

# **A JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL: o acesso à justiça reivindicando direitos fundamentais e seus impactos nos diversos poderes**

## **THE JUDICIALIZATION OF PUBLIC HEALTH IN BRAZIL: access to justice claiming fundamental rights and their impacts on the various powers**

Rodolfo Albuquerque da Silva <sup>1</sup>

Maria Carmen Chaves <sup>2</sup>

### **RESUMO**

Este artigo trata de uma descrição analítica do fenômeno da Judicialização da Saúde Pública no Brasil, que cresce nos Tribunais, em virtude das demandas judiciais para ter acesso aos serviços de saúde pública. O método utilizado seguiu dois caminhos complementares: (1) pesquisa bibliográfica que versassem sobre o tema, (2) análise dos dados provenientes da Base de Dados do Poder Judiciário (DataJud). Concluiu-se que cabe aos gestores do executivo sanar os defeitos prestacionais da saúde pública, a partir do conhecimento do acionamento do judiciário para a garantia do direito à saúde, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS).

**Palavras-chave:** Direitos Fundamentais. Direito à Saúde. Judicialização da Saúde.

### **ABSTRACT**

This article is an analytical description of the phenomenon of the Judicialization of Public Health in Brazil, which grows in the Courts, due to judicial demands to have access to public health services. The method used followed two complementary paths: (1) bibliographic research that dealt with the topic, (2) analysis of data from the Judiciary Database (DataJud). It was concluded that it is up to the executive managers to remedy the performance defects of public health, from the knowledge of the judiciary action to guarantee the right to health, through the Unified Health System (SUS).

**Keywords:** Fundamental Rights. Health Rights. Judicialization of Health.

<sup>1</sup> Graduando do 10º período em bacharelado no curso de Direito pela UNIT-PE.

<sup>2</sup> Doutora e Mestre pela Universidade Federal de Pernambuco – UFPE; Graduação em Comunicação Social e Jornalismo pela Universidade Católica de Pernambuco – UNICAP. Professora adjunta do Centro Universitário Tiradentes – UNIT. E-mail: maria.carmen@souunit.com.br

## **1. INTRODUÇÃO**

O presente artigo busca proporcionar ao leitor uma breve visão panorâmica a respeito da judicialização da saúde pública no Brasil, reivindicando direitos fundamentais assegurados pela Carta Magna de 1988, bem como os impactos para os Entes Federados.

Cuida-se de construção textual amparada em pesquisa bibliográfica acerca do tema, bem como foram utilizados dados oriundos de diferentes fontes para explicar a judicialização da saúde pública no Brasil. Também, foi realizada análise dos dados provenientes da Base de Dados do Poder Judiciário (DataJud), publicados em 08 de junho de 2021, pelo Conselho Nacional de Justiça (CNJ), por meio do relatório Judicialização e Sociedade: ações para acesso à saúde pública de qualidade.

Cuja justificativa reside em permitir um melhor entendimento no que se refere à substância do direito à saúde como direito fundamental e aos diversos aspectos que rodeiam seu trato.

Nesse sentido, parece válida a abordagem sobre o tema, seu conceito, seus impactos, dentre outros aspectos.

A importância do desenvolvimento proposto reside no fato de que, diante de uma percepção mais apurada sobre o fenômeno da busca pelo direito à saúde como direito fundamental, melhores serão as condições de exercício de cidadania e de, sendo o caso, buscar a tutela de tal direito.

## **2. O DIREITO À SAÚDE COMO DIREITO E GARANTIA FUNDAMENTAL**

Os direitos fundamentais são aqueles essenciais ao ser humano, algumas de suas características são a irrenunciabilidade, a imprescritibilidade, relatividade/limitabilidade, personalidade e a inalienabilidade, evoluem com o tempo e têm conteúdo dinâmico em relação ao tempo, aos aspectos históricos e aos movimentos sociais, muito embora sua essência seja protegida de forma perpétua no ordenamento jurídico que os recebam. Sendo certo que há uma confusão entre eles e os direitos humanos.

