliveira Leão e Silva-GIT-UNIVALE; Suplente: Dra. Marina Mendes Soares-GIT/UNIVALE. A Professora Orientadora iniciou a sessão apresentando os componentes da Banca Examinadora e informou que o discente atendeu as exigências do Art. 82 do Regulamento do Programa. Em seguida, apresentou o discente, leu o título da dissertação e lhe passou a palavra. Feita a apresentação por parte do mestrando, os avaliadores fizeram questionamentos e comentários. Em todos os momentos foi dado o direito ao discente de responder aos questionamentos. Por fim, a Banca se reuniu sem a participação do discente e do público, decidindo pela: (X) Aprovação; () Aprovação com solicitação das revisões, constantes nas “observações”, no prazo máximo de 60 dias; () Reprovação. O resultado final foi comunicado publicamente ao candidato pela Presidente da Banca.

OBSERVAÇÕES: Adequar o trabalho incorporando às contribuições da banca

Nada mais havendo a tratar, a Presidente encerrou a reunião e lavrou a presente ata, que será assinada por todos os membros participantes da Banca Examinadora.



Documento assinado digitalmente
SUELY MARIA RODRIGUES
Data: 09/09/2025 17:01:04-0300
Verifique em <https://validar.itl.gov.br>

Dra. Suely Maria Rodrigues
Orientadora



Documento assinado digitalmente
SONIA MARIA QUEIROZ DE OLIVEIRA
Data: 03/09/2025 16:47:47-0300
Verifique em <https://validar.itl.gov.br>

Dra. Sônia Maria Queiroz de Oliveira
Avaliadora



Documento assinado digitalmente
LISSANDRA LOPES COELHO ROCHA
Data: 05/09/2025 13:47:21-0300
Verifique em <https://validar.itl.gov.br>

Dra. Lissandra Lopes Coelho Rocha
Coorientadora



Documento assinado digitalmente
LEONARDO OLIVEIRA LEAO E SILVA
Data: 03/09/2025 20:34:24-0300
Verifique em <https://validar.itl.gov.br>

Dr. Leonardo Oliveira Leão e Silva
Avaliador

Campus I

Campus Armando Vieira
Rua Juiz de Paz José Lemos, 695 – Vila Bretas
CEP: 35030-260 | Governador Valadares/MG
(33) 3279-5200

Campus II

Campus Antônio Rodrigues Coelho
Rua Israel Pinheiro, 2000 – Universitário
CEP: 35020-220 | Governador Valadares/MG
(33) 3279-5500

univale.br

**Missão**

Construir e compartilhar o conhecimento por meio da formação de profissionais competentes, éticos e comprometidos com o desenvolvimento humano e regional.

Visão

Ser referência como instituição educacional inovadora, comunitária e inclusiva.



UNIVERSIDADE VALE DO RIO DOCE
Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu* em Gestão Integrada do Território

Thelma Lúcia Lopes Alvim
“TERRITÓRIO DO DIREITO À SAÚDE PÚBLICA: percepção dos gestores de saúde sobre o processo de judicialização e suas razões”,

Dissertação aprovada em 03 de setembro de 2025, pela banca examinadora com a seguinte composição:

Documento assinado digitalmente
gov.br SUELY MARIA RODRIGUES
Data: 09/09/2025 17:01:04-0300
Verifique em <https://validar.itl.gov.br>

Dra. Suelly Maria Rodrigues
Orientadora – GIT/Univale

Documento assinado digitalmente
gov.br LISSANDRA LOPES COELHO ROCHA
Data: 05/09/2025 13:56:40-0300
Verifique em <https://validar.itl.gov.br>

Dra. Lissandra Lopes Coelho Rocha
Coorientadora-GIT/Univale

Documento assinado digitalmente
gov.br SONIA MARIA QUEIROZ DE OLIVEIRA
Data: 03/09/2025 16:44:50-0300
Verifique em <https://validar.itl.gov.br>

Dra. Sônia Maria Queiroz de Oliveira
Examinadora – IIEIF/Campus GV

Documento assinado digitalmente
gov.br LEONARDO OLIVEIRA LEÃO E SILVA
Data: 03/09/2025 20:34:24-0300
Verifique em <https://validar.itl.gov.br>

Dr. Leonardo Oliveira Leão e Silva
Examinador – GIT/Univale

Campus I

Campus Armando Vieira
Rua Juiz de Paz José Lemos, 695 – Vila Bretas
CEP: 35030-260 | Governador Valadares/MG

(33) 3279-5200

Campus II

Campus Antônio Rodrigues Coelho
Rua Israel Pinheiro, 2000 – Universitário
CEP: 35020-220 | Governador Valadares/MG

(33) 3279-5500

univale.br

À minha família, ao meu esposo Fernando e à minha
filha Ísis, razão da minha caminhada e inspiração para
ser melhor a cada dia.

AGRADECIMENTOS

A jornada que me trouxe até aqui não foi trilhada sozinha. Cada passo, cada dúvida e cada conquista foram acompanhados por mãos que sustentaram, vozes que encorajaram e presenças que iluminaram meu caminho.

A Deus, fonte de sabedoria, coragem e esperança, minha eterna gratidão. Foi em Sua presença que encontrei forças para seguir mesmo diante dos desafios mais árduos.

À minha filha Ísis, razão maior dos meus sonhos e inspiração diária. Seu sorriso foi farol nos dias escuros e calmaria nas tempestades. Ao meu amado esposo Fernando, meu porto seguro, companheiro de todas as horas, que acreditou em mim mesmo quando eu mesma duvidava. Obrigada por sua paciência, amor e por caminhar ao meu lado com serenidade e coragem.

À minha orientadora, Professora Suely, meu profundo reconhecimento. Sua orientação sensível e firme, sua escuta generosa e seu olhar atento foram fundamentais para que esta pesquisa ganhasse forma, consistência e significado.

À minha coorientadora, Professora Lissandra, minha gratidão pela dedicação, pela clareza nas orientações e pela generosidade em compartilhar seu conhecimento. Sua contribuição foi essencial para o amadurecimento desta pesquisa e para o meu crescimento acadêmico e pessoal.

À Universidade Vale do Rio Doce (Univale) e ao Programa de Pós-Graduação em Gestão Integrada do Território, minha sincera gratidão por acolherem esta caminhada acadêmica e oferecerem um espaço de crescimento, aprendizado e reflexão crítica.

À minha família — meus pais, irmãos e todos aqueles que, com amor e presença, fizeram parte desse percurso — agradeço por cada gesto de carinho, por cada palavra de incentivo e, principalmente, por acreditarem em mim incondicionalmente.

Ao meu padrinho de profissão e sócio, Mauro Avelino, que, com sua trajetória, ética e paixão pela Ortodontia, tornou-se uma inspiração constante. Seu apoio, parceria e incentivo foram fundamentais em minha formação e construção profissional. Sou profundamente grata por caminhar ao seu lado nessa trajetória.

Aos amigos, colegas e a todos que, de alguma forma, contribuíram com palavras, silêncios, abraços e escutas, saibam que cada um de vocês deixou uma marca nesta conquista.

Aos colegas do mestrado, com quem compartilhei aprendizados, inquietações, conquistas e trocas que ultrapassaram os muros da universidade e se transformaram em vínculos de amizade e respeito. Nossa convivência foi combustível e alento nos momentos mais intensos desta jornada.

Este trabalho é fruto de muitas mãos, corações e afetos. A todos vocês, meu mais sincero e emocionado muito obrigada.

RESUMO

A judicialização da saúde tem se consolidado como um fenômeno crescente no Brasil, refletindo tanto a consolidação do direito à saúde como direito fundamental pela Constituição Federal de 1988 quanto as deficiências estruturais e operacionais do Sistema Único de Saúde (SUS). No contexto municipal, os efeitos da judicialização se tornam expressivos, exigindo dos gestores respostas imediatas que, muitas vezes, desorganizam o planejamento e comprometem a gestão territorializada da saúde. Para maior compreensão desse tema faz-se necessária uma visão interdisciplinar com inclusão de conhecimentos da área da saúde, direito, sociologia, psicologia e território. Diante desse cenário, este estudo teve como objetivo conhecer a percepção dos gestores de saúde do município de Governador Valadares/MG sobre o processo de judicialização da saúde. Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, de natureza descritiva, com delineamento transversal. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com três representantes do Executivo municipal (Secretário de Saúde, Diretora do Departamento de Atenção à Saúde e Coordenadora da Atenção Básica), que atuavam no cargo há pelo menos seis meses. Os dados foram analisados com base na técnica de Análise de Conteúdo proposta por Bardin. Emergiram cinco categorias temáticas: (1) Compreensão da judicialização da saúde; (2) Fatores que acarretam a judicialização; (3) Estratégias para evitá-la; (4) Impactos financeiros sobre o município; e (5) Desafios para efetivar as decisões judiciais. Os resultados indicam que os gestores compreendem a judicialização como um recurso legítimo do cidadão diante da omissão ou ineficiência do sistema público, mas também apontam para seus efeitos desestabilizadores sobre a organização dos serviços, o orçamento e a equidade das políticas públicas. Evidenciou-se ainda a necessidade de fortalecer o planejamento em saúde com base na realidade territorial, aprimorar a atenção primária, institucionalizar o diálogo intersetorial e ampliar o uso de ferramentas como o NAT-Jus. Pode-se concluir que, na percepção dos gestores municipais de Governador Valadares/MG, a judicialização da saúde é compreendida como um instrumento legítimo de reivindicação de direitos, motivado principalmente pelas fragilidades estruturais do SUS, especialmente na atenção primária.

Palavras-chave: Judicialização da Saúde; Gestão em Saúde; Interdisciplinaridade; Sistema Único de Saúde; Planejamento Territorial; Políticas Públicas de Saúde; Territorialidades.

ABSTRACT

The judicialization of healthcare has become an increasingly prominent phenomenon in Brazil, reflecting both the consolidation of health as a fundamental right guaranteed by the 1988 Federal Constitution and the structural and operational shortcomings of the Unified Health System (SUS). At the municipal level, where most SUS healthcare actions are implemented, the effects of judicialization are particularly significant, requiring prompt responses from local managers that often disrupt health planning and compromise territorialized health management. To better understand this topic, an interdisciplinary perspective is necessary, including knowledge from the areas of health, law, sociology, psychology and territory. In this context, the present study aimed to analyze the perceptions of health managers in the municipality of Governador Valadares/MG regarding the judicialization of healthcare and the main factors that trigger this phenomenon. This is a qualitative, descriptive, cross-sectional study. Semi-structured interviews were conducted with three representatives of the municipal Executive Branch (the Municipal Secretary of Health, the Director of the Department of Health Care, and the Coordinator of Primary Health Care), all of whom had been in their positions for at least six months. Data were analyzed using the Content Analysis technique proposed by Bardin. Five thematic categories emerged: (1) Understanding of healthcare judicialization; (2) Contributing factors; (3) Strategies to prevent it; (4) Financial impacts on the municipality; and (5) Challenges in complying with judicial decisions. The results indicate that managers view judicialization as a legitimate recourse for citizens in the face of state omissions or inefficiencies, but they also highlight its destabilizing effects on service organization, budgeting, and the equity of public health policies. The findings also underscore the need to strengthen health planning based on territorial realities, improve primary care, institutionalize intersectoral dialogue, and expand the use of tools such as NAT-Jus. Based on the managers' perceptions, it is concluded that while healthcare judicialization exposes relevant service gaps, it also offers an opportunity to critically reflect on the limitations and possibilities of public health management at the local level.

Keywords: Judicialization of Healthcare; Health Management; Interdisciplinarity; Unified Health System (SUS); Territorial Planning; Public Health Policies; Territoriality.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Apresentação das temáticas resultantes da Análise de Conteúdo.....	44
---	----

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde
AF – Assistência Farmacêutica
ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS – Atenção Primária à Saúde
CIBs – Comissões Intergestores Bipartite
CIRs – Comissões Intergestores Regionais
CNJ – Conselho Nacional de Justiça
DAS – Departamento de Atenção à Saúde
ESF – Estratégia Saúde da Família
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH – Índice de Desenvolvimento Humano
INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
NAT-Jus – Núcleo de Apoio Técnico do Judiciário
OMS – Organização Mundial da Saúde
PCDTs – Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas
PNM – Política Nacional de Medicamentos
PSF – Programa Saúde da Família
RAS – Rede de Atenção à Saúde
RENAME – Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
REMUNE – Relação Municipal de Medicamentos Essenciais
RESME – Relação Estadual de Medicamentos Essenciais
SAIS – Sistema de Apoio à Implementação de Serviços de Saúde
SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica
STF – Supremo Tribunal Federal
SUIT – Sistema Único e Integrado de Tramitação de Processos
SUS – Sistema Único de Saúde
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	13
2 REVISÃO DE LITERATURA	16
2.1 – CONTEXTO HISTÓRICO DA JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE: Influência da Constituição de 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS).....	16
2.2 – JUDICIALIZAÇÃO COMO ELEMENTO INDISSOCIÁVEL A EFETIVIDADE DO DIREITO À SAÚDE	23
2.2.1 Legitimidade do poder judiciário como ferramenta de efetividade do direito à saúde no Brasil.....	23
2.2.2 Núcleo de Apoio Técnico ao Poder Judiciário (NAT-jus): dispositivo para reduzir os efeitos negativos da judicialização da saúde.....	25
2.3 – TERRITORIALIDADE: percepção dos gestores municipais de saúde e atuação no processo de judicialização da saúde.....	27
2.3.1 Contextualização do território e das territorialidades na saúde.....	27
2.3.2 Gestão em saúde: desafios enfrentados pelos gestores públicos na atualidade.....	32
3 OBJETIVOS.....	38
3.1 Geral.....	38
3.2 Específicos	38
4 METODOLOGIA	39
4.1 Tipo de estudo e abordagem	39
4.2 Universo e local do estudo	39
4.3 Amostra	39
4.4 Critérios de inclusão/exclusão	39
4.5 Estudo piloto	39
4.6 Aspectos éticos	39
4.7 Coleta de dados	40
4.8 Análise de dados	41
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	44
TEMÁTICA 1 –Compreensão da judicialização da saúde: um fenômeno multidimensional no direito	44
TEMÁTICA 2 –Fatores que acarretam a judicialização da saúde	49
TEMÁTICA 3 –Estratégias para evitar a judicialização da saúde: orientação para um sistema de justiça sustentável	55
TEMÁTICA 4 –Impactos da judicialização da saúde na arrecadação do município ...	61

TEMÁTICA 5 –Desafios para a efetivação das demandas judiciais relacionadas ao SUS.....	66
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	75
LIMITES E POSSIBILIDADES DO ESTUDO	77
REFERÊNCIAS	78
ANEXO A – Parecer do CEP	
ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	
ANEXO C – ROTEIRO DE ENTREVISTA	

1 INTRODUÇÃO

A promulgação da Constituição Federal de 1988 representou um marco histórico na consolidação dos direitos sociais no Brasil, conferindo à saúde o status de direito fundamental e dever do Estado (BRASIL, 1988). Essa conquista refletiu os ideais do movimento da Reforma Sanitária brasileira, que reivindicava a universalização do acesso à saúde e a reorganização do sistema público sob princípios de equidade, integralidade e participação social (PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998). Além disso, alinhou-se ao conceito ampliado de saúde proposto pela Organização Mundial da Saúde (OMS), segundo o qual saúde é definida como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doenças (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1946).

A positivação do direito à saúde na Carta Magna possibilitou aos cidadãos recorrerem ao Poder Judiciário sempre que identificarem a omissão ou a insuficiência do Estado na oferta de serviços e insumos de saúde. Nesse contexto, emerge o fenômeno da judicialização da saúde, entendido como a busca, por meio de ações judiciais, do acesso a medicamentos, tratamentos e procedimentos muitas vezes não ofertados de forma tempestiva ou adequada pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (BARROSO, 2007).

Contudo, a judicialização da saúde suscita tensões entre a garantia de direitos individuais e a sustentabilidade das políticas públicas coletivas. Embora as decisões judiciais possam assegurar o atendimento de necessidades urgentes e individuais, elas frequentemente desconsideram os impactos orçamentários e organizacionais sobre o sistema público de saúde. A destinação de recursos para demandas judiciais específicas pode comprometer a equidade e a universalidade dos serviços, pilares do SUS, ao redirecionar verbas originalmente planejadas para ações coletivas (VILELA; MOLITERNO; SANTOS, 2018).

No âmbito municipal, onde se concentram as ações assistenciais do SUS, os efeitos da judicialização da saúde se tornam ainda mais expressivos. A atuação dos gestores é diretamente impactada por determinações judiciais que exigem respostas imediatas, muitas vezes em desacordo com os planejamentos técnicos e financeiros previamente estabelecidos. A gestão municipal se vê, portanto, diante do desafio de conciliar a obediência às decisões judiciais com a preservação da racionalidade administrativa, da justiça distributiva e da integralidade da atenção à saúde (FERREIRA, 2019).

Adicionalmente, é necessário considerar que as decisões judiciais, ao se concretizarem no território, interagem com realidades locais diversas, caracterizadas por desigualdades

socioeconômicas, fragilidades institucionais e diferentes graus de estruturação dos serviços de saúde. Nesse sentido, o território não pode ser compreendido apenas como um espaço físico ou administrativo, mas como um espaço vivido, permeado por relações sociais, institucionais e políticas que influenciam diretamente na implementação das políticas públicas (HAESBAERT, 2007).

Segundo Oliveira e Mourão-Júnior (2013), a percepção é um processo ativo e interpretativo, influenciado por elementos biológicos, históricos e culturais. Assim, ao investigar a percepção dos gestores, busca-se lançar luz sobre os sentidos que atribuem à judicialização da saúde, os impactos identificados em seus territórios e as estratégias mobilizadas para lidar com esse fenômeno no cotidiano da gestão pública.

Essa dissertação está estruturada a partir da Introdução em 05 (cinco) capítulos. O primeiro compreende a Revisão de Literatura como forma de situar o problema no plano teórico. Apresenta fragmentos históricos sobre o contexto histórico da judicialização da saúde considerando a influência da Constituição de 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), bem como elemento indissociável a efetividade do direito à saúde. Proporcionar um panorama sobre o conceito de territorialidade e sua relação com a percepção dos gestores municipais de saúde e atuação no processo de judicialização da saúde. O referencial teórico ancorado na interdisciplinaridade aproximará as discussões sobre o território e as territorialidades na configuração da gestão em saúde. Para tanto, será abordado dentro da Geografia Humana os conceitos de território, territorialidades, identidade, lugar, topofilia, percepção e experiência, trazendo a perspectiva de subjetividade que alia sensação, percepção, concepção, emoção e pensamento à experiência humana, que implica na capacidade de aprender a partir da própria vivência.

O segundo capítulo apresenta o Objetivo Geral e Específicos deste estudo. Os objetivos constituíram na finalidade desse trabalho, ou seja, a meta que se pretendeu atingir com a elaboração da pesquisa. No terceiro capítulo está descrito o percurso metodológico utilizado para a realização desse estudo. Estão descritos a abordagem e o modelo de estudo, o universo e a amostra, critérios de inclusão e exclusão, a técnica de coleta e análise de dados e os aspectos éticos observados para a realização da pesquisa.

O quarto capítulo apresenta as questões relativas aos Resultados e Discussões. Identifica as percepções dos gestores sobre a judicialização da saúde como um fenômeno multidimensional, as estratégias utilizadas para evitar a judicialização da saúde e os desafios para a efetivação das demandas judiciais decorrentes do SUS. Desse modo são atendidos os

objetivos e problema de pesquisa numa perspectiva interdisciplinar a partir de uma metodologia fundamentada na abordagem qualitativa.

No quinto capítulo está descrito as Considerações Finais, apresentando uma síntese dos resultados obtidos nesta investigação delineando possíveis respostas às questões propostas nos objetivos deste estudo. Busca demonstrar a contribuição da pesquisa para o meio acadêmico e para o desenvolvimento da ciência. Além da possível contribuição para o debate interdisciplinar em torno da complexidade da judicialização da saúde, considerando a interlocução com os estudos territoriais.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 – CONTEXTO HISTÓRICO DA JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE: Influência da Constituição de 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS)

Na antiguidade, a saúde era explicada por uma combinação de elementos míticos, espaciais, biológicos, sociais e econômicos. Com a organização do sistema capitalista, o espaço ganhou destaque como um agente que influencia as condições de vida das pessoas, incluindo sua capacidade de manter e recuperar a saúde. A relação entre o modo de produção capitalista e o espaço criado pelo homem é um fator importante que justifica a necessidade de estudos interdisciplinares entre geografia e saúde. Analisar o planejamento em saúde pública a partir de conceitos espaciais como lugar, não-lugar e território exige uma abordagem multidisciplinar e qualitativa, adaptada à identificação de problemas e à busca de soluções para uma realidade complexa e dinâmica. O atual Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil enfrenta desafios relacionados à indefinição ou disputa entre modelos de atenção à saúde, materializados nos limites espaciais da rede de atenção (SANTOS, 2009).

Após a Constituição Federal de 1988, o conceito de território tem sido amplamente utilizado na reorientação do modelo de assistência da saúde pública no Brasil. O conceito de território é fundamental para o Programa ou Estratégia de Saúde da Família, que estrutura a atenção primária à saúde no país. Isso ocorreu porque se buscou responsabilizar as equipes de saúde pelo acesso da população à rede de serviços públicos de saúde em um determinado território. Ao trabalhar com o conceito de território, foi necessário definir os limites territoriais, ou seja, quem faria parte de um determinado território e quem ficaria de fora. Essa delimitação foi essencial para a organização e o planejamento das ações de saúde no âmbito da atenção primária. Em outras palavras, o conceito de território permitiu que as equipes de saúde se responsabilizassem pela saúde de um grupo específico de pessoas em uma área geográfica delimitada (SANTOS, 2009).

Na perspectiva de Faria (2020) o Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil é concebido a partir de um projeto territorial descentralizado, hierarquizado e integrado regionalmente por meio das redes de atenção à saúde. Toda a estrutura desse projeto se fundamenta nos princípios da universalidade, equidade e integralidade, que garantem o direito à saúde para todos, independentemente de onde estejam no território, e estabelecem o dever do Estado de tornar esse direito realidade. A localização dos serviços de saúde no território deve obedecer aos

princípios da resolutividade e da economia de escala, o que significa que os serviços de atenção básica, por serem mais utilizados cotidianamente e demandarem proximidade com os usuários, devem estar amplamente distribuídos. No entanto, os serviços especializados e de alta complexidade, por sua natureza mais específica e custo elevado, tendem a ser mais concentrados em centros regionais, de forma a otimizar recursos e garantir eficiência no atendimento

A Atenção Básica no âmbito do SUS, segundo Giovanella (2020) constitui-se como o principal eixo organizador das ações e serviços em saúde, especialmente por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), a qual estrutura suas práticas com base na territorialização e na abordagem comunitária. O modelo da ESF promove a vinculação das equipes de saúde a territórios definidos, o que possibilita o acompanhamento contínuo e integral das famílias, a promoção da saúde, a vigilância epidemiológica e sanitária, bem como a articulação com outras políticas públicas locais. Essa lógica territorial visa reconhecer os determinantes sociais da saúde e responder às necessidades específicas da população, fortalecendo o vínculo entre profissionais e comunidade.

Compreendeu-se que toda a estrutura e o modelo assistencial dependem não apenas de como os serviços são alocados, mas também de como suas ações são organizadas territorialmente, principalmente as ações de prevenção e promoção. Por isso, era necessário mais do que apenas delimitar territórios para os serviços, sendo fundamental estabelecer uma relação de vínculo e pertencimento entre a população e os serviços (GIOVANELLA et al., 2020).

Para Faria (2020) a territorialização da saúde, ganhou força na implementação dos Distritos Sanitários, foi incorporada aos programas Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Saúde da Família (PSF) e passou a integrar as políticas estratégicas em torno da Saúde da Família (ESF) e das Redes de Atenção à Saúde (RAS). A territorialização, portanto, está presente nos documentos que regulam a Atenção Básica à Saúde (ABS) e incorpora o modelo de atenção com ações que promove e protege a saúde, previne agravos, diagnostica e trata doenças, reabilita, reduz danos e busca a manutenção da saúde. No entanto, os contextos político-ideológicos e os processos econômico-institucionais têm inviabilizado, até o momento, a reorientação para um modelo assistencial territorializado. Por isso, a territorialização da ABS não foi concluída e, conseqüentemente, a porta de entrada do SUS no Brasil também não foi totalmente estabelecida.

Para entender o processo de judicialização da saúde no Brasil faz-se necessário um retrospecto da implementação do Sistema Único de Saúde (SUS). Anteriormente a criação do SUS a saúde no Brasil era um privilégio de poucos. O Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), restrito a trabalhadores formais, deixava milhões à margem, especialmente os mais vulneráveis. A falta de planejamento e recursos resultava em longas filas, atendimento precário e um sistema fragmentado, onde a saúde era vista como um bem de consumo e não como um direito fundamental (OLIVEIRA, 2012).

Com a redemocratização do Brasil nos anos 1980, o movimento da Reforma Sanitária ganhou força, culminando na histórica 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986. Esse evento democrático, que contou com a participação de diversos setores da sociedade, como estudantes, pesquisadores e comunidades, ampliou o debate sobre saúde para além de questões técnicas. Ao reconhecer a saúde como um direito fundamental de todos os cidadãos, a conferência contribuiu significativamente para a construção de políticas públicas mais justas e equitativas na área da saúde. As questões discutidas na 8ª Conferência Nacional de Saúde serviram como embasamento para a elaboração da Lei 8.080– Lei Orgânica da Saúde. Considerada marco fundamental para a criação do SUS, ela dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, organizando e definindo o funcionamento dos serviços de saúde no país. A Lei 8.080 foi promulgada na Constituição Federal de 1988, a qual estabeleceu que a saúde deveria ser um dever garantido pelo estado ao cidadão – O SUS deveria ser o meio pelo qual esse direito é fornecido à população (SANTOS; GABRIEL; MELLO, 2020).

A Constituição Federal de 1988 do Brasil (BRASIL, 1988) estabelece de maneira clara que a saúde é um direito fundamental de todos os cidadãos e um dever do Estado. Essa garantia está expressa em diversos artigos do Capítulo II, que tratam da Seguridade Social. O Artigo 196 declara que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado, que deve garantir esse direito por meio de políticas sociais e econômicas que visem reduzir o risco de doenças e outros problemas de saúde, além de assegurar o acesso universal e igualitário a ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde.

O Artigo 197 estabelece que as ações e serviços de saúde são de interesse público, sendo responsabilidade do Estado regulamentar, fiscalizar e controlar esses serviços. A execução desses serviços pode ser feita diretamente pelo Estado ou por meio de terceiros, incluindo pessoas físicas ou jurídicas de direito privado (BRASIL, 1988).

O Artigo 198 define que as ações e serviços públicos de saúde devem integrar uma rede regionalizada e hierarquizada, organizada em um sistema único de saúde (SUS) de acordo com os princípios de descentralização, atendimento integral e participação da comunidade (BRASIL, 1988).

O Artigo 199 trata da participação da iniciativa privada na área da saúde, permitindo que a assistência à saúde seja oferecida por instituições privadas. Além disso, a União, os Estados e os Municípios podem contratar ou firmar convênios com instituições privadas para a prestação de serviços de saúde (BRASIL, 1988).

O Artigo 200 estabelece as competências do SUS, que incluem controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde, além de participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos necessários para a saúde da população (BRASIL, 1988).

O direito à saúde, incorporado na Constituição Federal pela Reforma Sanitária, é um direito fundamental e de grande importância pública. Compete ao Estado garantir a saúde dos cidadãos por meio de ações e políticas públicas de saúde. Embora o SUS enfrente muitos problemas, não se deve generalizar, pois diversos municípios assumiram a responsabilidade pela saúde dos cidadãos e complementam as ações de saúde em conformidade com a lei, investindo recursos próprios e, assim, conseguindo prestar atendimento de qualidade e dignidade a toda a população. Diante disso, o SUS se apresenta como um Sistema inclusivo, construído gradualmente, mas também excludente, por não conseguir cumprir integralmente sua missão, oferecendo uma saúde pública aquém das necessidades da população (BARBOZA; RÊGO; BARROS; 2020).

O Sistema Único de Saúde (SUS) é uma rede complexa de serviços de saúde que abrange todo o território brasileiro, adaptando-se às diversas realidades regionais do país. Essa rede, que envolve os governos federal, estadual e municipal, garante a participação da população na gestão dos serviços e oferece atendimento a todos os cidadãos, independentemente de suas condições sociais ou econômicas. A universalidade, a integralidade e a equidade são os princípios que guiam as ações do SUS, assegurando um cuidado de saúde completo e justo para todos (PAIM, 2009).

O artigo 196 da Constituição Federal de 1988 estabelece que a saúde é um direito de todos os brasileiros e que o Estado é responsável por garantir esse direito, oferecendo políticas

públicas que promovam a saúde e o acesso a serviços de saúde para toda a população. O direito à saúde é um direito fundamental que pode ser exigido judicialmente. Quando a Constituição o reconhece como tal, não é apenas uma declaração teórica, mas uma garantia de que o Estado deve tomar medidas concretas para assegurá-lo (SARLET, 2013).

De acordo com Santos; Gabriel; Mello (2020) os princípios doutrinários do SUS são: **Universalidade:** A saúde é um direito universal que deve ser garantido a todos, independente de raça, gênero ou outras características, sendo um dever do Estado; **Equidade:** Reconhecendo que as necessidades de cada indivíduo são distintas, este princípio visa reduzir desigualdades, atendendo especificamente às necessidades de cada um, com maior atenção para aqueles que mais necessitam; **Integralidade:** O cuidado deve abranger todas as necessidades de uma pessoa, considerando que somos um todo. Isso implica em várias áreas de atuação das políticas públicas que, juntas, asseguram a qualidade de vida do indivíduo.

Visando um melhor funcionamento do sistema foram implantados os princípios organizativos do SUS (SANTOS; GABRIEL; MELLO, 2020): **Hierarquização e Regionalização:** Os serviços de saúde são estruturados de maneira crescente em termos de complexidade, variando dos mais simples aos mais avançados, e são oferecidos dentro de uma área geográfica específica. O objetivo é garantir o acesso aos serviços conforme a necessidade de cada indivíduo, com uma distribuição que leva em conta os recursos disponíveis em cada região; **Participação popular:** ocorre por meio de conselhos e conferências de saúde, com o objetivo de formular, monitorar e avaliar a implementação das políticas de saúde; **Descentralização e Comando Único:** A responsabilidade é compartilhada entre três níveis - federação, estados e municípios. Esse último, por estar mais próximo da realidade local, pode acompanhar de perto e garantir que os recursos sejam utilizados de forma mais eficaz. O comando único refere-se a autonomia de cada uma das esferas.

O Sistema Único de Saúde (SUS) celebrou 30 anos de existência recentemente. Segundo Barbosa et al. (2020), embora tenha alcançado algumas inovações, o SUS prático ainda está distante do SUS constitucional. Existe uma grande diferença entre a proposta do movimento sanitário e a implementação do sistema público de saúde atual. Ele se consolidou como um espaço para aqueles que não têm acesso aos subsistemas privados, fazendo parte de um sistema segmentado. A proposição de um sistema público universal, conforme inscrito na Constituição de 1988, não se concretizou integralmente, apesar de alguns avanços. Entre esses progressos estão o acesso a camadas da população que antes não tinham direito, o sistema de imunização

e de vigilância epidemiológica e sanitária, e os avanços em alta complexidade, como os transplantes, entre outros.

A falta de acesso a medicamentos é um problema recorrente enfrentado pelos usuários do SUS. O estudo de Boing et al. (2022) apontou uma redução no acesso a medicamentos fornecidos pelo SUS entre 2013 e 2019. Nesse período, a proporção de usuários que obtiveram todos os medicamentos pelo sistema diminuiu, enquanto aumentou significativamente a compra por conta própria. Essa situação afetou, sobretudo, a população mais pobre, que depende majoritariamente do SUS, ao passo que os usuários de maior renda mantiveram maior acesso, independentemente da fonte de aquisição. Entre as principais barreiras relatadas estão o desabastecimento nas unidades públicas e dificuldades de acesso ao programa Aqui Tem Farmácia Popular. Aproximadamente dois terços dos usuários que não conseguiram obter todos os medicamentos atribuíram o problema a falhas em serviços financiados pelo setor público. Diante dessas dificuldades, muitos cidadãos acabam recorrendo ao Poder Judiciário como forma de garantir o acesso a um direito legalmente previsto.

Na perspectiva de Nunes (2016) após a criação do SUS observou-se um aumento do fenômeno da judicialização. Implementado há mais de três décadas, o Sistema Único de Saúde (SUS) demonstrou sua capacidade de ampliar o acesso aos serviços de saúde. No entanto, persistentes desafios, como a necessidade de uma reforma estrutural em seu financiamento, comprometem a plena efetivação de seus princípios doutrinários. Diante da insuficiência na assistência, muitos cidadãos recorrem ao Poder Judiciário para garantir seus direitos constitucionais à saúde, intensificando o fenômeno da judicialização

A judicialização da saúde é definida como a intensificação do papel do Judiciário na efetivação do direito à saúde, devido à crescente demanda da sociedade por serviços de saúde por meio de ações judiciais. Esse fenômeno ocorre principalmente quando o Estado é incapaz de garantir, de forma eficaz e eficiente, o acesso necessário a medicamentos, exames e tratamentos. Isso leva os cidadãos a recorrerem ao sistema judicial para assegurar seus direitos de saúde, intensificando o protagonismo do Judiciário na área (BRASIL, 2015).

O Poder Judiciário brasileiro tem demonstrado uma tendência a acolher as demandas individuais que pedem a inclusão de medicamentos, insumos e tratamentos no rol de serviços oferecidos pelo SUS. Com base no direito à saúde previsto na Constituição Federal, os juízes têm entendido que o cidadão tem direito a esses recursos quando há prescrição médica, mesmo que o poder público se negue a fornecê-los. Essa postura tem levado à determinação judicial de

fornecimento dos produtos solicitados, sendo os medicamentos os mais demandados (WANG, 2014).

O fenômeno da judicialização da saúde compromete a gestão financeira do SUS, gerando distorções na alocação de recursos e impactando a equidade do sistema, visto que decisões individuais podem privilegiar determinados pacientes em detrimento da coletividade. Além disso, muitos medicamentos concedidos judicialmente não fazem parte das listas oficiais do SUS, o que aumenta ainda mais os custos e dificulta o planejamento orçamentário dos entes públicos (LEITE; BASTOS, 2018)

De acordo com Carvalho et al. (2021) desde os anos 90, o neoliberalismo tem influenciado as políticas brasileiras, resultando em ataques ao SUS, apesar da proteção constitucional. Essa ideologia, focada na maximização do lucro e redução de custos, tem levado à redução de recursos humanos e materiais, e à diminuição de investimentos no sistema de saúde. Como consequência, o SUS enfrenta um cenário desfavorável, com propostas de desestatização e privatização, seguindo orientações de organismos financeiros internacionais, o que contribui para seu sucateamento e precarização das condições de trabalho, além de afetar diretamente como os recursos destinados à saúde são geridos e aproveitados.

O aumento constante de processos judiciais na área da saúde é um reflexo da ineficiência dos governos federal, estadual e municipal em garantir um atendimento de qualidade a toda população. Essa situação impacta diretamente nos custos públicos (VAZ et al., 2016). Em uma análise onde examina a eficiência dos sistemas de saúde, Santos (2023) descreve a judicialização da saúde como um fator que afeta diretamente a eficiência do SUS, uma vez que ao gerar demandas judiciais por serviços e medicamentos, aumenta a pressão sobre os já limitados recursos financeiros do sistema. Aborda que, apesar da eficiência ser complexa de ser analisada num contexto de saúde, no caso do SUS, a judicialização da saúde pode desviar o foco do sistema de resultados coletivos, forçando-o a atender a demandas específicas. Ademais, sugere que a judicialização seja abordada como parte de uma gestão integrada de recursos, onde decisões judiciais respeitem critérios de custo-efetividade.

2.2 – JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE COMO ELEMENTO INDISSOCIÁVEL A EFETIVIDADE DO DIREITO A SAÚDE

2.2.1 Legitimidade do poder judiciário como ferramenta de efetividade do direito a saúde no Brasil

As interações entre o sistema judiciário e a administração pública constituem tema central na análise das democracias contemporâneas, especialmente nos campos do direito público e da ciência política. No contexto brasileiro, essas interações têm se intensificado com o avanço da judicialização de políticas sociais, entre as quais se destacam a saúde e a educação. A atuação do Poder Judiciário na formulação, implementação e revisão de políticas públicas desperta debates quanto aos limites institucionais, à legitimidade democrática e à capacidade técnica dos magistrados em lidar com matérias complexas e multidimensionais. Tal protagonismo judicial tem sido impulsionado, em parte, pela percepção de ineficiência do Executivo na garantia de direitos sociais, levando o cidadão a recorrer ao Judiciário como instância de efetivação do direito constitucional à saúde (VASCONCELOS, 2021; CONASS, 2015; MARQUES et al., 2019).

Tradicionalmente, a atuação judicial em políticas públicas tem sido compreendida sob a lógica do controle externo, na qual o Judiciário exerce a função de fiscalizar e corrigir eventuais desvios ou omissões por parte da administração pública. Essa perspectiva, muitas vezes dominante, tende a limitar o papel dos demais atores institucionais envolvidos, como os gestores públicos e os órgãos técnicos de controle, ao mero cumprimento de decisões judiciais. Nesse modelo, o juiz é visto como agente corretivo, que intervém após a implementação de uma política, avaliando sua conformidade com os direitos constitucionais e determinando, se necessário, a adoção de medidas específicas para garantir seu cumprimento (VASCONCELOS, 2021; ALCÂNTARA, 2012).

Essa abordagem, frequentemente classificada como de “comando e controle”, baseia-se na premissa de que o sistema judiciário atua reativamente diante de demandas individuais ou coletivas, com foco na verificação do cumprimento das decisões judiciais e nos impactos gerados sobre o serviço público. Nessa lógica, os estudos se concentram majoritariamente nas decisões proferidas pelos tribunais superiores e em sua capacidade de influenciar a gestão pública, sobretudo em termos de cumprimento orçamentário, oferta de medicamentos ou acesso a procedimentos de saúde. No entanto, essa compreensão restrita ignora a complexidade e a

dinamicidade da atuação judicial, que extrapola o controle externo e passa a influenciar diretamente a organização administrativa, a elaboração de políticas e a alocação de recursos públicos (VASCONCELOS, 2021).

O Poder Judiciário brasileiro, anteriormente possuía uma função secundária na área da saúde, agora se destaca como protagonista. Essa mudança se deve ao grande número de processos judiciais relacionados à saúde pública, planos de saúde e questões de biodireito. A busca por soluções judiciais para questões de saúde é uma característica marcante do século XXI. O Judiciário brasileiro ocupa-se com uma média de trinta milhões de novos processos por ano, com um total de quase cem milhões em andamento, muitos dos quais envolvem saúde pública, planos de saúde e biodireito (CONASS, 2015).

A crescente judicialização da saúde no Brasil desafia os limites tradicionais entre os Poderes, especialmente em relação à separação entre funções administrativas e jurisdicionais. Tal processo é justificado, em grande parte, pela ineficiência ou omissão do Poder Executivo em garantir o acesso ao direito à saúde (VASCONCELOS, 2021; CONASS, 2015; MARQUES et al., 2019).

A legitimidade do Judiciário como ferramenta de efetivação de direitos sociais se ancora na concepção do Judiciário como instância garantidora de direitos fundamentais frente à omissão ou inadequação das políticas públicas. No entanto, essa atuação não está isenta de críticas. Parte da literatura aponta que, ao decidir com base em demandas individuais e sem considerar os princípios de equidade e planejamento coletivo do SUS, o Judiciário pode desorganizar a lógica de alocação de recursos públicos e comprometer a eficiência sistêmica do sistema de saúde (MARQUES et al., 2019; SILVA; TEIXEIRA; ANDRADE, 2023).

Por outro lado, estudos recentes destacam que a judicialização da saúde pode, em determinados contextos, induzir mudanças estruturais e promover avanços institucionais, especialmente quando há articulação entre os poderes e uso de instrumentos como os Núcleos de Apoio Técnico do Poder Judiciário (NAT-Jus) e o e-NatJus, os quais buscam subsidiar tecnicamente os magistrados em decisões relacionadas à saúde (CNJ, sd). Essa institucionalização do diálogo técnico-jurídico reforça a legitimidade do Judiciário ao promover decisões mais alinhadas à política pública vigente e aos princípios do SUS.

A atuação judicial, portanto, pode assumir diferentes significados: ora vista como intrusão indevida em um espaço reservado à política e ao planejamento sanitário, ora como ferramenta de proteção dos direitos sociais e de correção das desigualdades no acesso à saúde. Essa ambivalência exige uma análise cuidadosa dos efeitos concretos da judicialização da saúde e dos mecanismos que podem mitigar seus impactos negativos, tais como a valorização de evidências científicas, a integração entre instâncias decisórias e a adoção de protocolos clínico-jurídicos (VASCONCELOS, 2021; GIOVANELLA et al., 2020).

2.2.2 Núcleo de Apoio Técnico ao Poder Judiciário (NAT-jus): dispositivo para reduzir os efeitos negativos da judicialização da saúde

Com a promulgação da Constituição Federal de 1988 e a intensa mobilização de grupos sociais e políticos, a saúde foi elevada à condição de direito fundamental no Brasil. A consagração do artigo 196 — que estabelece a saúde como “direito de todos e dever do Estado” — instituiu a universalização do acesso aos serviços de saúde, alicerçada na criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e na Lei nº 8.080/90, que definiu princípios como a integralidade, a descentralização e a participação social. No entanto, a efetivação concreta desses direitos tem revelado lacunas e tensões no pacto federativo e na gestão pública, especialmente diante da crescente judicialização da saúde.

Nos últimos anos, instituições jurídicas como o Ministério Público, a Defensoria Pública e os tribunais têm exercido papel crescente na formulação, mediação e fiscalização de políticas públicas de saúde, seja por omissão do Executivo, seja por pressões sociais. Em determinados contextos, esse envolvimento tem favorecido o diálogo interinstitucional, funcionando como espaço de concertação entre os atores do sistema judiciário e os gestores públicos. Todavia, um dos maiores desafios enfrentados por magistrados e operadores do direito é a ausência de formação técnica em saúde, o que contribui para decisões baseadas em lógicas estritamente biomédicas ou voltadas à lógica da excepcionalidade individual, frequentemente descoladas das diretrizes do SUS (SILVA et al., 2023).

Diante da crescente pressão por garantir o direito à saúde no Judiciário, surge a necessidade de equilibrar o acesso individual com a gestão coletiva dos recursos, respeitando os princípios de equidade e sustentabilidade do sistema público. A judicialização da saúde, quando baseada em decisões desinformadas, pode comprometer o planejamento sanitário e gerar distorções orçamentárias. Foi nesse contexto que o Conselho Nacional de Justiça (CNJ),

em parceria com o Ministério da Saúde, instituiu os Núcleos de Apoio Técnico ao Poder Judiciário (NAT-Jus), por meio da Resolução CNJ nº 238/2016 e do Termo de Cooperação Técnica nº 21/2016.

Os NAT-Jus têm como finalidade qualificar tecnicamente as decisões judiciais relacionadas à saúde, oferecendo pareceres embasados em evidências científicas e nas diretrizes terapêuticas oficiais do SUS. Compostas por profissionais da área da saúde, essas unidades consultivas auxiliam os juízes na compreensão de pedidos envolvendo medicamentos de alto custo, tratamentos experimentais ou procedimentos fora da lista padronizada do SUS. Ao fornecer subsídios técnico-científicos, os NAT-Jus promovem maior segurança jurídica, uniformidade nas decisões e celeridade processual, evitando a necessidade de perícias judiciais onerosas e demoradas (CNJ, 2022).