De acordo com Stephanie Figueiredo (2022), é importante mencionar que os direitos humanos são previstos em convenções internacionais e podem ser ratificados pelo Brasil, enquanto os direitos fundamentais estão positivados no ordenamento

constitucional de uma nação. A Carta Magna de 1988 aborda-os entre os artigos 5º e 17º, no entanto, ela não é exaustiva, por isso falamos em direitos explícitos, expressos no ordenamento constitucional, e implícitos, que dele decorrem. No §2º do art. 5º, vê-se a possibilidade de o sistema jurídico receber direitos advindos de tratados de que o Brasil faça parte. Pode-se dizer que estes são os direitos básicos individuais, coletivos, sociais e políticos presentes na Constituição.

Segundo Luís Roberto Barroso (2009, p. 221-222), *“a dignidade da pessoa humana é o valor e o princípio subjacente ao grande mandamento, de origem religiosa, do respeito ao próximo. Todas as pessoas são iguais e têm direito a tratamento igualmente digno. A dignidade da pessoa humana é a ideia que informa, na filosofia, o imperativo categórico kantiano, dando origem a proposições éticas superadoras do utilitarismo: a) uma pessoa deve agir como se a máxima da sua conduta pudesse transformar-se em uma lei universal; b) cada indivíduo deve ser tratado como um fim em si mesmo, e não como um meio para a realização de metas coletivas ou de outras metas individuais. As coisas têm preço; as pessoas têm dignidade. Do ponto de vista moral, ser é muito mais do que ter. O princípio da dignidade humana identifica um espaço de integridade a ser assegurado a todas as pessoas por sua só existência no mundo”*.

Pois bem, ao passo que o direito fundamental é declaratório, a garantia fundamental é assecuratória. Assim, quando fala-se em garantias fundamentais refere-se a ferramentas que assegurem esses direitos declarados.

O direito à saúde é considerado um direito de segunda geração cujo sujeito passivo é o Estado, que tem o dever de realizar prestações positivas aos seus titulares, os cidadãos, em oposição à posição passiva que se reclamava quando da reivindicação dos direitos de primeira geração (LAFER, 1988, p. 127). Foram positivados somente nas Constituições francesas liberais de 1791 e 1973, sendo ampliados e reafirmados pela Constituição francesa de 1948, carta política esta que correspondeu com a consciência da população, verdadeira interessada na efetivação de tais direitos, dos problemas resultantes da revolução industrial e a condição dos operários (LAFER, 1988, p. 127-128; COMPARATO, 2001, p. 51).

A positivação dos direitos que hoje são alcunhados de fundamentais e que correspondem, de mais a mais, às gerações de direitos humanos deu-se, nas variadas Cartas Fundamentais, em correspondência ao transcurso da história da humanidade e efetivamente se perfectibilizou no ordenamento jurídico pátrio, com a proporção que

hoje se concebe, com a promulgação da Constituição Cidadã de 1988, como uma consequência histórica da transmutação dos direitos naturais universais em direitos positivos particulares, e, depois, em direitos positivos universais (PIOVESAN, 2004, p. 124)

São, assim, considerados humanos, os direitos conferidos a todo e qualquer sujeito, no intuito de se resguardar sua dignidade, direitos esses que “a sociedade política tem o dever de consagrar e garantir” (HERKENHOFF, 1994, p. 31), todos recorrentes de alterações no pensamento filosófico, jurídico e político da humanidade, e que, positivados, convencionou-se designar por “direitos fundamentais”.

A Constituição de 1988 é a primeira Carta brasileira a consagrar o direito fundamental à saúde. Textos constitucionais anteriores possuíam apenas disposições esparsas sobre a questão, como a Constituição de 1824, que, em seu art. 179, inciso XXXI, fazia referência à garantia de “socorros públicos” (MENDES, 2017, p. 695).