Segundo estudo realizado por Calixto et al. (2022), na cidade de Barreiras (BA), a atuação do NAT-Jus é essencial para aprimorar a qualidade das decisões judiciais em demandas de saúde. A pesquisa demonstrou que, na maioria dos casos, os juízes ainda decidem com base apenas em relatórios médicos apresentados pelos autores das ações, sem assessoramento técnico do Estado. Nesses contextos, os pareceres do NAT-Jus oferecem uma mediação racional entre o direito subjetivo à saúde e os critérios de efetividade e viabilidade das políticas públicas. Apesar disso, o uso dessa ferramenta ainda é limitado em várias regiões do Brasil, o que indica uma necessidade urgente de sua ampliação e integração mais efetiva ao fluxo processual.

O fortalecimento institucional dos NAT-Jus, aliado à maior valorização dos pareceres técnicos no processo decisório judicial, representa uma oportunidade estratégica para reduzir os efeitos adversos da judicialização da saúde. Ao promover decisões mais alinhadas com a medicina baseada em evidências e com os protocolos oficiais, os NAT-Jus contribuem para a racionalização do uso de recursos públicos e a sustentabilidade do SUS, sem comprometer a proteção aos direitos fundamentais. Trata-se, portanto, de um dispositivo que reforça não apenas a legitimidade técnica, mas também a legitimidade democrática das decisões judiciais na área da saúde (SILVA et al., 2023; CALIXTO et al., 2022; CNJ, 2022).

No âmbito do estado de Minas Gerais, as demandas judiciais em saúde contam com o suporte do Núcleo de Apoio Técnico ao Judiciário (NAT-Jus), instituído no Tribunal de Justiça de Minas Gerais (TJMG) e integrado ao sistema nacional e-NatJus, coordenado pelo Conselho Nacional de Justiça (CNJ). O núcleo tem a função de subsidiar os magistrados por meio da

emissão de notas técnicas fundamentadas em evidências científicas e nas diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), com vistas a qualificar as decisões judiciais relacionadas à saúde. Quando necessário, os juízes da Comarca de Governador Valadares podem solicitar pareceres técnicos ao NAT-Jus, elaborados sob demanda por equipe multiprofissional. Esses documentos passam a integrar o repositório do TJMG, promovendo uniformidade, segurança técnica e maior racionalidade nas decisões judiciais (MINAS GERAIS, 2017; MINAS GERAIS, 2018).

2.3 –TERRITORIALIDADE: percepção dos gestores municipais de saúde e atuação no processo de judicialização da saúde

2.3.1 Contextualização do território e das territorialidades na saúde

Não há como dissociar a compreensão do funcionamento do SUS das concepções de território e seus desdobramentos. Da mesma forma, é necessário ter entendimento sobre como o fenômeno da judicialização da saúde pode ser afetado pela percepção que os profissionais atuantes na gestão municipal têm sobre o tema. Para isso, faz-se necessário compreender os conceitos de território e saúde, territorialização e territorialidade.

O conceito de território e saúde vem sendo amplamente discutido nos últimos tempos. Monken et al. (2008) definem “território e saúde” como sendo a análise e intervenção nas condições de saúde considerando o espaço geográfico e as interações sociais que ocorrem nele. No campo da saúde, portanto, o conceito de território vai além de uma mera delimitação geográfica ou administrativa. Pode ser entendido como um espaço socialmente construído, que reúne não só elementos físicos, como infraestruturas e ecossistemas, mas também aspectos sociais, culturais e políticos que influenciam as condições de vida e saúde das populações. Esse território é composto por relações de poder, influências ambientais e práticas sociais específicas de cada localidade, o que o torna essencial para a análise e intervenção em saúde pública.

Verifica-se, desse modo, que a adoção do espaço geográfico (e não do espaço simplesmente) na saúde pública vem ao encontro de um desejo de transformação social e de demonstrar os efeitos deletérios das desigualdades sociais na saúde das populações, numa espécie de reação às concepções da epidemiologia clássica (ainda que não se possa desprezar o valor de seus métodos e rigor teórico) (MONKEN et al, 2008).

Segundo Raffestin (1993) um território é formado a partir das relações de poder que acontecem em um determinado espaço. Logo, espaço e território são conceitos diferentes. Um território se formará a partir da ação do sujeito sobre um determinado espaço e a maneira como

esse território se forma vai diferir de acordo com o ator, ou de acordo com a forma como esse ator se apropria do espaço. Essa forma de apropriação pode ser entendida como a “territorialização”.

O território se forma a partir do espaço, é o resultado de uma ação conduzida por um ator sintagmático (ator que realiza um programa) em qualquer nível. Ao se apropriar de um espaço, concreta ou abstratamente (por exemplo pela representação), o ator “territorializa” o espaço. (RAFFESTIN, 1993, p.143).

Porém, para além das relações de poder, é crucial considerar que o território vai além de uma dimensão meramente geográfica, sendo fundamental considerar a dimensão simbólica do território, como esse território é utilizado e aproveitado. Segundo Santos (2002) a territorialização é o processo pelo qual um espaço geográfico é apropriado e transformado em território, estabelecendo um campo de ação específico.

A territorialização no Sistema Único de Saúde (SUS) ocorre como uma estratégia fundamental para a organização dos serviços e práticas de saúde em um contexto geográfico específico. Ela permite que as ações de saúde sejam orientadas e adaptadas às características locais, levando em consideração os determinantes sociais e as necessidades da população e a operacionalização dessa territorialização acontece por meio das Estratégias de Saúde da Família – ESF - (GONDIN, 2011).

No entendimento de Monken e Barcellos (2005), a territorialização das práticas de saúde permite uma compreensão mais aprofundada dos problemas de saúde locais. Isso ocorre ao identificar objetos geográficos (como estradas, rios e estruturas urbanas) e suas utilizações pela população. Essas práticas territoriais ajudam a entender as vulnerabilidades de saúde e a planejar intervenções mais eficazes.

Para a constituição de uma base organizativa dos processos de trabalho nos sistemas locais de saúde em direção a essa nova prática, importante o reconhecimento dos territórios e seus contextos de uso, uma vez que estes materializam diferentemente as interações humanas, os problemas de saúde e as ações sustentadas na intersetorialidade (MONKEN, BARCELLOS, 2005).

Além da dimensão geográfica do território, é importante também destacar a dimensão simbólica e vivida do território. Milton Santos foi um dos primeiros geógrafos brasileiros a considerar a importância que essa “percepção” do indivíduo sobre o ambiente ao seu redor influencia na forma como ele desenvolve as suas relações. Na visão de Santos (2002) o espaço

vivido é muito mais do que um simples lugar físico. Ele é o resultado da interação entre as pessoas e o meio ambiente, e está em constante transformação. Ao compreender o espaço vivido, podemos agir de forma mais consciente e crítica sobre o mundo que nos cerca.

Ainda considerando essa dimensão simbólica do território destaca-se o conceito de territorialidade. A territorialidade pode ser entendida como um conceito multifacetado que vai além da simples posse ou controle físico de um espaço, incluindo também dimensões simbólicas e identitárias, onde pessoas e grupos não apenas ocupam territórios, mas também lhes atribuem significados específicos, reforçando laços de pertencimento e identidade. Está intimamente ligada às práticas de controle de influência, manifestando-se em várias escalas e é também dinâmica e mutável (HAESBAERT, 2007).

A territorialidade pode ser considerada como as vivências e experiências do indivíduo, ou seja, aproxima-se do conceito de “percepção”. Além disso, envolve elementos como identidade, pertencimento e relações sociais, sendo um espaço vivido e praticado que se transforma constantemente conforme a interação entre sociedade, espaço e tempo. A territorialidade na saúde está conectada à percepção, pois envolve o reconhecimento e a compreensão das particularidades do ambiente e da população de um território específico (OUVERNEY et al., 2019).

O desenvolvimento humano para Marangoni et al. (2020) é um processo contínuo e interativo, no qual a percepção, mediada pelos estímulos do ambiente, atua como um filtro por meio do qual o indivíduo experiencia e interpreta o mundo, construindo assim sua própria realidade. Consideram necessário compreender a diferença entre estímulos e percepção. Os estímulos são os elementos externos que interagem com nossos sentidos, podendo ser sons, imagens, toques, cheiros ou sabores. A percepção, por sua vez, é a forma como nosso cérebro processa e interpreta esses estímulos, atribuindo-lhes um significado e construindo nossa experiência do mundo.

Nas neurociências, a percepção é compreendida como um processo ativo, onde o cérebro interpreta e modifica as informações sensoriais, sendo influenciado por fatores biológicos, históricos e culturais. Esse campo entende a percepção como um processo intrincado, que envolve não apenas os sentidos, mas também a memória e a cognição, destacando a constância perceptual, que é a capacidade de reconhecer um objeto como ele em diferentes condições. No século XX, a fenomenologia e a teoria da Gestalt trouxeram novas perspectivas destacando que a percepção é uma experiência unificada, não meramente uma

soma de sensações isoladas. A teoria da Gestalt, em particular, propõe que percebemos o mundo como estruturas totais e significativas, indicando que existem mecanismos adicionais além da simples análise sensorial que contribuem para a percepção (OLIVEIRA; MOURÃO-JÚNIOR, 2013).

A percepção pode ser compreendida como o ato central pelo qual a consciência capta um objeto específico, utilizando as sensações como meio. A percepção está conectada à postura corporal. Na visão fenomenológica, o corpo é o meio pelo qual se apreende o significado ou os significados, constituindo uma expressão criativa moldada pelas diversas perspectivas sobre o mundo (NÓBREGA, 2008).

Além disso, a percepção pode ser entendida como um fenômeno complexo que resulta de uma série de processos psicológicos humanos, envolvendo sensações armazenadas na memória, associações e comparações. Possui um caráter de exterioridade e, assim, as reações mentais que ocorrem não são causadas apenas pela simples visão do objeto externo. Outrossim, a percepção incorpora as experiências internalizadas pelo ser humano ao longo de sua vida, sejam elas formais ou informais (OLIVEIRA, MOURÃO-JÚNIOR, 2013).

Os estímulos são elementos que desencadeiam respostas ou reações em um organismo, variando tanto em tipo quanto em intensidade. Exemplos de estímulos incluem os auditivos, visuais, táteis, olfativos e gustativos, conhecidos como estímulos sensoriais. As sensações que experimentamos são resultado desses estímulos. A Psicofísica é o campo de estudo que se dedica a analisar esses estímulos físicos e sua intensidade, além de explorar a percepção humana. A percepção, por sua vez, é a interpretação desses estímulos, permitindo ao indivíduo compreender o que está sendo apresentado e reconhecer eventos ao seu redor. A percepção, então, pode ser entendida por meio dos conceitos de processamento descendente e ascendente. O processamento descendente é influenciado por conhecimentos prévios, experiências, expectativas e motivações. Por exemplo, quando encontramos uma palavra ambígua, usamos nosso conhecimento do idioma e o contexto para decifrar seu significado. Já o processamento ascendente envolve o reconhecimento e análise de componentes individuais de um estímulo para formar a percepção do conjunto (FELDMAN, MARANGONI et al., 2021).

A percepção dos gestores público pode indicar uma tensão entre a garantia do direito individual à saúde e a sustentabilidade do sistema público. Enquanto ações pontuais (como defesas jurídicas robustas) são necessárias, a solução estrutural depende de maior integração entre os Poderes, revisão de critérios de incorporação tecnológica e investimento em educação

permanente para profissionais e usuários do SUS. A judicialização da saúde, quando não resulta de falhas da gestão, expõe limitações do modelo de financiamento e organização do sistema de saúde brasileiro. A percepção ampliada do território é essencial para a organização de ações integradas, vigilância em saúde, planejamento de recursos e construção de estratégias eficazes para a promoção, prevenção e recuperação da saúde.

A relação entre territorialidade, percepção dos gestores municipais de saúde e judicialização da saúde é atravessada por desafios operacionais e estratégicos que impactam diretamente a governança e a equidade no SUS. Autores como Haesbaert (2007) e Santos (2009) têm contribuído para a compreensão da territorialidade como um elemento fundamental na organização do Sistema Único de Saúde (SUS). Na perspectiva de Haesbaert (2007) território é considerado uma construção social marcada por múltiplas territorialidades, que coexistem e se sobrepõem, evidenciando disputas de poder, uso e controle dos espaços. Santos (2009), por sua vez, destaca que o território não se reduz à dimensão geográfica, mas deve ser entendido como um espaço vivido, atravessado por relações sociais e institucionais.

Essa concepção de território é detalhada por Monken et al. (2008), ao propor a compreensão do território da saúde como uma unidade de gestão e planejamento do SUS. Para os autores, os limites desse território não são definidos apenas por critérios administrativos ou geográficos, mas, sobretudo, pela articulação entre os diferentes níveis de atenção à saúde e pelas necessidades reais das populações que ali vivem. Ao adotar essa abordagem, o planejamento em saúde passa a considerar fatores epidemiológicos, sociais e culturais específicos de cada localidade, favorecendo a integração entre as ações e o fortalecimento da atenção primária. Dessa forma, o conceito de território se torna um instrumento estratégico para a organização dos serviços, permitindo que as políticas de saúde respondam de maneira mais efetiva às demandas locais e promovam maior equidade no acesso aos cuidados.

Entende-se, que a percepção dos gestores municipais sobre o território em que atuam adquire relevância na medida em que influencia a formulação de políticas públicas e a priorização de ações em saúde. Faria (2020) afirma que o SUS foi concebido a partir de um projeto territorializado e descentralizado, estruturado por redes regionalizadas que buscam garantir a universalidade, a equidade e a integralidade do cuidado. A compreensão dos gestores sobre essas dinâmicas territoriais pode impactar diretamente sua capacidade de planejar e articular serviços de forma resolutiva e eficiente.

Para Faria, (2020) e Monken et al. (2008) detecta-se deficiências na compreensão do território, associadas à escassez de recursos, à fragmentação da rede de atenção e à fragilidade das pactuações interfederativas. Essas limitações podem dificultar o acesso equitativo e oportuno aos serviços, levando os cidadãos a recorrerem ao Judiciário como alternativa para garantir seus direitos, o que, por sua vez, impacta negativamente a gestão e a sustentabilidade do sistema de saúde. Nesse sentido, o fortalecimento da dimensão territorial na gestão do SUS é apontado como uma estratégia relevante para reduzir a judicialização da saúde e promover respostas mais adequadas às demandas específicas de cada localidade.

Portanto, a territorialidade na saúde será concretizada quando houver uma percepção atenta e sensível dos profissionais e gestores sobre o território, suas singularidades e necessidades, permitindo um cuidado mais humanizado, equitativo e eficiente.

2.3.2 Gestão em saúde: desafios enfrentados pelos gestores públicos na atualidade

No Brasil, a organização da saúde é estruturada em regiões, com o objetivo de garantir que todos tenham acesso aos serviços de saúde de forma mais justa. Essa divisão regional, definida por leis e pactos, busca integrar os serviços de saúde e adaptá-los às necessidades específicas de cada região. Para isso, são realizadas reuniões entre gestores municipais e estaduais (CIRs) para discutir e definir os serviços que serão oferecidos. Essa organização depende da colaboração dos governos federal, estadual e municipal para o planejamento e financiamento dos serviços de saúde. No entanto, o sistema ainda enfrenta desafios como a falta de recursos financeiros, a dificuldade de acesso a alguns serviços especializados em determinadas regiões e a necessidade de depender de recursos extras para atender às demandas da população (SHIMIZU et al., 2021).

Os gestores municipais de saúde necessitam desempenhar múltiplas funções que abrangem desde o planejamento estratégico até a coordenação de pessoas e recursos. É responsabilidade do gestor realizar o planejamento e organização de ações e projetos, definindo metas e estratégias que visem à melhoria contínua dos serviços prestados à população. Uma das funções mais importantes do gestor é o gerenciamento de recursos, o que inclui a administração dos recursos financeiros, humanos e materiais. Para isso, o gestor deve garantir que esses recursos sejam aplicados de maneira eficiente e direcionados às áreas prioritárias, de acordo com as necessidades dos serviços de saúde. Além disso, o gestor em saúde atua na gestão de pessoas, função que envolve a coordenação, motivação e desenvolvimento das equipes de trabalho (PESSOA et al., 2020).

Na perspectiva de Pessoa et al. (2020) o gestor de saúde enfrenta várias dificuldades que impactam diretamente a qualidade e eficiência do sistema. Os gestores apontam que a falta de recursos financeiros é uma das maiores barreiras para implementar uma gestão de saúde eficaz, e este déficit prejudica o financiamento de programas de saúde, manutenção de infraestrutura e aquisição de insumos essenciais. Além disso, a burocracia excessiva dificultando a agilidade dos processos e a falta de continuidade administrativa também se destacam em meio a essas dificuldades.

A judicialização da saúde impõe desafios à gestão dos serviços de saúde. A constante pressão judicial para a garantia de tratamentos específicos, muitas vezes de alto custo, exige dos gestores a difícil tarefa de equilibrar as demandas individuais com a necessidade de garantir o acesso universal e equitativo aos serviços de saúde. Essa situação pode comprometer o planejamento e a organização dos serviços, além de gerar insegurança jurídica para os gestores (ALCÂNTARA, 2012; NOVAES, 2012).

O impacto da judicialização da saúde na gestão pública é complexo e abrangente, afetando desde a alocação de recursos financeiros até o planejamento e execução das políticas de saúde. Quando o Poder Judiciário determina que o Estado forneça medicamentos ou tratamentos específicos, independentemente das políticas e recursos já alocados, essa decisão pode desequilibrar o orçamento da saúde pública, que não está preparado para atender todas as demandas de maneira imediata e individualizada. Esse fenômeno expõe a fragilidade das políticas públicas em fornecer acesso uniforme a medicamentos e tratamentos, especialmente para doenças crônicas como diabetes, hipertensão, câncer e artrite reumatoide. O Sistema Único de Saúde (SUS) é obrigado a cobrir uma grande quantidade de despesas não planejadas, o que pode resultar na redução dos recursos disponíveis para outros serviços essenciais, como consultas, exames e internações. Isso afeta principalmente a Atenção Primária à Saúde, que é fundamental para o acompanhamento contínuo e preventivo dos pacientes, e que já possui programas específicos para várias dessas doenças (LEITÃO et al., 2014).

As dificuldades enfrentadas pelos gestores diante da judicialização da saúde incluem vários impactos financeiros e operacionais. A intervenção do Poder Judiciário, especialmente em demandas de saúde pública, como o fornecimento de medicamentos, obriga gestores a reestruturar o orçamento municipal e a priorizar recursos para atender às decisões judiciais, o que pode comprometer outras áreas da saúde pública planejadas democraticamente. Essas intervenções podem resultar em descontinuidade de políticas de saúde coletiva, favorecendo atendimentos específicos em detrimento de ações de saúde mais abrangentes. Isso ocorre

porque a judicialização da saúde, ao atender demandas individuais, muitas vezes beneficia apenas aqueles que acionam a Justiça, criando uma desigualdade no acesso aos recursos públicos e exacerbando as disparidades sociais. Além disso, o aumento das ações judiciais acarreta um aumento nos custos com medicamentos e materiais médicos, impactando o orçamento dos órgãos responsáveis, e demandando dos gestores uma constante adaptação para manter o equilíbrio entre atender às decisões judiciais e assegurar a execução de políticas públicas essenciais para a coletividade (OLIVEIRA, 2016).

A relação entre o direito constitucional e a adequação às políticas sociais e econômicas representa um grande obstáculo para os administradores. No entanto, o princípio da reserva do possível, originário do direito alemão, é usado como argumento de que a realização de um direito depende da disponibilidade de recursos orçamentários e financeiros, termos que não são sinônimos na administração pública. A ligação entre os direitos humanos e o poder de tributar dá origem ao conceito de mínimo existencial, aplicável a todos que estão abaixo do nível de capacidade de contribuir. Essa lógica argumenta que, em relação à proteção à saúde no SUS como um direito universal, pode haver uma extrapolação do mínimo existencial ao permitir seu uso inclusive por pessoas economicamente privilegiadas (CARVALHO, 2021).

Com a organização do SUS de forma descentralizada, o papel do município nas políticas de saúde ganha destaque, adquirindo importância e responsabilidade. O município torna-se o principal responsável pela execução das ações de saúde, levando em conta a capacidade da governança local para identificar as necessidades de saúde mais relevantes, nas quais deve concentrar esforços e ações. Nesse cenário, os gestores municipais de saúde se tornam peças-chave no processo de tomada de decisão e na organização de práticas e processos de trabalho, visando à efetiva consolidação do SUS no dia a dia da população (CAÇADOR et al., 2021).

Os gestores municipais de saúde exercem funções fundamentais no enfrentamento da judicialização da saúde, atuando de maneira estratégica na formulação de políticas públicas, na organização administrativa e na articulação com o sistema judiciário. Essas atribuições são destacadas como essenciais para mitigar os impactos da judicialização sobre o Sistema Único de Saúde (SUS) e promover um modelo de atenção mais eficiente e equitativo.

De acordo com Alcântara (2012), uma das principais frentes de atuação dos gestores consiste no aprimoramento das políticas públicas. A autora destaca que falhas estruturais e omissões administrativas figuram entre os principais fatores que levam os cidadãos a recorrer

ao Judiciário para garantir o acesso a serviços e insumos de saúde. Nesse sentido, políticas públicas robustas e bem implementadas têm potencial para reduzir a judicialização da saúde, uma vez que preenchem lacunas que, de outra forma, gerariam litígios.

Além disso, Leitão et al. (2014) argumentam a necessidade de transparência administrativa na gestão da saúde, sobretudo na justificativa de negativas de fornecimento de tratamentos ou medicamentos. Argumenta-se que decisões administrativas fundamentadas em critérios técnicos, respaldadas por protocolos clínicos e jurisprudência consolidada, como a do Supremo Tribunal Federal, contribuem para reduzir o volume de demandas judiciais.