No ordenamento pátrio, a Constituição Federal prevê o direito à saúde (art. 6 e 196), sendo este, direito de todos e dever do Estado, garantida mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos, bem como através do acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação, sendo uma responsabilidade comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios a concretização de tal direito.

Em seu livro Curso de Direito Constitucional, Gilmar Mendes assevera que, dizer que a norma do art. 196, por tratar de um direito social, consubstanciasse tão somente em norma programática, incapaz de produzir efeitos, apenas indicando diretrizes a serem observadas pelo poder público, significaria negar a força normativa da Constituição (MENDES, 2017, p. 696).

Enquanto direito essencialmente vinculado à vida e à proteção da integridade físico-psíquica do ser humano, a saúde não pode ser interpretada apenas como um enunciado meramente programático, mas, sim, como um direito fundamental cuja efetivação é dever do Poder Público, pois a sua não concretização consiste em evidente afronta à dignidade da pessoa humana.

Ainda que tal direito não estivesse expressamente previsto na CF/88, a sua estreita vinculação com o direito à vida, bem supremo do ser humano, o conduziria à situação de direito fundamental implícito, de modo que a sua efetivação também seria um dever do Estado, vez que a ação deste está vinculada pela imediata aplicabilidade das normas dos direitos fundamentais.

Segundo Gilmar Mendes (2017, p. 697), a Constituição Federal houve por bem estabelecer o modelo básico de organização e procedimento para realização do direito básico à saúde.

O art. 198 do texto constitucional prevê que as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único de saúde, organizado de forma descentralizada, com direção única em cada esfera de governo, direcionado ao atendimento integral, com prioridade para atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais, possibilitando a participação da comunidade.

O constituinte originário quando determinou, no art. 200 da Constituição Federal, a instituição de um sistema único e integrado de saúde, definiu, de forma ampla, as suas atribuições.

### **3. O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

O Sistema Único de Saúde (SUS) é uma conquista do povo brasileiro, garantido pela Constituição Federal de 1988, em seus artigos 196 e 200, por meio da Lei nº 8.080/1990. O SUS é o único sistema de saúde pública do mundo que atende mais de 190 milhões de pessoas, sendo que 80% delas dependem exclusivamente dele para qualquer atendimento de saúde.

O SUS nasceu por meio da pressão dos movimentos sociais que entenderam que a saúde é um direito de todos, uma vez que, anteriormente à Constituição Federal de 1988, a saúde pública estava ligada à previdência social e à filantropia.

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde pública do mundo, abrangendo desde o simples atendimento para avaliação da pressão arterial, por meio da Atenção Primária, até o transplante de órgãos, garantindo acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país. Com a sua criação, o SUS proporcionou o acesso universal ao sistema público de saúde, sem discriminação. A atenção integral à saúde, e não somente aos cuidados assistenciais, passou a ser um direito de todos os brasileiros, desde a gestação e por toda a vida, com foco na saúde com qualidade de vida, visando a prevenção e a promoção da saúde.

A gestão das ações e dos serviços de saúde deve ser solidária e participativa entre os três entes da Federação: a União, os Estados e os municípios. A rede que

compõe o SUS é ampla e abrange tanto ações quanto os serviços de saúde. Engloba a atenção primária, média e alta complexidades, os serviços urgência e emergência, a atenção hospitalar, as ações e serviços das vigilâncias epidemiológica, sanitária e ambiental e assistência farmacêutica.

A estrutura do Sistema Único de Saúde (SUS) é composto pelo Ministério da Saúde, Estados e Municípios, conforme determina a Constituição Federal. Cada ente tem suas corresponsabilidades.