Uma questão frequente na literatura refere-se à necessidade de atualização periódica das listas de medicamentos do SUS. No entendimento de Caçador et al. (2021) a atualização regular das listas de medicamentos do SUS é uma estratégia fundamental para garantir que as políticas estejam em sintonia com as necessidades epidemiológicas da população e os avanços científicos. Necessita ser pactuada em instâncias como as Comissões Intergestores Bipartite (CIBs) e os Conselhos Municipais de Saúde é essencial.

O Supremo Tribunal Federal (STF) concluiu no fim de 2024 a definição de diretrizes para a concessão judicial de medicamentos que, embora registrados na Anvisa, ainda não tenham sido incorporados ao SUS, independentemente do valor. Como regra geral, o fornecimento judicial desses medicamentos só poderá ocorrer em caráter excepcional. Para isso, o autor da ação deverá demonstrar que não possui condições financeiras para adquiri-los, que não existe alternativa terapêutica disponível nas listas do SUS (Rename, Resme e Remune), que há evidências científicas que comprovem sua eficácia e que o medicamento é indispensável para o tratamento (BRASIL, 2024).

Segundo o STF (2024), caso esses critérios sejam atendidos, o Judiciário, ao autorizar o fornecimento do medicamento, deverá comunicar os órgãos competentes para que avaliem a viabilidade de sua inclusão no SUS. A fundamentação da decisão se apoia em três premissas: a limitação dos recursos públicos e a busca pela eficiência nas políticas de saúde, a necessidade de garantir igualdade no acesso ao sistema e o respeito ao conhecimento técnico especializado e à medicina baseada em evidências. Os ministros ressaltaram que os recursos disponíveis são finitos e que o uso indiscriminado de decisões judiciais para obtenção de medicamentos pode desestabilizar o sistema de saúde. Ainda que essas decisões beneficiem casos individuais, elas podem prejudicar a coletividade que depende exclusivamente dos serviços públicos. Assim,

torna-se essencial a adoção de critérios técnicos e universais, com base científica, para decisões sobre o fornecimento de medicamentos.

A utilização dos Núcleos de Apoio Técnico ao Poder Judiciário (NAT-Jus) também é apontada como uma estratégia relevante para qualificar tecnicamente as decisões judiciais. Segundo Silva, Teixeira e Andrade (2023), os NAT-Jus oferecem subsídios baseados em evidências científicas, contribuindo para a racionalização das decisões judiciais relacionadas à saúde. Estudo de Calixto et al. (2022), realizado no município de Barreiras-BA, reforça esse argumento ao indicar que, apesar do potencial da ferramenta, sua utilização ainda é limitada em diversas regiões, o que sugere a necessidade de sua ampliação e integração ao cotidiano da gestão pública.

Em relação à coordenação interfederativa, Shimizu et al. (2013) destacam que a articulação entre os entes federativos é imprescindível para responder de forma eficiente às demandas judiciais, evitando sobrecargas em determinados níveis de gestão e promovendo respostas coordenadas e integradas.

Portanto, fica evidente a importância da participação dos gestores em fóruns interinstitucionais, como o Fórum Nacional da Saúde, instituído pelo Conselho Nacional de Justiça (CNJ). Tais espaços têm sido valorizados como mecanismos de aproximação entre os campos jurídico e sanitário, fomentando o diálogo e o intercâmbio de saberes entre os diferentes atores envolvidos na garantia do direito à saúde (CONASS, 2015). Alcântara (2012) e Novaes (2012) ressaltam a necessidade de capacitação contínua dos gestores públicos para que desenvolvam competências jurídicas mínimas que lhes permitam dialogar com mais propriedade com o Poder Judiciário. Essa capacitação pode ser considerada como ferramenta de fortalecimento institucional e de empoderamento técnico da administração pública municipal.

Além disso, há destaque para a utilização de dados sobre judicialização da saúde como instrumento de gestão. Novaes (2012) observa que o mapeamento das demandas judiciais pode fornecer informações estratégicas sobre os principais gargalos e fragilidades do sistema local de saúde, possibilitando a reorientação das práticas administrativas. Nesse sentido, para Silva et al. (2023) estratégias como a implementação de sistemas de alerta precoce e a disponibilização de informações transparentes, como exemplificado pela plataforma “Saúde

sem Litígio” do STF, são consideradas relevantes para prevenir a judicialização e melhorar o planejamento.

Ao desempenhar essas funções, os gestores de saúde do SUS contribuem para a redução da judicialização da saúde, promovendo um sistema de saúde mais eficiente e equitativo, alinhado com os princípios constitucionais e as necessidades da população.

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

- Conhecer a percepção dos gestores de saúde do município de Governador Valadares/MG sobre o processo de judicialização da saúde.

3.2 Específicos

- Descrever os impactos financeiros no orçamento destinado à saúde com o cumprimento das decisões judiciais acatadas pelo poder municipal.
- Identificar os procedimentos e insumos de saúde que têm motivado a judicialização da saúde no município pesquisado

4 METODOLOGIA

Esse estudo é um recorte de um projeto denominado “JUDICIALIZAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE PÚBLICA DO IDOSO: causas, impacto das demandas e possibilidades de solução para um fenômeno contemporâneo”. Está institucionalizado na Diretoria de Pesquisa, Pós-graduação e Extensão da UNIVALE e vinculado ao Núcleo de Pesquisa Saúde/Indivíduo e Sociedade (SAIS).

4.1 Tipo de estudo e abordagem

Trata-se de uma pesquisa observacional, de caráter descritivo, que utiliza um delineamento transversal. Essa metodologia permite analisar a prevalência e a distribuição de características específicas em um grupo de indivíduos em um único ponto no tempo. O objetivo é compreender a situação atual da população em relação às variáveis de interesse e identificar possíveis associações entre elas (SAMPIERI; COLLADO; LUCIO, 2006).

Ao adotar uma perspectiva qualitativa, a pesquisa busca entender o comportamento humano a partir do ponto de vista dos indivíduos envolvidos. Através de técnicas como a observação natural, os pesquisadores buscam capturar a complexidade e a riqueza das experiências humanas, sem a imposição de categorias pré-definidas. Essa abordagem, caracterizada por sua natureza exploratória, descritiva, indutiva e holística, permite uma compreensão profunda do fenômeno estudado, embora os resultados obtidos não possam ser generalizados para toda a população (MINAYO, 2004).

4.2 Universo e local do estudo

Governador Valadares é um município brasileiro, localizado no interior do estado de Minas Gerais. Pertencente à microrregião de mesmo nome e à mesorregião do Vale do Rio Doce, localiza-se a nordeste da capital do estado, distando desta cerca de 320 quilômetros. Sua população estimada pelo IBGE em 2022 era de 257.171 habitantes, sendo assim o nono mais populoso do estado de Minas Gerais e o primeiro de sua mesorregião e microrregião. O total de 248.924 são residentes na área urbana e 10.389 na área rural (3,2% da população), correspondendo a uma densidade geográfica de 109,79 habitantes por Km². Dados demonstram que nesse município estima-se uma população idosa de 32.614 indivíduos, representando

12,68% da população (IBGE, 2022). Possui um Índice de Desenvolvimento Humano – IDH de 0,727 (BRASIL, 2010).

Quanto ao território e ambiente o município possui área territorial de 2.342,316 Km². Apresenta 92.8% de domicílios com esgotamento sanitário adequado, 77.6% de domicílios urbanos em vias públicas com arborização e 44.2% de domicílios urbanos em vias públicas com urbanização adequada (presença de bueiro, calçada, pavimentação e meio-fio) (IBGE, 2010).

4.3 Amostra

A amostra selecionada para o estudo foi composta por representantes do Executivo municipal: Secretário Municipal de Saúde, Diretora do Departamento de Atenção à Saúde (DAS) e Coordenadora da Atenção Básica a Saúde (ESF), que atuam no cargo há pelo menos seis meses.

4.4 Critérios de inclusão/exclusão

Foram incluídos na amostra os representantes do Executivo municipal que atuam no cargo há pelo menos seis meses (Secretário Municipal de Saúde, Diretora do Departamento de Atenção à Saúde (DAS) e Coordenadora da Atenção Básica a Saúde (ESF)).

4.5 Estudo piloto

Foi realizado com 04 docentes de uma Instituição de Ensino Superior, nas áreas de conhecimento da Saúde e do Direito. Foi observado os critérios de inclusão e exclusão. Porém os dados obtidos não serão considerados para o estudo principal. Marconi e Lakatos (2007) atribuem a importância na realização do estudo piloto à possibilidade que ele estabeleça a verificação da fidedignidade, validade e operacionalidade dos dados obtidos, além de fornecer uma estimativa sobre futuros resultados.

4.6 Aspectos éticos

Esta pesquisa foi submetida à Plataforma Brasil, obtendo aprovação com Número do Parecer: 2.333.816 (ANEXO A). Todos os participantes no momento da coleta de informações assinarão o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (ANEXO B).

4.7 Coleta de dados para a realização da pesquisa

Em um primeiro momento, foram identificados, a partir de informações na Prefeitura Municipal de Governador Valadares, o Secretário Municipal de Saúde, a Diretora do Departamento de Atenção à Saúde (DAS) e Coordenadora da Atenção Básica a Saúde (ESF). Posteriormente, o pesquisador realizou contato telefônico e agendou uma reunião visando detalhar os objetivos da pesquisa, a metodologia utilizada e concretizar o convite para participar do estudo.

Após aceite, foi agendado dia, horário e local adequado para realização da coleta, levando em consideração que a pesquisa não deveria interferir no funcionamento do processo de trabalho dos participantes. Foi assegurado o caráter confidencial das respostas e o direito de não identificação. Foi reforçado que a pesquisa possui caráter voluntário e que os todos participantes necessitavam assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Na obtenção dos dados de autopercepção da judicialização da saúde foi realizada entrevista semi-estruturada com 03 (três) representantes do Executivo municipal (ANEXO C). A técnica de entrevista atende principalmente a finalidades exploratórias, é utilizada para o detalhamento de questões e formulações mais precisas dos conceitos relacionados. Pretende-se neste estudo, obter o maior número possível de informações sobre o tema, segundo a visão dos entrevistados, com um maior detalhamento do assunto em questão.

Considera-se que a entrevista possa possibilitar a compreensão de especificidades culturais para o grupo e para os indivíduos. Em relação a sua estruturação, o entrevistador introduzirá o tema e o entrevistado terá liberdade para discorrer sobre o assunto. As questões colocadas serão respondidas dentro de uma conversação informal (MINAYO, 2014).

O termo percepção tem origem etimológica no latim *perceptio, ónis*, que significa compreensão; faculdade de perceber; ver (HOUAISS, 2002). A percepção, de acordo com Myers (2012) é um processo pelo qual ocorre a seleção, organização e interpretação de

estímulos, traduzindo-os em uma imagem significativa e coerente. Pode ser considerada a visão que se tem do mundo e está relacionada à atitude corpórea. Proposta pelo pensamento objetivo, fundado no empirismo e no intelectualismo, ocorre através da causalidade linear estímulo-resposta.

A percepção é um fenômeno complexo que resulta de um conjunto de processamentos psicológicos humanos que envolvem tanto as sensações presente na memória ou nas associações e comparações. Possui um juízo de exterioridade e, portanto, as reações mentais que se desencadeiam e se processam, não resultam apenas da mera visão do objeto exterior. Mais que isso, a percepção envolve também as experiências introjetadas pelo ser humano, ao longo de sua existência, seja formal ou informalmente (OLIVEIRA; MOURAO-JUNIOR, 2013).

O número estabelecido de entrevistas é considerado ideal, pois de acordo com Santos (1999) o tamanho da mostra não é fator determinante da significância do estudo qualitativo, que trabalha com amostras relativamente pequenas, intencionalmente selecionadas. No início da entrevista, o pesquisador utilizou um recurso denominado *rapport*, que significa o estabelecimento da aliança terapêutica ou aliança de trabalho e tem por objetivo abrir as portas para uma comunicação fluente e bem-sucedida. Pode ser considerada uma técnica poderosa das relações humanas e o principal ingrediente de todas as comunicações e mudanças. É a capacidade de criar aspectos comuns entre duas ou mais pessoas, gerando uma atmosfera de respeito e confiança (PINHEIRO, 2007).

Em todas as entrevistas manteve-se um caráter informal, a fim de que o entrevistado se sentisse à vontade para relatar suas impressões na área da saúde. Essas entrevistas foram transcritas imediatamente pela pesquisadora. Os entrevistados foram encaminhados para uma sala que apresente boa iluminação, ventilação adequada, cadeiras confortáveis, tranquilidade e silêncio procurando assegurar a privacidade dos participantes.

Para registro das respostas utilizou-se como recurso, um gravador digital. Com o consentimento do participante, a entrevista foi gravada visando ter o registro de todo o material fornecido, apresentando uma fidelidade quanto à fala deles e viabilizando o retorno ao material sempre que se fizesse necessário.

Todos os dados coletados serão arquivados por cinco anos no Núcleo de Pesquisa Saúde, Indivíduo e Sociedade (SAIS), localizado no bloco C2, da Universidade Vale do Rio Doce (UNIVALE).

4.8 Análise de dados

A partir dos dados coletados, foi realizada uma análise qualitativa desses dados focando nas respostas dos representantes do Executivo municipal. Os dados qualitativos foram analisados a partir das informações obtidas pelas gravações realizadas e transcritas, imediatamente, pelos pesquisadores. Para a apuração das falas foi utilizada a técnica de “Análise de Conteúdo”, proposta por Bardin (2011). Esta técnica é um processo sistemático de avaliação de mensagens, que objetiva a descrição do conteúdo e inferências de conhecimentos sobre a produção e recepção dessas mensagens. Tal processo seguiu os seguintes passos:

1. Os discursos coletados foram, inicialmente, transcritos mantendo-se a forma original de expressão dos respondentes;
2. Pré-análise, na qual foi realizada uma leitura flutuante, a partir da qual emergiram impressões e orientações, de forma a identificar as grandes categorias discursivas abordadas pelos respondentes;
3. Leituras exaustivas dos conteúdos, para a organização e sistematização dos conteúdos, que permitiram o agrupamento destes em grandes categorias;
4. Análises dos conteúdos das falas dos sujeitos, que foram reunidas por categorias, identificando unidades de significados, estabelecendo subcategorias e procedendo-se aos agrupamentos finais;
5. Análise e interpretação dos dados por subcategorias que possibilitem a descrição dos resultados e significados dos conteúdos que consolidam o tema pesquisado. As informações presentes nessas entrevistas foram agrupadas em categorias relativas a cada item, e as falas analisadas dentro de cada tema. Os textos não sofreram correções linguísticas, preservando o caráter espontâneo dos discursos.

Esses são pontos de partida para a análise, sejam elas verbais, figurativas, gestuais ou diretamente provocadas, e expressam um significado ou um sentido para os sujeitos respondentes (FRANCO, 2007). Com o objetivo preservar a identidade dos entrevistados, as falas serão numeradas, aleatoriamente, sem ligação desses números com identificação dos participantes (E 1, E 2 e E3).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise e discussão dos dados coletados nessa pesquisa apresenta uma perspectiva subjetiva. Incorpora elementos como sensação, percepção, concepção, emoção e pensamento à experiência humana. Esses dados refletem a forma como os indivíduos constroem sentido sobre suas vivências cotidianas. Por meio dela, cada pessoa interpreta e atribui significado às experiências diárias, influenciando não apenas sua compreensão do mundo, mas também suas interações e tomadas de decisão. Em todas as etapas da pesquisa, buscou-se valorizar as subjetividades dos respondentes e à consideração integral das informações obtidas.

A transcrição das respostas respeitou a expressão dos entrevistados, sem alterações linguísticas ou gramaticais. Da Análise de Conteúdo de Bardin emergiram as cinco temáticas, conforme a Tabela 1:

Tabela 1 – Apresentação das temáticas provenientes da Análise de Conteúdo de Bardin.

TEMÁTICA	DESCRIÇÃO DA TEMÁTICA
1	Compreensão da judicialização da saúde: um fenômeno multidimensional no direito
2	Fatores que acarretam a judicialização da saúde
3	Estratégias para evitar a judicialização da saúde: orientação para um sistema de justiça sustentável
4	Impactos da judicialização da saúde na arrecadação do município
5	Desafios para a efetivação das demandas judiciais decorrentes do SUS

Fonte: Dados da pesquisa.

TEMÁTICA 1 - Compreensão da judicialização da saúde: um fenômeno multidimensional no direito

Nessa temática buscou-se compreender a percepção dos gestores de saúde sobre o significado da judicialização da saúde. Esse fenômeno multidimensional representa uma crescente busca por soluções judiciais para problemas relacionados à saúde, como acesso a tratamentos e medicamentos, e suas consequências. Envolve aspectos jurídicos, sociais, econômicos e éticos.

A judicialização da saúde no Brasil pode ser compreendida como um fenômeno pelo qual cidadãos ou instituições recorrem ao Poder Judiciário para garantir o acesso a bens, serviços e políticas de saúde, sobretudo quando há omissão, falha ou negativa por parte do Estado em assegurar direitos estabelecidos constitucionalmente. Este processo reflete tanto a insuficiência do sistema público em atender plenamente às demandas da população quanto a crescente confiança na via judicial como meio de efetivar direitos sociais previstos na Constituição Federal de 1988 (CONASS, 2015).

Observou-se que os participantes compreendem a judicialização da saúde como um mecanismo por meio do qual os cidadãos recorrem ao Judiciário na tentativa de garantir um direito constitucional à saúde que, por algum motivo, não foi efetivado no âmbito administrativo. Relacionam a judicialização à falha no processo de trabalho:

“Então, judicialização pra mim significa o paciente, o usuário, o cidadão, buscar por algum direito que a ele não foi assegurado, por meio judicial. [...] talvez pelo processo de trabalho não ser rotina daquele serviço, ele busca por meio judiciário que aquilo seja garantido.” (E 1)

“A judicialização da saúde no aspecto do direito, né, mostra um meio para o qual o usuário [...] busca o judiciário para ter acesso a um determinado serviço. Quer seja exame, quer seja medicamentos, ou um determinado serviço na área de saúde.” (E 2)

Essas falas demonstram entendimento similar sobre a judicialização da saúde, ou seja, evidenciam domínio teórico dos pressupostos que fundamentam esse fenômeno no contexto brasileiro. Também estão alinhadas com as diretrizes da Constituição Federal de 1988, que, no artigo 196, afirma: a saúde é um direito de todos e dever do Estado.

Além disso, destaca-se que essa compreensão, compartilhada pelos gestores participantes da pesquisa, reforça a necessidade de que adotem posturas atentas e propositivas em relação ao território em que atuam. Entretanto, conforme destaca Sarlet (2014), embora o direito à saúde esteja consagrado constitucionalmente como um direito fundamental, sua efetivação universal e igualitária, ainda encontra obstáculos, o que justifica a crescente busca por sua concretização por meio do Poder Judiciário.

A relação entre a atuação territorial dos gestores e a judicialização da saúde apresenta-se como um eixo estratégico para a governança do SUS, com impactos diretos na eficácia das políticas públicas. A compreensão compartilhada entre gestores sobre essa dinâmica exige

abordagens integradas. De acordo com Torezani e Siena (2024) são necessárias abordagens integradoras considerando o território como espaço de diagnóstico e prevenção. Ou seja, realizar análise georreferenciada de demandas judiciais permitindo identificar padrões regionais de litigiosidade e estabelecer estratégias de implementação dos Núcleos de Apoio Técnico (NATs) como ferramentas para traduzir dados territoriais em subsídios para decisões judiciais, reduzindo conflitos por desinformação sobre a capacidade instalada local.

A judicialização da saúde, ou seja, o crescente número de ações judiciais buscando garantir o direito à saúde, possui uma relação com a territorialidade e as desigualdades existentes nas diferentes regiões do Brasil. Em áreas com menor investimento em saúde e infraestrutura, a judicialização pode ser mais intensa, pois os cidadãos buscam o Poder Judiciário como forma de garantir o acesso a serviços e medicamentos que não são fornecidos adequadamente pelo SUS (FREITAS; FONSECA; QUELUZ, 2020).

A territorialidade, nesse contexto, deve ser entendida como um conjunto de relações simbólicas, afetivas, sociais e políticas que os indivíduos e grupos estabelecem com o espaço em que vivem. Se expressa por meio do sentimento de pertencimento, da construção de identidades locais e das formas específicas de apropriação e uso do território (HAESBAERT, 2007). Na área da saúde, essas dimensões da territorialidade são fundamentais porque determinam como as populações se relacionam com os serviços ofertados, como acessam os cuidados e como percebem suas necessidades em saúde. Portanto, a territorialidade influencia diretamente o modo como as políticas públicas são concebidas, planejadas, implementadas e, principalmente, percebidas pela população (HAESBAERT, 2007; MONKEN; BARCELLOS, 2008; ANDRADE, 2023).

A incapacidade dos gestores municipais em compreender as múltiplas territorialidades pode acarretar riscos sistêmicos para a governança pública, com impactos diretos na efetividade das políticas — por exemplo, ao desconsiderar fatores culturais, sociais, econômicos ou simbólicos que atravessam o território —, sua atuação tende a reproduzir práticas genéricas e descontextualizadas. Nesses casos, as ações de saúde são formuladas com base em critérios administrativos ou epidemiológicos generalistas, sem levar em conta as especificidades da população local. Essa desconexão entre planejamento e realidade contribui para a fragmentação da rede de atenção, a ineficiência das respostas institucionais e a descontinuidade do cuidado. Como consequência, os cidadãos que se sentem desassistidos ou excluídos pelas vias

administrativas encontram na judicialização da saúde uma forma de reivindicar, individualmente, o que não foi assegurado coletivamente.

Um outro aspecto refletido pelos entrevistados foi a tensão existente entre o direito individual e o bem coletivo:

“[...] parto do princípio que o meu direito é mais importante que o direito do outro. [...] A judicialização tem que ser bem pensada para ela não prejudicar vários atores, várias vertentes.” (E 3)

Esse relato demonstra a dualidade entre o direito individual e o bem coletivo na judicialização da saúde. Embora o acesso individual seja legítimo, decisões judiciais que atendem casos isolados podem comprometer a equidade e o planejamento coletivo do SUS. Assim, é necessário buscar equilíbrio entre a proteção de direitos individuais e a sustentabilidade do sistema, garantindo justiça sem prejudicar o interesse coletivo.

Essa tensão também pode ser identificada no estudo desenvolvido por Alves et al. (2025) ao consideram que, a judicialização da saúde pode inviabilizar o cumprimento de políticas públicas destinadas ao conjunto da população. A priorização de demandas individuais, ainda que juridicamente fundamentada, pode gerar desequilíbrios na alocação de recursos e dificultar a execução de ações planejadas para atender às necessidades da população como um todo. Essa lógica contribui para a fragmentação do sistema e compromete princípios como a equidade e a integralidade do SUS.

A gestão municipal, na perspectiva de Vilela et al. (2018), está diretamente envolvida com a operacionalização das políticas públicas de saúde e deve enfrentar as implicações da judicialização da saúde tanto no planejamento quanto na execução de suas ações. Portanto, segundo Vasconcelos (2021) a atuação de gestores não pode prescindir de um entendimento aprofundado do fenômeno judicial que vem se tornando progressivamente mais frequente na rotina das secretarias municipais.

A saúde pública no Brasil é historicamente construída a partir de uma base territorial, para garantir que a diversidade e as necessidades específicas de cada população sejam contempladas, promovendo acesso, equidade e eficiência na gestão do sistema de saúde. Para Monken et al. (2008) e Haesbaert (2007), o território da saúde deve ser compreendido não apenas como uma delimitação geográfica ou administrativa, mas como um espaço vivido,

atravessado por relações de poder, identidades, fluxos e disputas por acesso e controle de recursos.

. O território da saúde é um conceito fundamental para a organização e o funcionamento do SUS, e a territorialização considerada um instrumento essencial para garantir o direito à saúde de forma universal e igualitária. Ao planejar as ações e serviços de saúde no território, é possível atender às necessidades específicas de cada região e população, promovendo a saúde e o bem-estar de todos (ANDRADE et al., 2021).

Portanto, a relação entre o território da saúde e a judicialização da saúde no Brasil pode ser considerada complexa e reflete tensões entre a organização descentralizada do Sistema Único de Saúde (SUS) e as demandas individuais por acesso a tratamentos e medicamentos. No entendimento de Torezani e Siena (2024) há um paradoxo nessa relação. Enquanto a territorialização visa equidade e planejamento coletivo, a judicialização da saúde prioriza direitos individuais, muitas vezes às custas da sustentabilidade do sistema. Para mitigar conflitos, é essencial fortalecer mecanismos de mediação técnica, integrar dados territoriais às decisões judiciais e ampliar o diálogo entre gestores e operadores do direito.

Nesse contexto, a judicialização da saúde pode interferir diretamente na dinâmica territorial ao deslocar a autoridade decisória dos gestores locais para o Judiciário, que muitas vezes atua sem considerar as especificidades epidemiológicas, sociais e estruturais de cada território. Tal movimento impacta a governança regional da saúde, desestabilizando os pactos intersetoriais e redesenhando, de forma exógena, as prioridades e a lógica de distribuição de recursos. Assim, a atuação judicial tende a enfraquecer o planejamento ascendente e participativo previsto nas diretrizes do SUS, comprometendo a coerência das políticas públicas com a realidade dos territórios.

As falas deixam compreensível que os gestores entrevistados demonstram uma compreensão e visão crítica em relação a judicialização da saúde. Reconhecem esse fenômeno tanto como um mecanismo legítimo de garantia de direitos, bem como um desafio concreto para a promoção da equidade, a governabilidade e ao planejamento eficiente na gestão em saúde pública.

TEMÁTICA 2 – Fatores que acarretam a judicialização da Saúde

Esta temática aborda o entendimento dos gestores municipais em relação aos principais fatores que contribuem para a ocorrência da judicialização da saúde. Compreendem que o fenômeno envolve desde deficiências estruturais do próprio sistema de saúde até a atuação do Poder Judiciário, bem como a carência de diretrizes normativas definidas.

Embora seja um mecanismo legítimo para garantir direitos, a judicialização da saúde na visão de Bezerra et al. (2023) acarreta desafios para a gestão pública, como a imprevisibilidade de gastos, a realocação de recursos e a sobrecarga do sistema judiciário. Além disso, pode gerar desequilíbrios na distribuição de recursos e favorecer quem tem maior acesso à informação e à Justiça, ampliando desigualdades

Identificou-se na fala do entrevistado que a judicialização da saúde ocorre, muitas vezes, porque os serviços de saúde não conseguem incorporar e atender todas as demandas dos usuários devido a uma combinação de fatores estruturais e organizacionais:

“Olha, eu acho que vai nesse princípio que eu falei, a questão que muitas vezes o serviço, no caso a secretaria, não conseguir assegurar todos os direitos, até porque quando a gente vai falar da lei, ela é muito ampla, e aí de fato a gente não consegue abraçar todas as possibilidades pensando no quanto nosso território pode ser múltiplo [...] a gente nunca vai conseguir incorporar todas as demandas que todos os usuários vão apresentar [...]. (E 1)

Essa fala indica que a judicialização da saúde, provavelmente, está relacionada com a incapacidade dos serviços municipais de saúde em absorver a totalidade das demandas apresentadas pelos usuários. É possível evidenciar essa limitação ao destacar que, diante da complexidade e da abrangência das normativas que regem o SUS, nem sempre é viável garantir a efetivação de todos os direitos previstos, sobretudo em territórios caracterizados por múltiplas realidades sociais e profundas desigualdades.

Esta constatação dialoga com Barboza et al. (2020), ao indicarem que o arcabouço legal do SUS é extenso e ambicioso, mas esbarra em desafios operacionais para sua concretização em nível local. Da mesma forma, Leite e Bastos (2018) destacam que esse descompasso entre norma e prática frequentemente contribui para a judicialização da saúde. Pois, a relação entre o recurso ao Judiciário e as falhas na via administrativa configura-se como um sintoma de

disfunções sistêmicas no acesso a direitos, demandando aprimoramento tanto na formulação jurídica quanto na análise socioterritorial.

Além disso, o reconhecimento da diversidade territorial reforça o entendimento de Faria (2020) sobre o conceito de “territorialização da atenção básica”. Considera que a gestão em saúde deve ser fundamentada no conhecimento aprofundado da população e de suas necessidades específicas, priorizando estratégias que considerem as particularidades de cada território. Essa abordagem evita soluções generalistas e fragmentadas, que frequentemente não respondem de maneira eficaz às demandas reais dos diferentes grupos populacionais.

O desafio da judicialização da saúde segundo Lucietti Filho (2023) exige o fortalecimento do SUS, aprimoramento da gestão, atualização de protocolos, maior diálogo entre Judiciário e Executivo e investimentos em políticas públicas que promovam o acesso equitativo e a qualidade da atenção à saúde. Somente com ações integradas será possível reduzir a necessidade de recorrer à Justiça para garantir o direito fundamental à saúde no Brasil.

Ao afirmar que “nosso território pode ser múltiplo”, o entrevistado expressa a percepção de que a diversidade social e geográfica de Governador Valadares impõe desafios à efetivação plena do direito à saúde no contexto municipal. Essa percepção revela a dificuldade dos gestores em atender a todas as demandas dos usuários, sobretudo em um sistema como o SUS, cuja amplitude normativa nem sempre é acompanhada por recursos e estruturas suficientes. Essa reflexão dialoga com Haesbaert (2007) e Santos (2009), que definem o território como um espaço vivido, dinâmico e socialmente construído, caracterizado por múltiplas territorialidades e desigualdades, que impactam diretamente a organização e a prestação dos serviços de saúde.

Nesse sentido, a judicialização da saúde surge como um reflexo da ausência de ações territorialmente sensíveis e efetivas. A fala revela que o gestor, mesmo reconhecendo a pluralidade de realidades sociais, culturais e territoriais em que os profissionais atuam, é fundamental considerar as especificidades de cada contexto para promover práticas mais inclusivas, eficazes e sensíveis às diferenças presentes na população atendida.

Na compreensão de Monken et al. (2008), a territorialização das ações em saúde deve se fundamentar no conhecimento das necessidades concretas da população e na articulação entre os diferentes níveis de atenção. Esse processo permite identificar as especificidades sociais, culturais, demográficas e ambientais de cada território, favorecendo um planejamento

integrado, participativo e orientado pela realidade local. Ao promover a integração entre equipes multiprofissionais e setores diversos, a territorialização contribui para a superação da fragmentação dos serviços, potencializando respostas mais eficazes e equitativas aos problemas de saúde e fortalecendo a organização do SUS a partir das demandas reais da comunidade.

Outro aspecto evidenciado em uma fala do gestor refere-se aos obstáculos técnico-institucional que contribuem para o agravamento do fenômeno da judicialização da saúde:

“Na minha opinião eu diria que falta um entendimento maior principalmente nas questões das prescrições, do próprio judiciário no que deve ser direcionado e para onde deve ser direcionado cada situação da saúde. Por quê? A constituição diz que a saúde é dever do estado, bom, com base na constituição e diante da solidariedade que a gente diz né, no direito, nesse caso é responsabilidade é solidária, qualquer ente da federação, por responder pela saúde, então, quer ser a união, quer seja o estado de Minas, no nosso caso, ou quer seja o município. [...] É, mas uma das coisas, uma das barreiras que a gente encontra, muitas vezes por falta de normatização, ou entendimento do profissional que está lá na porta, [...] há um descompasso em relação as questões de atualização daquelas medicações da lista do RENAME.” (E 2)

Esse relato indica a falta de entendimento técnico-jurídico por parte dos profissionais da saúde e dos próprios operadores do direito, além da ausência de atualizações em protocolos clínicos e listas de medicamentos, como a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME). Esta insuficiência de compreensão técnico-jurídica contribui para o agravamento da judicialização da saúde, pois revela a fragilidade na articulação entre os campos técnico, jurídico e administrativo.

Segundo Marques et al. (2019) a ausência de embasamento técnico-científico nas decisões judiciais compromete a racionalidade do sistema e pode gerar distorções na alocação de recursos. Nesse contexto, o CNJ (2015) propôs iniciativas como os Núcleos de Apoio Técnico (NAT-Jus), com o objetivo de qualificar a atuação do Judiciário por meio de pareceres fundamentados em evidências.

Ainda que tenham ocorrido avanços institucionais, permanece a necessidade de contínuo aprimoramento e de uma atuação interdisciplinar. No entendimento de Leite e Bastos (2018) a ocorrência da desatualização de protocolos e a indefinição de critérios técnicos favorecem interpretações subjetivas e decisões judiciais desalinhadas com as diretrizes do SUS.

Soma-se a isso o desequilíbrio federativo, em que os municípios, frequentemente desprovidos de capacidade orçamentária e técnica, acabam sendo os principais impactados pelas ordens judiciais. Outros fatores são apontados por Vasconcelos (2021) como a ausência de mecanismos de cooperação interinstitucional, aliada à sobrecarga dos gestores locais. Essas limitações podem comprometer a articulação de respostas coordenadas às demandas judiciais.

Os entrevistados destacaram que a ausência de normativas claras, bem como a falta de capacitação dos profissionais que atuam “na porta de entrada” do sistema, contribuem para o agravamento do problema. Esse dado é confirmado por Pessoa et al. (2020), ao evidenciarem que a desorganização dos fluxos assistenciais, associada à fragilidade nos processos de informação e comunicação com os usuários, constitui um fator determinante para o aumento das demandas judiciais.

A ausência de normatizações claras e de capacitação técnica, apontada na fala do gestor, reflete um território fragilizado em sua capacidade de resposta — tanto no campo da saúde quanto no jurídico-administrativo. Esse vazio normativo e formativo, no entendimento de Monken et al. (2008), compromete a função do território como unidade de gestão e planejamento, dificultando a construção de respostas integradas e efetivas às necessidades locais. Ao promover a integração entre equipes multiprofissionais e setores diversos, a territorialização contribui para a superação da fragmentação dos serviços, potencializando respostas mais eficazes e equitativas aos problemas de saúde e fortalecendo a organização do SUS a partir das demandas reais da comunidade.

Portanto, o território, quando não estruturado institucionalmente e desprovido de mecanismos interinstitucionais de apoio, torna-se vulnerável à judicialização, já que os gestores locais são sobrecarregados por decisões judiciais muitas vezes tomadas sem considerar a realidade do espaço onde serão implementadas. A judicialização da saúde, nesse caso, evidencia não apenas a tensão entre direito e gestão, mas também o distanciamento entre a formulação das políticas públicas e a vivência concreta dos territórios, que clamam por maior articulação, clareza normativa e suporte técnico para atuar de forma autônoma e eficaz. Diante desse cenário, evidencia-se a necessidade de fortalecer a governança interfederativa e investir na formação contínua de profissionais da saúde e do direito, visando à qualificação das decisões e à efetivação do direito à saúde com base em critérios de equidade e sustentabilidade.

Observou-se no relato do gestor que a judicialização da saúde pode ocasionar um comprometimento dos orçamentos institucionais e a necessidade de reestruturação dos fluxos de gestão para mitigar os efeitos financeiros e administrativos decorrentes desse fenômeno:

“Primeiro você pode pensar em um desequilíbrio financeiro. Nós estamos falando de uma empresa. Ninguém vive sem recursos financeiros. [...] Se eu desequilibrar financeiramente porque eu ofereci demais para um determinado segmento, aquela empresa vai... a tendência é falir. Mas quando você institui protocolos, diretrizes baseado em evidências, em evidências não só clínicas, em evidências técnicas de que aquilo vai melhorar a vida do paciente tudo bem, não tem problema.” (E 3)

Essa fala evidencia o entendimento de que a judicialização da saúde pode comprometer a sustentabilidade financeira dos serviços de saúde. Essa situação expõe a necessidade de aprimoramento da eficiência administrativa municipal paralelamente ao debate sobre limites da intervenção judicial. Na visão de Wang et al. (2014), Leite e Bastos (2018) o cumprimento de decisões judiciais extraordinárias às diretrizes do SUS implica em impacto orçamentário direto, demandando realocação compulsória de recursos originalmente alocados em áreas prioritárias da atenção à saúde, comprometendo a integralidade das políticas públicas setoriais.

O debate sobre judicialização da saúde e território observado na fala do gestor pode indicar o comprometimento da sustentabilidade financeira do sistema de saúde em decorrência de decisões judiciais que desconsideram a lógica de planejamento e alocação racional de recursos. Ao comparar o serviço público de saúde com uma “empresa” que depende de equilíbrio financeiro, o gestor explicita que decisões pontuais, mesmo quando bem-intencionadas, podem fragilizar a estrutura global de atenção à saúde — sobretudo quando não estão fundamentadas em diretrizes técnicas e evidências clínicas.

Essa perspectiva dialoga com o entendimento de território como espaço de gestão de políticas públicas, que requer não apenas conhecimento das singularidades locais, mas também instrumentalização técnica e financeira adequada para a implementação de ações planejadas. Nesse sentido, Santos (2009) e Andrade et al. (2021) consideram que o território deve ser compreendido como espaço de articulação entre normas institucionais e realidades vividas, onde as decisões precisam considerar tanto a diversidade social quanto a viabilidade operacional e orçamentária dos entes locais.

Diferentemente das análises anteriores que focaram na desorganização dos fluxos e na fragilidade normativa, essa fala destaca o território como espaço tensionado pelas escolhas orçamentárias forçadas. A crítica de Faria (2020) à judicialização da saúde desconecta do planejamento territorial revela um paradoxo sistêmico. Enquanto o Judiciário busca garantir direitos individuais, algumas decisões desalinhadas com prioridades locais podem desestruturar políticas coletivas. Além de acarretar um desequilíbrio financeiro e descontinuidade das ações básicas de saúde. Visando minimizar esse obstáculo, Monken et al. (2008) propõem uma solução que consiste em hibridizar saberes - combinar a força normativa do Judiciário com a expertise territorial dos gestores. Ou seja, destacam a importância de protocolos e evidências técnicas como unidade de planejamento racional.

Nesse modelo, o território não deve ser apenas espaço de execução, mas lugar estratégico onde se articulam conhecimento epidemiológico, capacidade institucional e racionalidade na tomada de decisões. Quando decisões judiciais impõem intervenções alheias a esse planejamento, o território deixa de ser locus de governança e se converte em palco de respostas fragmentadas e reativas.

A entrevista evidenciou que a judicialização da saúde está, em parte, associada ao desconhecimento por parte da população, dos canais institucionais de escuta e resolução de demandas disponíveis no âmbito do SUS.

“[...]a gente passa por algumas situações dentro do serviço em que esquece também qual é o direito dele (usuário) e muitas vezes não entende qual é o nosso dever dentro do processo, ele só quer aquele serviço, que aquele insumo seja assegurado, mas ele não entende qual é o papel dele dentro do processo, mas a informação sem dúvidas é o que estimula isso.” (E1)

Este relato demonstra que a ausência de um acolhimento efetivo e resolutivo nos serviços de saúde pode contribuir para a percepção de que o acesso aos direitos de saúde só pode ser garantido por meio de ações judiciais, o que potencializa o fenômeno da judicialização da saúde e revela fragilidades nos mecanismos internos de resposta às necessidades dos usuários. Esse entendimento converge com os achados de Caçador et al. (2021), que destacam a relevância da escuta qualificada e da atuação proativa das equipes de saúde na mediação de conflitos e na prevenção de litígios. Evidenciam a importância de estratégias institucionais

voltadas para o fortalecimento dos mecanismos internos de resolução de demandas no âmbito do SUS.

A relação entre judicialização da saúde, desconhecimento dos canais institucionais do SUS e dinâmica territorial manifesta-se como um ciclo de exclusão informacional com impactos diferenciados nos territórios. Para Delduque e Alves (2023) a superação desse desafio exige reconhecer que informação é determinante social da saúde. Propostas como o Sistema Único de Informação Territorial (SUIT), integrando dados do CNJ, SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica) e movimentos sociais, surgem como ferramentas para antecipar demandas judiciais via predição de lacunas informacionais, bem como fortalecer o controle social através de conselhos gestores radicados nos territórios.

O enfrentamento da judicialização da saúde exige o fortalecimento do SUS, aprimoramento da gestão, atualização de protocolos, maior diálogo entre Judiciário e Executivo e investimentos em políticas públicas que promovam o acesso equitativo e a qualidade da atenção à saúde. Somente com ações integradas será possível reduzir a necessidade de recorrer à Justiça para garantir o direito fundamental à saúde no Brasil.

TEMÁTICA 3 - Estratégias para evitar a judicialização da saúde: orientação para um sistema de justiça sustentável

Essa temática investigou as estratégias identificadas por gestores municipais como alternativas para prevenir ou reduzir a judicialização da saúde, com ênfase na atuação do SUS. A judicialização da saúde, quando recorrente e desarticulada das políticas públicas, representa não apenas um desafio jurídico, mas também uma fragilidade da gestão em saúde, uma vez que evidencia falhas na resolutividade dos serviços e na articulação interinstitucional.

Para Figueiredo e Costa (2022) a prevenção da judicialização da saúde exige uma abordagem integrada, baseada em diálogo interinstitucional, fortalecimento da gestão, padronização de protocolos, educação e participação social. Tais estratégias promovem a resolutividade administrativa, a sustentabilidade do sistema e o acesso mais ágil e justo ao direito à saúde, reduzindo a necessidade de intervenção judicial.

Ficou evidenciado na fala do entrevistado que um dos pilares para a efetivação de um sistema de saúde público eficiente e capaz de reduzir a judicialização da saúde é o planejamento

territorializado. Ou seja, refere-se ao processo de organizar, programar e executar ações de saúde a partir do conhecimento detalhado do território, como o perfil epidemiológico da população adscrita:

“Olha, a meu ver falta planejamento. Como eu falei, eu não acho que a gente vai conseguir abraçar todas as necessidades dos usuários, mas ainda acho que a gente falha muito nesse processo, apesar de a gente ter uma quantidade considerável de cobertura da estratégia de saúde da família, a gente percebe que pela nossa condição, pelo enfraquecimento da atenção primária, a gente não conhece de fato o nosso território, a gente não conhece de fato quais são as necessidades dos nossos usuários pra gente conseguir se planejar e garantir o máximo que a gente puder dentro daquele contexto.” (E 1)

“Primeiro, as secretarias ou as empresas que trabalham com saúde, elas têm que se apropriar dos protocolos de saúde [...] precisa trabalhar questões epidemiológicas. Eu não posso ficar só criando pontos de conflito dentro da gestão, porque você cria um ponto de conflito quando você tem que dar aporte financeiro por uma coisa que não tem tanto impacto no município[...] eu não consigo planejar se vem um juiz e desvia o meu planejamento.” (E 3)

Ao confirmar que “a gente não conhece de fato o nosso território”, o gestor evidencia uma das fragilidades da Atenção Primária à Saúde (APS). Ou seja, mesmo com a disponibilidade e acessibilidade de serviços essenciais de saúde para toda a população, sem restrições financeiras ou de acesso geográfico, não é possível identificar com precisão as reais demandas da comunidade. Essa limitação pode comprometer a capacidade da APS de adequar suas ações à diversidade dos contextos onde atua, impactando a efetividade e a equidade no cuidado em saúde.

Outro aspecto recorrente nas falas é a percepção de que o planejamento municipal é constantemente tensionado pelas decisões judiciais. Essa realidade, vivenciada de maneira concreta pelos entrevistados, expõe a fragilidade da coordenação entre os sistemas de saúde e de justiça, bem como a necessidade de articulação intersetorial e criação de instâncias permanentes de diálogo técnico, capazes de promover decisões mais equilibradas entre o direito individual e o interesse coletivo.

O planejamento territorializado em saúde, de acordo com Andrade (2023) é considerado um processo de organização das ações e serviços de saúde a partir do conhecimento e análise do território. Deve ser analisado as características sociais, econômicas, culturais e ambientais, para promover intervenções mais eficazes, equitativas e humanizadas, alinhadas às necessidades específicas da população local.

Esse desconhecimento pode comprometer o diagnóstico situacional em saúde e, por consequência, favorecer o surgimento de distorções da realidade da população local e das suas necessidades. No entendimento de Monken e Barcellos (2005), o território em saúde não deve ser entendido apenas como um espaço geográfico delimitado, mas sim como um espaço social, relacional e político, resultado de uma construção histórica e social. É nesse território que se expressam as desigualdades, os modos de viver dos diferentes grupos sociais, e se organizam as práticas de cuidado. Incorpora dimensões culturais, econômicas, ambientais e simbólicas que influenciam diretamente os processos de saúde e adoecimento. Assim, o território é entendido como um espaço vivido, dinâmico e em permanente construção, no qual as relações sociais, as identidades e as demandas por cuidado se materializam e se transformam.

Portanto, o fortalecimento da APS, com base em um mapeamento qualificado do território e de seus determinantes sociais, torna-se fundamental. Essa perspectiva é reforçada por Faria (2020) ao afirmar que o processo de territorialização é condição fundamental para a efetividade das políticas públicas em saúde. Isto é, permite o reconhecimento das particularidades do território e da população, viabilizando um planejamento mais adequado das ações e a racionalização do uso dos recursos disponíveis. Ao considerar as especificidades locais, a territorialização contribui para a organização dos serviços de saúde de acordo com as reais necessidades da comunidade, promovendo maior eficiência, equidade e impacto das intervenções em saúde.

O enfraquecimento da Atenção Primária observado na fala do participante mostra uma limitação em sua capacidade resolutive. Essa situação é preocupante, pois, como destaca Paim (2009), a APS constitui a principal porta de entrada do SUS e representa o nível mais adequado para garantir o cuidado integral e continuado à população. Ao promover a equidade e atuar na prevenção de agravos, a APS contribui para evitar que problemas de saúde evoluam para situações mais complexas, que frequentemente acabam sendo judicializadas, sobrecarregando o sistema de saúde e o judiciário.

Na afirmação “a gente falha muito nesse processo” e que “falta planejamento”, pode-se identificar a ausência de uma gestão pautada em dados e evidências, aspecto essencial para a organização dos serviços de forma coerente com as reais necessidades da população. Conforme destacam Pessoa et al. (2020), a utilização de instrumentos de planejamento territorializados, fundamentados por informações epidemiológicas, permite à gestão antecipar demandas, otimizar a alocação de recursos de forma mais eficiente e estabelecer prioridades sanitárias alinhadas às especificidades do contexto local.

A judicialização da saúde, nesse contexto, manifesta-se como um indicativo da desorganização da atenção básica e da invisibilidade das demandas sociais. Quando o planejamento em saúde não se fundamenta na realidade concreta do território, perde-se a capacidade de prevenir, atender e acompanhar as situações de saúde de forma integral. Esse vazio assistencial é preenchido pelo Judiciário, que, ao ser acionado, tenta garantir o direito individual, muitas vezes desconsiderando os critérios de equidade e custo-efetividade e as prioridades coletivas definidas a partir do contexto local.

Identificou-se em um relato que o epicentro para a formulação de estratégias eficazes de prevenção à judicialização da saúde é a necessidade de que os profissionais de saúde, especialmente, aqueles que atuam na ponta do sistema, tenham conhecimento das limitações dos recursos públicos e estejam respaldados por protocolos clínicos claros, baseados em evidências e periodicamente atualizados:

“Essa é uma situação bem complicada de se responder, porque é um entendimento talvez simplesmente meu. Primeiro: o profissional que está recebendo o paciente ele tem que ter consciência daquilo que é o recurso público, que é um recurso limitado. A partir do momento que ele tem consciência da prescrição e ele prescreve determinado medicamento ou determinado exame, ele previsto no SUS, cabe ao SUS disponibilizar. Se aquele procedimento, ou medicamento não é previsto no SUS aí vai ocorrer a judicialização.” (E 2)

Esse relato demonstra que é fundamental instrumentalizar orientações para a tomada de decisões, garantir a equidade no acesso e fortalecer a legitimidade das práticas assistenciais diante das demandas judiciais. A judicialização da saúde, frequentemente, ocorre em razão da inexistência ou ineficácia de normativas que orientem as decisões clínicas, gerando prescrições

que não estão previstas nas diretrizes do SUS e, portanto, não são ofertadas administrativamente, exigindo intervenção judicial.

Segundo Leite e Bastos (2018) o uso indiscriminado de recursos, incluindo prescrições médicas desalinhadas com as diretrizes do SUS e protocolos clínicos não baseados em evidências, podem comprometer a equidade e a eficiência dos serviços públicos. Em um sistema fundamentado na integralidade e equidade, como o SUS, é essencial que os profissionais reconheçam o impacto de suas prescrições e decisões que transcendem o âmbito individual.

O impacto das decisões clínicas que transcendem o âmbito individual no entendimento de Nunes e Ramos Júnior (2016) podem afetar diretamente a alocação orçamentária para outras demandas coletivas, a sustentabilidade financeira do sistema e o acesso equitativo a tecnologias e tratamentos essenciais. Práticas clínicas não territorializadas e desconectadas das prioridades epidemiológicas locais geram distorções na rede de atenção, ampliando desigualdades e tensionando mecanismos de judicialização da saúde. A construção de uma cultura de responsabilidade sanitária, pautada em evidências científicas, planejamento territorial e transparência na gestão, emerge como estratégia central para harmonizar direitos individuais e necessidades coletivas.

A ausência de protocolos clínicos atualizados, baseados em evidências e institucionalmente validados, na perspectiva de Marques et al. (2019), favorece a predominância de decisões clínicas pautadas em critérios individuais. Essas decisões podem acarretar fragmentação das práticas assistenciais, heterogeneidade na oferta de tecnologias em saúde, inequidades no acesso, especialmente em territórios com maior vulnerabilidade social. Esse cenário amplifica a judicialização da saúde, pois a falta de diretrizes técnicas consensuais fragiliza a legitimidade do subsistema de atenção, transferindo para o Judiciário a responsabilidade de mediar conflitos entre demandas individuais e prioridades sanitárias coletivas. A sobrecarga do sistema judiciário revela uma desconexão entre planejamento territorializado, protocolos clínicos e sustentabilidade do SUS.

O fortalecimento da regulação baseada em evidências e a disseminação dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDTs) de acordo com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS, 2015) são fundamentais para assegurar um cuidado tecnicamente adequado, financeiramente viável e juridicamente defensável. Essa reflexão alinha-se com as observações de Silva, Teixeira e Andrade (2023), que destacam a importância do e-NatJus

como instrumento estratégico para qualificação das decisões judiciais em saúde, ao integrar bases de dados técnico-científicas e políticas públicas do SUS. O sistema, ao operacionalizar a medicina baseada em evidências (como ensaios clínicos randomizados e revisões sistemáticas), permite cruzamento de informações entre demandas judiciais e protocolos clínicos do SUS, verificação de alternativas terapêuticas já incorporadas pelo sistema de saúde, análise de custo-efetividade e segurança dos tratamentos pleiteados.

A discussão sobre estratégias de prevenção à judicialização da saúde encontra fundamento teórico quando está articulada e ancorada na territorialização como fundamento epidemiológico, gestão baseada em evidências e governança orçamentária transparente. A efetividade dessas medidas depende da integração entre vigilância em saúde, auditoria clínica e gestão financeira, rompendo com modelos fragmentados de atenção. No entendimento de Faria (2020) a territorialização exige planejamento baseado em dados sociodemográficos, epidemiológicos e ambientais, articulação intersetorial (saúde, educação, assistência social) e responsabilização compartilhada entre gestores, profissionais e comunidade.

Identificou-se entre os entrevistados que as demandas mais frequentemente judicializadas referem-se ao fornecimento de medicamentos:

“No município é mais medicação. E muitas vezes em alguns casos eu já percebi que o cidadão nem busca procurar saber se existe na farmácia, ou então ele vem de um plano de saúde sem passar pelo município e acaba, como ele não tem o histórico no SUS, [...] ele começa a encontrar barreiras e aí ele vai para o judiciário pleitear um direito que o plano de saúde deveria cobrir.” (E 2)

Esse dado possivelmente reflete a busca, por parte dos usuários, de acesso a tratamentos não disponíveis administrativamente, levando à intervenção do Poder Judiciário para garantir o direito à saúde diante da insuficiência ou negativa do sistema público em ofertar determinados fármacos.

A assistência terapêutica integral no Brasil, inclusive a farmacêutica, é um direito garantido a todos os cidadãos, está incluso na lista de serviços disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Após a institucionalização do SUS como política pública de saúde, realizou-se a inclusão da assistência farmacêutica (AF) por meio da portaria GM/MS nº 3.916/1998 (BRASIL, 2018), que instituiu a Política Nacional de Medicamentos (PNM), que

visa garantir o acesso universal a medicamentos seguros, eficazes, de qualidade e ao menor custo. Posteriormente, a AF foi ratificada como uma política pública de saúde por meio da Resolução nº 338 de 2004 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que instituiu a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF).

Segundo Novaes (2012), a judicialização da saúde no Brasil está associada à assistência farmacêutica, principalmente, em relação a medicamentos fora da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) ou sem registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), o que representa um desafio para os gestores públicos.

Em relação à prescrição de medicamentos não pertencentes às listas oficiais de medicamentos ou em desconformidade com os protocolos clínicos oficialmente instituídos é necessária cautela. Há necessidade de questionar a evidência científica do tratamento pretendido, bem como a possibilidade de substituição por alternativa terapêutica disponível na rede pública de saúde. Os efeitos nocivos de decisões individuais fragmentadas prejudicarão políticas públicas, que fazem escolhas prioritárias para alocação de recursos escassos. Ignorar políticas públicas pode fortalecer situações discriminatórias e tecnologias médicas insustentáveis (OLIVEIRA et al., 2020).

Assim, compreende-se que prevenir a judicialização da saúde não se trata apenas de evitar ações judiciais, mas de construir um sistema de saúde mais responsivo, transparente e justo, capaz de planejar a partir da realidade local e de incorporar diretrizes técnico-científicas no cotidiano da gestão e da prática clínica. A efetividade dessas estratégias depende da valorização do território como espaço de ação política, da capacitação dos profissionais, do fortalecimento institucional da atenção primária e da disposição para o diálogo entre os diferentes atores envolvidos no campo da saúde pública e do direito.

TEMÁTICA 4 - Impactos da judicialização da saúde na arrecadação do município

Nesta temática buscou-se demonstrar os impactos econômicos motivados pelas ações judiciais e os desafios impostos à gestão orçamentária municipal. Essas ações exigem

estratégias de gestão e políticas públicas que conciliem o direito individual à saúde com a sustentabilidade do sistema e o atendimento coletivo.

Para Carvalho e Mergener (2020⁵) a saúde pública brasileira possui, na maioria das vezes, acesso limitado e atendimento negligenciado, propiciando a busca do direito assegurado por meio do Judiciário. Como consequência, emerge a procura por instituições judiciárias para obtenção de acesso a saúde, e, portanto, gerando custos para o SUS além de implicações ao orçamento financeiro do município previamente planejado.

Observou-se nas falas dos gestores a importância do planejamento orçamentário, permitindo alocação eficiente dos recursos públicos, reduzindo a probabilidade de conflitos e litígios relacionados a políticas públicas e direitos fundamentais:

“[...]em relação a falta de planejamento gera um gasto bem grande em relação a isso, só que assim, para ser muito honesta eu acho que é um gasto que nem o próprio departamento que é responsável por isso, vai conseguir te dizer de fato até que ponto isso chega, mas eu acho que é algo que podia ser remediado se tivesse planejamento, não completamente, mas melhoraria.” (E 1)

“Bom, quando você individualiza um direito em detrimento da coletividade automaticamente um orçamento que tá previsto para a coletividade você tem que ir lá por causa de um direito e tirar desse orçamento automaticamente todas as ações previstas para acontecer com aquele orçamento vão ser prejudicadas.” (E 2)

Esses relatos evidenciam que a judicialização da saúde impõe uma lógica de excepcionalidade que desestrutura a função planejadora do gestor público. A ausência de planejamento adequado contribui para o aumento dos gastos imprevistos, os quais muitas vezes não são sequer mensurados pelos setores responsáveis. Este fato, provavelmente, revela fragilidade institucional em mensurar e responder a essas demandas, comprometendo a governança fiscal e a transparência na aplicação dos recursos públicos. Uma gestão orçamentária transparente e baseada em planejamento colabora para garantir que as decisões governamentais sejam claras, justificáveis e alinhadas com as necessidades da população, diminuindo a necessidade de intervenção do judiciário.

A situação torna-se crítica quando decisões judiciais determinam a garantia de direitos individuais em detrimento do interesse coletivo. Esse cenário impõe aos municípios a obrigação de realocar uma parcela dos recursos originalmente previstos para ações coletivas, comprometendo o orçamento e impactando negativamente outras áreas do planejamento público. Portanto a administração municipal é forçada a priorizar o cumprimento dessas determinações judiciais, mesmo que resulte no adiamento ou inviabilização de políticas públicas estruturantes. Essa dinâmica evidencia o desafio de equilibrar a efetivação de direitos individuais, frequentemente assegurados por meio da judicialização da saúde, com a sustentabilidade e a equidade das políticas públicas de saúde.

Essa realidade está em consonância com as análises de Leite e Bastos (2018), ao afirmarem que a judicialização da saúde provoca distorções na alocação de recursos e compromete a equidade do SUS, uma vez que os recursos passam a ser direcionados por demandas judiciais específicas, em detrimento de critérios técnicos ou coletivos. Bezerra et al. (2023) destacam que ao romper com o planejamento orçamentário, a judicialização da saúde sobrecarrega os gestores municipais, que precisam buscar soluções emergenciais e muitas vezes ineficazes para manter o funcionamento mínimo dos serviços de saúde. Esse cenário evidencia que a mobilização de recursos para atender decisões judiciais individuais pode fragilizar políticas públicas estruturantes, planejadas para atender de forma equitativa às necessidades da coletividade.

Além disso, a ausência de controle sobre o impacto financeiro das ações judiciais, impede a elaboração de estratégias de mitigação dos efeitos orçamentários da judicialização. Essa imprevisibilidade orçamentária na visão de Novaes (2012) enfraquece a sustentabilidade do sistema. Considera-se que esse é um dos principais fatores que contribuem para o colapso parcial da gestão pública, especialmente, em municípios com menor capacidade arrecadatória e alta dependência de repasses estaduais e federais.

O aumento constante de ações judiciais de acordo com Vaz et al. (2016) implica não apenas em custos diretos com medicamentos ou procedimentos, mas também em despesas administrativas, operacionais e jurídicas, como pagamento de honorários, custas processuais e estruturação de equipes técnicas para dar cumprimento às decisões. Esses gastos imprevistos reduzem ainda mais a margem de manobra dos gestores municipais, comprometendo o planejamento orçamentário e dificultando a implementação de políticas públicas baseadas em critérios técnicos e coletivos. Como resultado, amplia-se a desigualdade no acesso aos serviços

e torna-se mais difícil efetivar o princípio da equidade no SUS, uma vez que recursos passam a ser direcionados para demandas individuais, muitas vezes em detrimento das necessidades coletivas.

Ao analisar os impactos da judicialização da saúde sobre a arrecadação municipal, torna-se necessário relacionar essa discussão à perspectiva territorial que fundamenta a organização do SUS. Para Monken e Barcellos (2005) e Faria (2020), o território em saúde deve ser compreendido não apenas como um espaço físico, mas como uma unidade de planejamento construída a partir das necessidades concretas da população e das práticas institucionais de cuidado. A ausência de planejamento financeiro, revela um distanciamento entre a gestão municipal e a realidade vivida no território, evidenciando fragilidades no processo de territorialização das ações de saúde. Esse descompasso compromete a efetividade das políticas públicas, pois dificulta a implementação de estratégias baseadas em critérios epidemiológicos, pactuações intergestores e nas especificidades locais, aspectos essenciais para a consolidação de um modelo de atenção territorializado e equitativo no SUS.

Os diferentes agentes que operam sobre um mesmo espaço na perspectiva de Haesbaert (2007) constroem territorialidades distintas e, por vezes, conflitantes. A judicialização da saúde representa a imposição de uma territorialidade externa, a do Judiciário sobre o território sanitário planejado pela gestão municipal, rompendo a lógica coletiva e técnica de alocação de recursos. Essa sobreposição territorial desarticula o planejamento local e revela a fragilidade das políticas públicas quando não sustentadas por uma leitura sensível e estratégica do território em que se inserem.

Observou-se nas entrevistas a ausência de interlocução efetiva entre os diferentes entes envolvidos no processo de judicialização da saúde:

“Tem casos que as liminares, o paciente ingressa com o pedido, tem a liminar definida e já chega a liminar pra cumprir, e aí que depois que vai ouvir os réus, o Município, o Estado, a União, depois que vão ser ouvidos. Há alguns casos que antes de conceder a liminar o magistrado solicita a manifestação dos réus, então você tem a oportunidade para falar, mas na maioria dos casos já chega a liminar para cumprir, liminar de 5 a 48 horas, 10 dias, entendeu?” (E 2)

Essa ausência de diálogo e articulação entre gestores municipais, estaduais, Judiciário e demais atores dificulta a construção de soluções conjuntas. Pode comprometer a coordenação das ações e resultar em decisões desarticuladas, que impactam negativamente a gestão e a oferta dos serviços de saúde.

A falta de comunicação entre o Judiciário e a gestão municipal contribui para decisões baseadas em demandas individuais e urgentes, que, embora legalmente legítimas, desconsideram os critérios técnicos, epidemiológicos e orçamentários que fundamentam o planejamento das ações de saúde no território. Essa desarticulação evidencia uma sobreposição de racionalidades institucionais, onde o campo jurídico opera segundo princípios distintos dos adotados na gestão pública da saúde. Segundo Vasconcelos (2021) e Marques et al. (2019), a ausência de canais permanentes de comunicação e de dispositivos técnicos de apoio à decisão — como os Núcleos de Apoio Técnico ao Judiciário (NAT-Jus) — intensificam os efeitos fragmentadores da judicialização da saúde, especialmente sobre os municípios, que se veem compelidos a atender decisões judiciais sem possibilidade de contestação prévia.

A inexistência de diálogo acarreta impactos econômicos na judicialização da saúde ao inviabilizar a adoção de medidas de contenção e mediação que poderiam ser implementadas caso o gestor público tivesse a oportunidade de se manifestar antes da concessão da liminar. No entendimento de Bezerra et al. (2023) e Leite e Bastos (2018) a gestão financeira do SUS tensionada pela escassez de recursos, torna-se ainda mais vulnerável diante da imprevisibilidade e da urgência impostas por decisões judiciais unilaterais. Trata-se, de um cenário que enfraquece a governabilidade e compromete a efetividade das políticas públicas, ampliando o distanciamento entre os princípios do SUS e sua concretização no cotidiano dos serviços.

A ausência de interlocução entre os diferentes entes envolvidos na judicialização da saúde, reflete uma dinâmica marcada por relações de poder verticalizadas, nas quais o município assume a função de executor de decisões externas, sem espaço para diálogo, negociação ou contestação. Esse arranjo evidencia uma territorialidade imposta, dissociada da lógica do planejamento sanitário local, e das necessidades reais da população. Na perspectiva de Haesbaert (2007), esse fato revela uma sobreposição de territorialidades em disputa: de um lado, a territorialidade do Judiciário, pautada por uma racionalidade jurídica individualizante; de outro, a territorialidade do SUS, fundamentada nos princípios da equidade, integralidade e

participação social. Essa tensão compromete a autonomia municipal e dificulta a construção de políticas públicas de saúde alinhadas ao contexto e às demandas locais.

A obrigação do gestor local em cumprir decisões judiciais imediatas, mesmo ciente de seus efeitos desestruturantes sobre o sistema, rompe com o princípio da gestão descentralizada e pactuada que fundamenta a territorialização do SUS (Faria, 2020). Essa dinâmica pode acarretar distorções como desvio de recursos destinados a ações coletivas para atender demandas judiciais individuais; sobrecarga na capacidade financeira municipal e comprometimento da equidade. Nesse contexto, não se trata apenas de um problema de comunicação institucional, mas de uma lógica que esvazia o território como espaço de decisão compartilhada e o reduz a um campo de obediência hierárquica.

Os impactos da judicialização da saúde na arrecadação e na gestão municipal revelam-se complexos e profundos, indo além da dimensão financeira. As falas dos gestores apontam para um cenário de desequilíbrio orçamentário, fragilidade no planejamento e desvalorização da lógica territorial que fundamenta o SUS. A imposição de decisões judiciais, muitas vezes sem diálogo prévio com os diferentes entes locais, rompe com os princípios da descentralização e da equidade, desorganizando o cuidado planejado e enfraquecendo a autonomia dos municípios.

Nesse contexto, torna-se necessário repensar os mecanismos de articulação entre o Judiciário e a gestão pública, de modo a construir um modelo de governança mais cooperativo, técnico e sensível às realidades territoriais, capaz de preservar tanto os direitos individuais quanto a sustentabilidade do sistema de saúde coletiva.

TEMÁTICA 5: Desafios para a efetivação das demandas judiciais relacionadas ao SUS

Esta temática aborda os principais desafios enfrentados pelos gestores municipais de saúde para efetivar as decisões judiciais relacionadas ao Sistema Único de Saúde (SUS). Para Delduque e Alves (2023) a judicialização da saúde impõe uma série de desafios complexos para os gestores municipais, que precisam equilibrar o cumprimento das decisões judiciais com a sustentabilidade financeira e operacional do Sistema Único de Saúde (SUS). Essa efetivação

exige dos gestores municipais não apenas criatividade e articulação, mas também o fortalecimento de estruturas técnicas, jurídicas e administrativas, além da cooperação entre as diferentes esferas de governo para garantir a sustentabilidade do sistema e o direito à saúde.

Os impactos orçamentários e financeiros enfrentados no entendimento de Albert (2016) estão relacionados com as decisões judiciais que frequentemente determinam a aquisição de medicamentos, insumos ou procedimentos não contemplados no planejamento orçamentário, comprometendo recursos destinados a outras ações e serviços essenciais; ao elevado custo de demandas individuais, ou seja, uma única decisão pode consumir uma parcela significativa do orçamento municipal de saúde, afetando o atendimento coletivo; além da falta de financiamento complementar que determinam o fornecimento de itens fora da lista oficial do SUS, sem aporte financeiro adicional dos governos estadual ou federal, sobrecarregando os cofres municipais.

O relato do entrevistado evidencia que a implementação das ordens judiciais, muitas vezes, extrapola a capacidade operativa dos gestores locais, gerando conflitos entre os princípios constitucionais de legalidade, impessoalidade e eficiência e o dever de cumprir imediatamente as determinações judiciais.

“[...]a gente lá na coordenação lida, a gente normalmente recebe as demandas, normalmente de uma forma informal, pelas equipes, quando não consegue fornecer, ou o paciente procura por algum serviço que normalmente na nossa rotina não é ofertado eles avisam, vai entrar na justiça, mas isso não formaliza nada. Ou a gente recebe isso de forma formalizada mesmo, através do NEP jus, a gente recebe essas demandas e a gente precisa se organizar para conseguir fornecer aquilo que foi solicitado, ou minimamente dar uma resposta do porque que aquilo está sendo ofertado para o paciente. Porque nós normalmente que fazemos esse processo de gerenciamento para fornecer os insumos, então se está em falta, o paciente entra na justiça, o serviço vai ser notificado e nós como representantes do serviço temos que participar dessas audiências, normalmente são feitos acordos, com prazos para cumprir, quando não vem a determinação de uma vez, mas normalmente a gente participa de todo esse processo, os representantes do departamento, que são responsáveis pelo serviço e o secretário de saúde.” (E1)

Essa fala evidencia que a má organização e o gerenciamento fragmentado dos fluxos internos podem funcionar como fatores que contribuem diretamente para o aumento da judicialização da saúde. A ausência de protocolos definidos, aliada à informalidade na circulação inicial das demandas dentro da rede de atenção, compromete a capacidade da gestão municipal de responder de forma oportuna às necessidades da população. Essa fragilidade estrutural é agravada quando os setores envolvidos no atendimento não estabelecem comunicação eficiente entre si, gerando descompasso entre a identificação da demanda, o planejamento de resposta e a execução.

De acordo com Bezerra et al. (2023), a judicialização da saúde tende a intensificar-se em contextos marcados por baixa resolutividade administrativa e ausência de planejamento intersetorial, revelando falhas que poderiam ser eliminadas com estratégias de governança mais robustas. Esse cenário se torna particularmente evidente nos municípios, onde a sobreposição de funções, a limitação de recursos técnicos e a fragmentação entre departamentos administrativos dificultam o cumprimento célere e efetivo das determinações judiciais.

Nesse sentido, Lucietti Filho (2023) destaca que a judicialização da saúde não deve ser compreendida apenas como um fenômeno jurídico, mas também como um indicativo de disfunções estruturais na formulação e execução das políticas públicas. A fragmentação institucional, marcada pela inexistência de instâncias permanentes de escuta, pactuação e coordenação entre os Poderes Executivo e Judiciário, transforma o Judiciário em um espaço substitutivo da gestão, apropriando-se da tomada de decisões que deveriam ser construídas de forma compartilhada. Além de comprometer a autonomia administrativa, esse deslocamento decisório enfraquece a participação social e desestabiliza os princípios de universalidade e equidade do SUS, à medida que respostas pontuais suprimem a lógica coletiva da política pública.

A superação desses desafios para a efetivação das demandas judiciais segundo Torezani e Siena (2024) exige a institucionalização de respostas articuladas à judicialização da saúde, fundamentadas na construção de fluxos assistenciais pactuados e territorialmente sensíveis. A integração entre os diversos setores da saúde e os órgãos do sistema de justiça deve partir do reconhecimento de que a judicialização da saúde, quando recorrente, não é apenas consequência de demandas insatisfeitas, mas sintoma de falhas na governança local.

Ao considerar que grande parte das demandas judiciais se origina de falhas no atendimento básico, torna-se evidente a desarticulação entre a organização dos serviços e a

realidade vivida pelos usuários nos territórios. O território, no campo da saúde abrange um contexto para além da delimitação geográfica. É compreendido como um espaço construído a partir das relações sociais, culturais, econômicas e políticas que nele se estabelecem.

No entendimento de vários autores (HAESBAERT, 2007; MONKEN; BARCELLOS, 2008; ANDRADE, 2023) o território ultrapassa os limites administrativos e se constitui como um espaço relacional, marcado por múltiplas práticas, disputas e significados. É o resultado da dinâmica social, formado pelos percursos diários, relações de trabalho e convivência, sendo constantemente ressignificado pelas experiências dos sujeitos que o habitam. Nesse sentido, quando a gestão falha em considerar essas dimensões, compromete a efetividade das políticas públicas e favorece o acionamento do Judiciário como recurso alternativo para suprir lacunas não resolvidas administrativamente.

A persistência de modelos centralizados e padronizados, pouco sensíveis à diversidade territorial, contribui para a reprodução de práticas desajustadas da realidade dos usuários e compromete a resolutividade dos serviços. A judicialização da saúde, nesse contexto, não decorre apenas da ausência de bens ou serviços, mas sobretudo da invisibilidade das especificidades locais nos processos de formulação e execução das políticas públicas. Superar esse quadro exige incorporar práticas de gestão orientadas pela escuta qualificada, pela valorização do conhecimento das equipes que atuam nos territórios e pela articulação entre os diferentes níveis de atenção. É no fortalecimento da Atenção Primária, enquanto eixo articulador da rede e espaço privilegiado de proximidade com a população, que reside o potencial de antecipar conflitos e reduzir a dependência da via judicial como forma de acesso à saúde (FARIA, 2020; MONKEN; BARCELLOS, 2008).

Outro aspecto evidenciado nas falas dos gestores refere-se aos obstáculos burocráticos que permeiam a administração pública, que se tornam ainda mais evidentes durante o processo de cumprimento das decisões judiciais.

“Então assim, as nossas principais dificuldades são nesses trâmites, a gente cumpre com a nossa parte, mas o processo é muito lento, muito burocrático.” (E1)

“Olha, uma dificuldade é própria burocracia do sistema, uma liminar para compra de medicamento, você tem todo um rito que a lei de licitações que a legislação te impõe. O poder público não pode

simplesmente chegar aqui, chegou uma liminar e cumprir, pegar na farmácia e entregar ao paciente, não!” (E2)

As falas evidenciam que esses obstáculos envolvem procedimentos administrativos complexos, exigências documentais rigorosas e fluxos de aprovação que podem atrasar ou dificultar a execução das determinações judiciais. Tal contexto evidencia a necessidade de maior agilidade e simplificação dos processos internos para garantir a efetividade das decisões no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

O gestor público, mesmo diante da pressão de liminares judiciais, não pode agir com imediatismo, pois está obrigado a cumprir procedimentos legais rigorosos, especialmente aqueles estabelecidos pela legislação de licitações. A observância desses trâmites legais impõe limites operacionais significativos, colocando o gestor em uma posição delicada frente a prazos judiciais que, muitas vezes, não se alinham com a complexidade e a morosidade que os processos administrativos exigem. Essa discrepância entre o tempo do Judiciário e o tempo da administração pública cria impasses que dificultam a resposta célere às demandas judiciais, mesmo quando há vontade política ou disponibilidade de recursos financeiros. Assim, a efetividade das decisões judiciais depende não apenas do compromisso do gestor, mas também da compatibilização entre as exigências legais e a urgência das determinações judiciais.

Além da rigidez normativa, há um conjunto de fragilidades estruturais que se entrelaçam e aprofundam esse desafio. A burocracia na perspectiva de Pessoa et al. (2020), aliada à descontinuidade de políticas, à sobrecarga administrativa e à falta de mecanismos eficientes de coordenação entre os entes federativos, compromete a capacidade de resposta do gestor e expõe a gestão local à judicialização da saúde.

De forma convergente, Alves et al. (2025) destacam que a ausência de canais institucionais ágeis e de instâncias permanentes de articulação entre os gestores do SUS e o Poder Judiciário transforma a judicialização da saúde em prática recorrente no cotidiano da gestão, sobretudo nos municípios de pequeno e médio porte. Esse cenário agrava as desigualdades na oferta de serviços e revela o quanto a ausência de planejamento territorializado e interinstitucional contribui para a fragilização da governança pública.

Essa realidade reforça que a judicialização da saúde não decorre unicamente da escassez de recursos ou da demanda judicial isolada, mas da fragilidade sistêmica do SUS em articular fluxos assistenciais resolutivos e territorialmente pactuados. A ausência de diretrizes administrativas definidas para o cumprimento das decisões judiciais no entendimento de

Bezerra et al. (2023) e Luciétti Filho (2023), gera insegurança, sobrecarga orçamentária e descontinuidade no cuidado.

A esse desafio soma-se a complexidade da gestão de um sistema público marcado por múltiplas escalas de poder e por territorialidades diversas. A operacionalização das políticas públicas em saúde segundo Monken et al. (2008) exige considerar os territórios não apenas como espaços físicos delimitados, mas como realidades sociais dinâmicas, que demandam fluxos organizativos articulados e responsivos. Quando esses fluxos são atravessados por processos burocráticos rígidos e por estruturas fragmentadas de comando, como demonstram as falas dos entrevistados, ocorre uma ruptura entre o planejamento e a execução, resultando em descontinuidade da atenção.

A ausência de pactuações que considerem as necessidades e especificidades locais contribui, conforme destaca Andrade (2023), para enfraquecer a capacidade de resposta das gestões municipais frente à judicialização. Nessa conjuntura, os gestores se veem diante de um impasse: de um lado, a pressão das demandas judiciais; de outro, a rigidez de um sistema de gestão que carece de mecanismos eficazes de articulação interinstitucional, dificultando a adoção de soluções ágeis e adequadas à realidade local. Essa falta de flexibilidade e coordenação compromete a efetividade das respostas e amplia os desafios enfrentados no âmbito municipal.

Um outro desafio apontado pelos gestores refere-se à inadequação dos prazos determinados pelas decisões judiciais, que frequentemente não correspondem à realidade operacional e com a capacidade de resposta do sistema de saúde local.

“[...]por exemplo, judicializar internação compulsória para paciente que faz o uso de álcool e droga, né? Não dá, o prazo é de 72 horas, mas a gente não tem como, em 72 horas, encontrar uma estrutura adequada que eu não posso também mandar para uma instituição onde nem alvará não tem.” (E3)

Essa disparidade entre o tempo judicial e o necessário para a execução das ações administrativas pode comprometer a efetividade das políticas públicas, uma vez que a aquisição de medicamentos, insumos ou a realização de procedimentos depende de trâmites burocráticos, disponibilidade de recursos e processos licitatórios rigorosos.

Muitas decisões requerem ações complexas, que envolvem articulação entre diferentes setores, avaliação técnica detalhada e disponibilidade de recursos ou estruturas específicas. No

entanto, a realidade dos serviços públicos, especialmente em nível municipal, é marcada por limitações operacionais, entraves administrativos e carência de oferta especializada, o que torna inviável o atendimento imediato dessas determinações. Quando os prazos legais não consideram essas condicionantes, geram uma sobrecarga ética, técnica e jurídica para os gestores, que se veem obrigados a cumprir decisões sob o risco de descumprimento judicial, ainda que não haja meios concretos para sua efetivação de forma segura e adequada.

De acordo com Alves et al. (2025), os gestores de saúde enfrentam desafios significativos ao cumprir determinações judiciais em ambientes caracterizados por infraestrutura insuficiente, ausência de mecanismos de governança eficazes e inexistência de pactuações institucionais prévias que garantam a execução segura dessas decisões. Esse cenário acarreta não apenas uma sobrecarga administrativa das gestões municipais, como também eleva os riscos à segurança jurídica e compromete a proteção dos usuários dos serviços públicos de saúde.

A inexistência de estruturas e acordos institucionais sólidos dificulta a implementação segura das ordens judiciais, expondo tanto os gestores quanto os usuários a situações de vulnerabilidade. Além disso, a carência de governança eficaz limita a capacidade de resposta dos sistemas locais de saúde, tornando o processo de cumprimento das decisões judiciais mais lento e suscetível a falhas.

Os prazos determinados judicialmente segundo Pessoa et al. (2020) quando desvinculados das condições reais de funcionamento do sistema de saúde, intensificam as fragilidades estruturais, ampliando a exposição das gestões municipais à vulnerabilidade. Essa situação revela-se especialmente crítica em demandas que exigem a mobilização de equipes técnicas, aquisição de insumos por meio de processos licitatórios ou encaminhamento a serviços especializados cuja oferta nem sempre está disponível no território. Para a superação desses prazos demanda-se a construção de pactuações interinstitucionais, o fortalecimento da infraestrutura e o aprimoramento dos mecanismos de governança, de modo a garantir maior segurança jurídica e proteção aos cidadãos atendidos pelo Sistema Único de Saúde.

A imposição de prazos judiciais rígidos, muitas vezes descolados das realidades locais, evidencia a falta de articulação entre a lógica normativa do Poder Judiciário e a dinâmica operacional do Sistema Único de Saúde (SUS) nos territórios. Esse descompasso se expressa em uma tensão entre dois ritmos distintos: o tempo jurídico, marcado pela urgência e pela

imediate efetivação de direitos, e o tempo da gestão pública, atravessado por trâmites burocráticos, limitações orçamentárias e condicionantes territoriais.

Nesse contexto, a reflexão de Haesbaert (2007) é fundamental ao afirmar que o território não pode ser reduzido a uma delimitação geográfica abstrata, mas deve ser compreendido como espaço vivido, construído por relações sociais e institucionais específicas. Ao desconsiderar essas singularidades, decisões judiciais baseadas em uma lógica homogênea e descontextualizada acabam por comprometer a efetividade das políticas públicas e a equidade na distribuição de recursos em saúde.

Esse desencontro entre tempos e lógicas jurídica e administrativa se agrava em contextos nos quais os processos de territorialização da saúde ainda são frágeis ou insuficientemente consolidados. De acordo com Monken e Barcellos (2008), a eficácia das políticas públicas depende da integração entre o território vivido e o território institucionalizado. Isso implica reconhecer que as redes de atenção não podem se restringir a delimitações cartográficas ou a fluxos regulatórios inflexíveis, mas devem refletir os modos como as populações se apropriam dos espaços e como se movimentam por eles, além da capacidade local de oferta e resposta. Nesses contextos, a imposição de prazos judiciais que desconsideram tais arranjos, como a indisponibilidade de determinados serviços especializados em municípios específicos, transforma a judicialização de uma estratégia de efetivação de direitos em um vetor de desorganização da gestão pública.

Decisões judiciais que estabelecem prazos dissociados da realidade local frequentemente relegam o território a um plano secundário, deslocando a centralidade das pactuações e das dinâmicas locais para os gabinetes jurídicos. Nesses espaços, a atuação tende a ocorrer de forma pontual, desarticulada e desprovida do necessário enraizamento territorial. Esse movimento acarreta um processo de verticalização das decisões, enfraquecendo os princípios de descentralização e participação que norteiam o SUS. Na perspectiva de Andrade et al. (2021), é fundamental compreender o território como elemento estruturante das políticas públicas. É nele que ocorrem a identificação das necessidades, a mediação dos conflitos e a construção das respostas adequadas, sempre a partir do conhecimento e da atuação situada das equipes locais. Quando as determinações judiciais desconsideram essa dimensão territorial, os gestores se tornam restritos a função de meros executores de cronogramas dissociados da realidade concreta, o que, além de comprometer a eficácia administrativa, coloca em risco a segurança dos usuários e a legitimidade institucional do Estado.

Portanto, a harmonização entre as exigências judiciais e as especificidades do território é fundamental para garantir a efetividade das políticas públicas de saúde, respeitando os princípios constitucionais de descentralização, participação e integralidade do SUS.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise das entrevistas realizadas com os gestores municipais de saúde de Governador Valadares/MG revelou que a judicialização da saúde é percebida como um instrumento legítimo de busca pelo direito à saúde. Na percepção desses gestores, os cidadãos recorrem à via judicial principalmente em razão das lacunas assistenciais e da dificuldade de acesso a determinados tratamentos ou insumos oferecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Expressaram preocupação com os efeitos desorganizadores que essas demandas judiciais acarretam para a gestão local, especialmente no que se refere ao planejamento e à alocação eficiente dos recursos públicos. Essas intervenções judiciais são consideradas como fatores que dificultam a organização e a gestão adequada das ações e serviços de saúde no âmbito municipal.

Os gestores municipais compreendem que as decisões judiciais frequentemente determinam o fornecimento de medicamentos ou procedimentos não contemplados na padronização do SUS, o que compromete a previsibilidade orçamentária e impacta negativamente a execução de políticas públicas previamente estruturadas. Essa realidade impõe aos gestores o desafio de equilibrar a necessidade de atendimento imediato às determinações judiciais com a manutenção da sustentabilidade financeira e da racionalidade administrativa do sistema de saúde municipal.

Percebem que a judicialização da saúde é um fenômeno que está associado à multiplicidade de atores e instituições envolvidas. Expõe fragilidades estruturais da Atenção Primária devido a sua complexidade em relação a sua compreensão e a forma desafiadora de gerenciá-la, bem como a insuficiência de protocolos clínicos integrados ao planejamento territorializado. A ausência de práticas que incorporem de forma efetiva o território e suas singularidades nas estratégias de cuidado contribui para a fragmentação da rede e para o aumento de demandas judiciais individuais, muitas vezes descoladas das diretrizes e possibilidades operacionais da gestão local.

Apesar das dificuldades apontadas, os gestores também reconheceram caminhos possíveis para a qualificação da resposta pública frente à judicialização. Entre as estratégias mencionadas estão o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde, a adoção de diretrizes baseadas em evidências, a ampliação do uso de ferramentas como o NAT-Jus e a valorização do diálogo entre os poderes Executivo e Judiciário. Tais ações são vistas como fundamentais para equilibrar o atendimento às demandas individuais com a efetividade das políticas públicas de caráter coletivo.

A judicialização da saúde, ao mesmo tempo que revela falhas no acesso e na organização dos serviços, pode ser compreendida como uma oportunidade para repensar a gestão pública sob uma lógica territorializada, sensível às demandas reais da população e articulada com os princípios do SUS. A escuta dos gestores e a valorização de suas percepções mostram-se caminhos promissores para a construção de estratégias mais integradas, justas e sustentáveis na garantia do direito à saúde. Compreender a judicialização da saúde em todas as suas dimensões, incluindo suas causas e consequências, é fundamental para aprimorar a universalidade do acesso à saúde, assegurar os direitos dos usuários e otimizar a alocação dos recursos financeiros, evitando onerar excessivamente o município.

LIMITES E POSSIBILIDADES DO ESTUDO

Este estudo, assim como outras pesquisas de natureza qualitativa e de alcance localizado, apresenta limites que devem ser considerados. A abordagem centrada em um único município — Governador Valadares/MG — possibilitou uma investigação aprofundada nas especificidades territoriais, contudo, restringe a generalização dos achados para outros contextos. As percepções analisadas constituem um recorte particular, que pode não refletir, integralmente, as dinâmicas de judicialização da saúde vividas em outros contextos municipais, regionais ou estaduais, dada a diversidade organizacional, política e socioeconômica existente no país.

Apesar desses limites, o trabalho apresenta contribuições. Ao focalizar a percepção dos gestores de saúde sobre o fenômeno da judicialização da saúde, a pesquisa preenche uma lacuna na produção científica da área. Grande parte dos estudos sobre o tema prioriza a perspectiva do paciente ou a análise das decisões judiciais, enquanto este estudo destaca a percepção de gestores públicos, responsáveis pela implementação das determinações judiciais no cotidiano da administração pública, bem como pela reorganização dos fluxos, alocação de recursos e planejamento em resposta a esse fenômeno.

Além disso, o estudo contribui para a reflexão crítica sobre os efeitos da judicialização da saúde na gestão territorializada do SUS, apontando caminhos que podem subsidiar políticas públicas mais sensíveis às realidades locais. A valorização da Atenção Primária, o fortalecimento do diálogo entre poderes e a adoção de estratégias baseadas em evidências emergem como possibilidades concretas para qualificar a resposta pública frente às demandas judiciais. Ao articular judicialização da saúde, gestão e território, esta pesquisa amplia o horizonte de compreensão do fenômeno e oferece subsídios relevantes para gestores, pesquisadores e formuladores de políticas.

REFERÊNCIAS

- ALBERT, C. E. Análise sobre a judicialização da saúde nos municípios. **Revista Técnica CNM**, p. 151-175, 2016.
- ALCÂNTARA, G. C. S. Judicialização da saúde: uma reflexão à luz da teoria dos jogos. **Revista CEJ**, Brasília, Ano XVI, n. 57, p. 88-94, maio/ago. 2012.
- ALVES, N. A. et al. A judicialização da saúde como desafio orçamentário: impactos e perspectivas de gestores no Sistema Único de Saúde. **Revista PPC – Políticas Públicas e Cidades, Curitiba**, v. 14, n. 1, p. 01-16, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.23900/2359-1552v14n1-103-2025>. Acesso em: 10 ago. 2025.
- ANDRADE, I. M. A territorialização no planejamento e na gestão do Sistema Único de Saúde: um relato de experiência. **Revista FT**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 121, abr. 2023. DOI: 10.5281/zenodo.7881904. Acesso em: 10 ago. 2025.
- BARBOZA, N. A. S.; RÊGO, T. D. de M.; BARROS, T. de M. R. R. P. A história do SUS no Brasil e a política de saúde. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v. 6, n. 11, p. 84966-84985, nov. 2020. DOI: 10.34117/bjdv6n11-057. Acesso em: 10 ago. 2025.
- BEZERRA, C. N. et al. Impacto da judicialização da saúde nas políticas públicas do SUS. **Brazilian Journal of Health Review**, [S. l.], v. 6, n. 3, p. 10599–10617, 2023. DOI: 10.34119/bjhrv6n3-173. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/60077>. Acesso em: 6 jun. 2025.
- BOING, A. C. et al. Prevalências e desigualdades no acesso a medicamentos por usuários do Sistema Único de Saúde no Brasil em 2013 e 2019. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 38, n. 6, p. e00114721, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT114721>. Acesso em: 10 ago. 2025.
- BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. **Judicialização da saúde no Brasil: dados e experiências**. Coordenadores: Felipe Dutra Asensi e Roseni Pinheiro. Brasília: Conselho Nacional de Justiça, 2015. 142 p.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil: 1988**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Assistência farmacêutica no SUS: 20 anos de políticas e propostas para desenvolvimento e qualificação**: relatório com análise e recomendações de gestores, especialistas e representantes da sociedade civil organizada. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018.
- BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **STF define parâmetros para concessão judicial de medicamentos não incorporados ao SUS**. Brasília, DF: STF, 30 maio 2024. Disponível em: <https://www.stf.jus.br/portal/cms/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=523456>. Acesso em: 6 jun. 2025.

CAÇADOR, B. S. et al. O papel do agente comunitário de saúde: percepção de gestores municipais de saúde. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13, n. 8, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/REAS.e8580.2021>. Acesso em: 10 ago. 2025.

CARVALHO, E. C. et al. Judicialização da saúde: reserva do possível e mínimo existencial. **Cogitare Enfermagem**, v. 26, 2021. DOI: <https://doi.org/10.5935/1414-8456.2021.e76406>. Acesso em: 10 ago. 2025.

CONASS. **Direito à saúde**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2015. Disponível em: https://conass.org.br/biblioteca/pdf/colecao2015/CONASS-DIREITO_A_SAUDE-ART_10B.pdf. Acesso em: 10 ago. 2025.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA (CNJ). **NAT-JUS Nacional**. [S.l.], [s.d.]. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/programas-e-acoess/forums-da-saude-3/nat-jus-nacional/>. Acesso em: 25 mar. 2025.

DE CAMARGO VAZ, R. L.; BONACIM, C. A. G.; DA COSTA GOMES, M. Impactos da judicialização da saúde nos municípios do estado de São Paulo, 2016. **Revista de Administração Pública**, v. 50, n. 4, 2016.

DE OLIVEIRA, A. L. História da saúde no Brasil: dos primórdios ao surgimento do SUS. **Revista Encontros Teológicos**, v. 27, n. 1, 2012.

DE OLIVEIRA, A. O.; JUNIOR, C. A. M. Estudo teórico sobre percepção na filosofia e nas neurociências. **Neuropsicologia Latinoamericana**, v. 5, n. 2, 2013.

DELDUQUE, M. C.; ALVES, S. M. C. (Orgs.). **A judicialização da saúde nos municípios brasileiros: uma coletânea dos trabalhos de pesquisa de profissionais do SUS**. Brasília, DF: CONASEMS; Ministério da Saúde; HCor; Fiocruz-Brasília, 2023. 677 p.

DOS SANTOS, I. F. et al. Sistema Único de Saúde: marcos históricos e legais dessa política pública de saúde no Brasil. **Humanidades & Inovação**, v. 7, n. 5, p. 381-391, 2020.

FARIA, R. M. de. A territorialização da Atenção Básica à Saúde do Sistema Único de Saúde do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 11, p. 4521-4530, 2020. DOI: 10.1590/1413-812320202511.30662018. Acesso em: 10 ago. 2025.

FIGUEIREDO, I. V. O.; COSTA, N. do R. O direito à saúde no Brasil: entre a judicialização e a desjudicialização. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, Brasília, v. 11, n. 4, p. 142-163, 2022. DOI: 10.17566/ciads.v11i4.785. Acesso em: 10 ago. 2025.

FRANCO, M. L. P. B. Representações sociais, ideologia e desenvolvimento da consciência. **Cadernos de Pesquisa**, [online], v. 34, n. 121, p. 169-186, 2004. Disponível em: <http://educa.fcc.org.br/pdf/cp/v34n121/v34n121a08.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2025.

GIOVANELLA, L. et al. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 4, p. 1475-1481, 2020. DOI: 10.1590/1413-81232020254.01842020. Acesso em: 10 ago. 2025.

GONDIM, G. M. de M. **Territórios da Atenção Básica: múltiplos, singulares ou inexistentes?** 2011. Tese (Doutorado em Ciências na Área de Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2011.

- HAESBAERT, R. **Territorialidade e multiterritorialidade**. Niterói: UFF, 2007.
- HOUAISS, A. **Dicionário Eletrônico Houaiss da Língua Portuguesa**. 1. ed. São Paulo: Objetiva, 2002. 1 CD-ROM.
- LEITÃO, L. C. A. et al. Judicialização da saúde na garantia do acesso ao medicamento. **Revista de Salud Pública**, v. 16, n. 3, p. 360-370, 2014.
- LEITE, I. C.; BASTOS, P. R. H. de O. Judicialização da saúde: aspectos legais e impactos orçamentários. **Argumentum**, Vitória, v. 10, n. 1, p. 102-117, jan./abr. 2018. Disponível em: <http://10.18315/argumentum.v10i1.18659>. Acesso em: 10 ago. 2025.
- LUCIETTI FILHO, W. J. Judicialização da Saúde e as Decisões estruturais. **Revista Eletrônica da PGE-RJ**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, 2023. DOI: 10.46818/pge.v6i1.333. Disponível em: <https://revistaelectronica.pge.rj.gov.br/index.php/pge/article/view/333>. Acesso em: 6 jun. 2025.
- MARANGONI, V. X. C. et al. Os processos de percepção dos indivíduos e a influência dos estímulos sensoriais: um estudo teórico. **Revista de Psicologia**, edição 21, nov./dez. 2021.
- MARQUES, A. et al. Judicialização da saúde e medicalização: uma análise das orientações do Conselho Nacional de Justiça. **Estudos Avançados**, v. 33, n. 95, p. 215-234, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0103-4014.2019.3395.0014>. Acesso em: 10 ago. 2025.
- MERGENER, S. de F. C.; CARVALHO, M. de. A judicialização da saúde e os impactos orçamentários em municípios de fronteira internacional. **Revista de Estudos Empíricos em Direito**, v. 11, 2024. DOI: <https://doi.org/10.19092/reed.v11.883>. Acesso em: 10 ago. 2025.
- MINAS GERAIS. Tribunal de Justiça. *NAT-Jus (Núcleo de Apoio Técnico ao Judiciário): nota técnica, pareceres e respostas técnicas*. Belo Horizonte: TJMG, 2017. Disponível em: <https://www.tjmg.jus.br/portal-tjmg/hotsites/relatorio-de-gestao-2017/nat-jus.htm>.
- MINAS GERAIS. Tribunal de Justiça. *Relatório de Gestão: 2016-2018*. Belo Horizonte: TJMG, 2018. Disponível em: <https://bd.tjmg.jus.br/jspui/handle/tjmg/11610>.
- MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento**. Pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.
- MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F.; GOMES, R. **Pesquisas sociais: teoria, método e criatividade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.
- MONKEN, M. et al. O território na saúde: construindo referências para análises em saúde e ambiente. In: MONKEN, M. (Org.). **Território, ambiente e saúde**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. p. 23-41.
- MONKEN, M.; BARCELLOS, C. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 898-906, maio/jun. 2005.
- MYERS, D. G. **Psicologia**. 9. ed. São Paulo: LTC, 2012.
- NÓBREGA, T. P. da. Corpo, percepção e conhecimento em Merleau-Ponty. **Estudos de Psicologia** (Natal), v. 13, p. 141-148, 2008.

- NOVAES, N. F. **Judicialização da Saúde e Assistência Farmacêutica no Pós-88**: Efeitos na Administração Pública Municipal do Estado de São Paulo. 2012. Dissertação (Mestrado em Direito) – Escola de Direito de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2012.
- NUNES, C. F. O.; RAMOS JÚNIOR, A. N. Judicialização do direito à saúde na região Nordeste, Brasil: dimensões e desafios. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 192-199, 2016. DOI: 10.1590/1414-462X201600020070. Acesso em: 10 ago. 2025.
- NUNES, R. P. **Judicialização no âmbito da saúde**: um estudo descritivo sobre o custo das ações judiciais na saúde pública do município de Juiz de Fora. 2016. 95f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2016.
- OLIVEIRA, J. S. **Judicialização do direito à saúde**: o impacto orçamentário das ações judiciais sobre medicamentos no município de Vitória da Conquista – BA (2010-2014). 2016. 55 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Vitória da Conquista, 2016.
- OLIVEIRA, Y. M. da C. et al. Judicialização de medicamentos: efetivação de direitos ou ruptura das políticas públicas? **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 54, e130, 2020. DOI: 10.11606/s1518-8787.2020054002301. Acesso em: 10 ago. 2025.
- OUVERNEY, A. L. M. et al. Gestores municipais do Sistema Único de Saúde: perfil e perspectivas para o Ciclo de Gestão 2017-2020. **Saúde em Debate**, v. 43, n. especial 7, p. 75-91, 2019.
- PAIM, J. S. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.
- PESSOA, D. L. R. et al. Os principais desafios da gestão em saúde na atualidade: revisão integrativa. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v. 3, n. 2, p. 3413-3433, mar./abr. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.34119/bjhrv3n2-171>. Acesso em: 10 ago. 2025.
- PINHEIRO, M. E. A primeira entrevista em psicoterapia. **Revista IGT na Rede**, v. 4, n. 7, p. 136-157, 2007. Disponível em: <http://www.igt.psc.br/ojs/>. Acesso em: 1 set. 2022.
- RAFFESTIN, C. **Por uma geografia do poder**. São Paulo: Ática, 1993.
- SAMPIERI, R. H.; COLLADO, C. F.; LUCIO, P. B. **Metodologia de Pesquisa**. 3. ed. São Paulo: Mc Graw-Hill, 2006.
- SANTOS, A. A. Lugar e território: o sistema de saúde brasileiro, a geografia e a promoção da saúde. **Revista Geográfica Venezolana**, Mérida, v. 50, n. 1, p. 159-172, jan./jun. 2009.
- SANTOS, M. **A natureza do espaço: técnica e tempo, razão e emoção**. São Paulo: Edusp, 2002.
- SANTOS, M. A. B. dos. Eficiência e ineficiência nos sistemas de saúde: a perspectiva internacional do debate. In: OCKÉ-REIS, C. O. (Org.). **SUS: avaliação da eficiência do gasto público em saúde**. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), 2023.
- SARLET, I. W. O direito fundamental à proteção e promoção da saúde no Brasil: principais aspectos e problemas. In: **Temas Aprofundados da Defensoria Pública**. São Paulo: Editora Saraiva, 2014.

SHIMIZU, H. E. Percepção dos gestores do Sistema Único de Saúde acerca dos desafios da formação das Redes de Atenção à Saúde no Brasil. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 1101-1122, 2013.

SILVA, R. da S. e; TEIXEIRA, R. V. G.; ANDRADE, A. P. de. Direitos da personalidade, bancos de dados e inteligência artificial: o impacto do sistema e-NATJUS na judicialização do direito à saúde. *Revista de Processo, Jurisdição e Efetividade da Justiça*, v. 9, n. 2, p. 46-63, jul./dez. 2023.

TECNOLÓGICAS, C. H. B. **MÓDULO I**. In: CURSO TÉCNICO EM VIGILÂNCIA EM SAÚDE. [S.l.: s.n.], p. 10.

TOREZANI, Y. L. da S.; SIENA, O. Respostas institucionais à judicialização da saúde no Brasil. *Revista Direito e Práxis*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 1–27, 2024. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rdp/a/NBQn3mnB4GHY7VjqWYZrCVK/>. Acesso em: 6 jun. 2025. DOI: <https://doi.org/10.1590/2179-8966/2024/86259>.

VASCONCELOS, N. P. de. Entre justiça e gestão: colaboração interinstitucional na judicialização da saúde. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 55, n. 4, p. 923-949, jul./ago. 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-761220200121>. Acesso em: 10 ago. 2025.

WANG, D. W. L. et al. Os impactos da judicialização da saúde no município de São Paulo: gasto público e organização federativa. *Revista de Administração Pública*, v. 48, p. 1191-1206, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Constitution of the World Health Organization**. Geneva: WHO, 1946. Disponível em: <https://www.who.int/about/governance/constitution>. Acesso em: 10 ago. 2025.

ANEXOS

ANEXO A – Pacerer do CEP

UNIVERSIDADE VALE DO RIO
DOCE/ FUNDAÇÃO PERCIVAL
FARQUHAR- FPF



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: JUDICIALIZAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE PÚBLICA DO IDOSO: causas, impacto das demandas e possibilidades de solução para um fenômeno contemporâneo

Pesquisador: Suely Maria Rodrigues

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 77969417.1.0000.5157

Instituição Proponente: Fundação Percival Farquhar/ FPF

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.333.816

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo sobre a obrigatoriedade do Poder público de garantir judicialmente procedimentos e serviços de saúde independentemente de sua cobertura ou incorporação pelo Sistema Único de Saúde, ou, quando cobertos, sem a observância às competências administrativas do gestor local de saúde num sistema público descentralizado e hierárquico. Trata-se, portanto de um estudo sobre os impactos dessa judicialização do direito à saúde, especificamente do idoso, e seus impactos na gestão e orçamento municipal. saúde num sistema público descentralizado e hierárquico

Objetivo da Pesquisa:

Investigar causas e impactos da judicialização do direito à saúde pública do idoso sobre a gestão e orçamento municipal destinado à saúde de Governador Valadares (MG)

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Apresenta com clareza a avaliação dos riscos e benefícios.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Em relação a amostra descreve com precisão a amostra 1) relacionada aos processos judiciais de demanda individuais na primeira e segunda instância requeridas por idosos no ano de 2017. 2) Amostra qualitativa será formada por idosos usuários do Sistema Único de Saúde, de ambos os

Endereço: Rua Israel Pinheiro 2000 - BI F1 - Sala 02

Bairro: Universitário

CEP: 35.020-220

UF: MG

Município: GOVERNADOR VALADARES

Telefone: (11)1111-1111

Fax: (33)3279-5543

E-mail: cep@univale.br

**UNIVERSIDADE VALE DO RIO
DOCE/ FUNDAÇÃO PERCIVAL
FARQUHAR- FPF**



Continuação do Parecer: 2.333.816

sexos, residentes na zona urbana e rural do município de Governador Valadares. 3) Em relação aos gestores municipais será formada pelo Secretário Municipal de Saúde e Coordenação da Saúde do município que atuam no cargo há pelo menos um ano.

IMPORTANTE: o texto não tem continuidade em relação a amostra do poder judiciário (tanto no arquivo relacionado às informações básicas como no projeto. "E quanto ao poder judiciário" falta descrever como será a amostra desse grupo pesquisado.

CONTUDO no item critério de inclusão informa: "Em relação aos gestores municipais e poder judiciário serão incluídos os que atuam no cargo há pelo menos um ano". O que nos permite considerar que "quanto ao poder judiciário serão entrevistados gestores que estão no cargo a pelo menos um ano.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta todos os termos obrigatórios.

Recomendações:

Completar o texto referente a amostragem no que diz respeito a amostra do poder judiciário.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto sem pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

O CEP, em reunião ordinária, acompanhou o parecer do relator decidiu que o parecer do projeto avaliado é **APROVADO**.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1005179.pdf	30/09/2017 17:09:50		Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	30/09/2017 17:09:27	Suely Maria Rodrgues	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	30/09/2017 17:04:51	Suely Maria Rodrgues	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_JUDICIALIZACAO.pdf	30/09/2017 17:04:27	Suely Maria Rodrgues	Aceito
Folha de Rosto	folha_rosto.pdf	29/09/2017 13:42:20	Suely Maria Rodrgues	Aceito

Endereço: Rua Israel Pinheiro 2000 - BI F1 - Sala 02

Bairro: Universitário

CEP: 35.020-220

UF: MG

Município: GOVERNADOR VALADARES

Telefone: (11)1111-1111

Fax: (33)3279-5543

E-mail: cep@univale.br

UNIVERSIDADE VALE DO RIO
DOCE/ FUNDAÇÃO PERCIVAL
FARQUHAR- FPF



Continuação do Parecer: 2.333.816

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

GOVERNADOR VALADARES, 17 de Outubro de 2017

Assinado por:
Ivana Cristina Ferreira Santos
(Coordenador)

Endereço: Rua Israel Pinheiro 2000 - Bl F1 - Sala 02
Bairro: Universitário **CEP:** 35.020-220
UF: MG **Município:** GOVERNADOR VALADARES
Telefone: (11)1111-1111 **Fax:** (33)3279-5543 **E-mail:** cep@univale.br

ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

1 – Identificação do Responsável pela execução da pesquisa:

Título: JUDICIALIZAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE PÚBLICA DO IDOSO: causas, impacto das demandas e possibilidades de solução para um fenômeno contemporâneo
Natureza do Projeto: Pesquisa
Pesquisador Responsável: Suely Maria Rodrigues
Contato com pesquisador responsável: Campus Antônio Rodrigues Coelho Rua Israel Pinheiro, 2000 - Bairro Universitário - CEP: 35020-220 Cx. Postal 295 - Governador Valadares/MG Telefone(s): (33)
Comitê de Ética em Pesquisa Rua Israel Pinheiro, 2000 – Campus Universitário – Tel.: 3279 5575

2 – Informações ao participante ou responsável:

- 1) Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa intitulada: **“JUDICIALIZAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE PÚBLICA DO IDOSO: causas, impacto das demandas e possibilidades de solução para um fenômeno contemporâneo”**, na área de Saúde Coletiva.
- 2) A pesquisa terá como objetivo geral investigar causas e impactos da judicialização do direito à saúde pública do idoso sobre a gestão e orçamento municipal destinado à saúde de Governador Valadares (MG)
- 3) Você irá responder para mim algumas perguntas sobre o que significa judicialização da saúde para você; na sua visão, o que considera que causa a judicialização da saúde?.
- 4) Antes de aceitar participar da pesquisa, leia atentamente as explicações que informam sobre o procedimento: 4.1) Serão feitas algumas perguntas. Ao respondê-las, é muito importante que suas respostas sejam sinceras. Caso alguma pergunta lhe provoque constrangimento, você não precisará responder. Peça ao entrevistador para passar para a próxima pergunta. Durante a entrevista, o entrevistador registrará no gravador suas respostas. Ao final, você poderá verificar se os registros estão de acordo com suas respostas, bem como se foi feita qualquer registro que possa identificá-lo (a). Você tem o direito de recusar-se a participar da pesquisa em qualquer momento durante a entrevista, podendo até mesmo, solicitar que seja apagado o registro feito até o momento. 4.3) Sua participação será apenas para fornecer as respostas às perguntas. O tempo previsto para a entrevista é de trinta minutos.

- 5) Você poderá se recusar a participar da pesquisa ou poderá abandonar o procedimento em qualquer momento, sem nenhuma penalização ou prejuízo.
- 6) A sua participação na pesquisa será como voluntário, não recebendo nenhum privilégio, seja ele de caráter financeiro ou de qualquer natureza. Entretanto, lhe serão garantidos todos os cuidados necessários a sua participação de acordo com seus direitos individuais e respeito ao seu bem-estar físico e psicológico.
- 7) A sua participação poderá envolver os seguintes riscos ou desconfortos: durante a entrevista você pode ter medo ou insegurança quanto à melhor resposta a ser fornecida; conflitos entre o que pensa e o que imagina que deve ser respondido; desconforto por ser perguntado sobre assuntos que podem lhe gerar certo desconforto ou constrangimento; temor de que possa no futuro ser identificado como fornecedor de algum dado desconcertante levantado nessa investigação.
- 8) Prevêem como benefícios da realização dessa pesquisa: contribuir para a compreensão dos arranjos institucionais e sociais desenvolvidos em interação entre Judiciário, sociedade e gestão para a efetivação do direito à saúde. A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável.
- 9) Serão garantidos o anonimato e privacidade aos participantes, assegurando-lhes o direito de omissão de sua identificação ou de dados que possam comprometê-lo. Na apresentação dos resultados não serão citados os nomes dos participantes.
- 10) Os resultados obtidos com a pesquisa serão apresentados em eventos ou publicações científicas por meio de resumos, artigos e Dissertação de Mestrado.

Confirmo ter sido informado e esclarecido sobre o conteúdo deste termo. A minha assinatura abaixo indica que concordo em participar desta pesquisa e por isso dou meu livre consentimento.

Governador Valadares, _____ de _____ de 2022.

Nome do participante: _____

Assinatura do participante: _____

Assinatura do pesquisador responsável: _____

ANEXO C – ROTEIRO DE ENTREVISTA

INSTRUÇÕES IMPORTANTES

1. Esta pesquisa se destina a fins puramente científicos.
1. Para que os resultados sejam uma representação da realidade, é necessário que as respostas dadas sejam sinceras. Não existe uma resposta melhor e outra pior, todas as respostas são igualmente importantes.
2. Para que possamos melhor aproveitar seu testemunho, se as perguntas não lhe causarem algum tipo de constrangimento, ou dificuldades éticas, pedimos que responda a todas as questões que dizem respeito à realidade, isto é, ao modo como você pensa.
3. Em caso de dúvidas, pergunte, sua contribuição será mais efetiva caso tire todas as dúvidas que tiver, junto ao entrevistador.
4. Salientamos que sua participação na presente pesquisa se faz mediante seu livre consentimento. Os dados obtidos nas entrevistas por todos os participantes serão utilizados para fins acadêmicos e de publicação em revista científica. O fato de não haver identificação nesse formulário, e no registro eletrônico garante o anonimato dos autores das respostas às questões propostas.

1. O que significa judicialização da saúde para você?
2. Na sua opinião, o que causa a judicialização da saúde?.
3. No seu entendimento, o que deve ser feito (quais as ações necessárias) para que não aconteça a judicialização da saúde?
4. Você poderia descrever o que as ações da judicialização da saúde podem causar na receita do município?
5. Em relação à sua área de atuação, você percebe ou encontra dificuldades com as ações judiciais do SUS? Explique.