O Ministério da Saúde é o gestor nacional do SUS, formula, normatiza, fiscaliza, monitora e avalia políticas e ações, em articulação com o Conselho Nacional de Saúde. Atua no âmbito da Comissão Inter gestores Tripartite (CIT) para pactuar o Plano Nacional de Saúde. Integram sua estrutura: Fiocruz, Funasa, Anvisa, ANS, Hemobrás, Inca, Into e oito hospitais federais.

A Secretaria Estadual de Saúde participa da formulação das políticas e ações de saúde, presta apoio aos municípios em articulação com o conselho estadual e participa da Comissão Inter gestores Bipartite (CIB) para aprovar e implementar o plano estadual de saúde.

A Secretaria Municipal de Saúde planeja, organiza, controla, avalia e executa as ações e serviços de saúde em articulação com o conselho municipal e a esfera estadual para aprovar e implantar o plano municipal de saúde.

O Conselho de Saúde, no âmbito de atuação (Nacional, Estadual ou Municipal), em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.

Cabe a cada Conselho de Saúde definir o número de membros, que obedecerá a seguinte composição: 50% de entidades e movimentos representativos de usuários; 25% de entidades representativas dos trabalhadores da área de saúde e 25% de representação de governo e prestadores de serviços privados conveniados, ou sem fins lucrativos.

A comissão Inter gestores tripartites é responsável pelo foro de negociação e pactuação entre gestores federal, estadual e municipal, quanto aos aspectos operacionais do SUS.

A Comissão Inter gestores Bipartite pelo foro de negociação e pactuação entre gestores estadual e municipais, quanto aos aspectos operacionais do SUS.

O Conselho Nacional de Secretário da Saúde (Conass) é a entidade representativa dos entes estaduais e do Distrito Federal na CIT para tratar de matérias referentes à saúde.

O Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) é a Entidade representativa dos entes municipais na CIT para tratar de matérias referentes à saúde.

Os Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde (Cosems) são reconhecidos como entidades que representam os entes municipais, no âmbito estadual, para tratar de matérias referentes à saúde, desde que vinculados institucionalmente ao Conasems, na forma que dispuserem seus estatutos.

De acordo com a Constituição Federal, os municípios são obrigados a destinar 15% do que arrecadam em ações de saúde. Para os governos estaduais, esse percentual é de 12%. Já o Governo Federal tem um cálculo um pouco mais complexo: tem que contabilizar o que foi gasto no ano anterior, mais a variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB). Então essa variação é somada ao que se gastou no ano anterior para se definir qual o valor da aplicação mínima naquele ano.

Todos os brasileiros podem usar o SUS, porque todos nós contribuímos com os nossos impostos para que ele funcione. O SUS é integral, igualitário e universal, ou seja, não faz, e nem deve fazer qualquer distinção entre os usuários. Inclusive, estrangeiros que estiverem no Brasil e por algum motivo precisarem de alguma assistência de saúde, podem utilizar de toda rede do SUS gratuitamente.

A porta de entrada do usuário no SUS é na Unidade Básica de Saúde (UBS), popularmente conhecida como Posto de Saúde. A UBS é de responsabilidade de gerenciamento do município, ou seja, de cada Prefeitura brasileira. Para facilitar o acesso do usuário, o município mapeia a área de atuação de cada UBS por bairro ou região. Por isso, o cidadão deve procurar a unidade mais próxima da sua casa, munido de documentos e de comprovante de residência (conta de água, luz ou telefone).

A Unidade de Pronto Atendimento (UPA) são estruturas de complexidade intermediária entre as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e as portas de urgência hospitalares, onde em conjunto com estas compõe uma rede organizada de Atenção às Urgências. Com isso ajudam a diminuir as filas nos prontos-socorros dos hospitais. A UPA oferece estrutura simplificada, com raio-X, eletrocardiografia, pediatria,

laboratório de exames e leitos de observação. Nas localidades que contam com UPA, 97% dos casos são solucionados na própria unidade.

A Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde traz informações para que você conheça seus direitos na hora de procurar atendimento de saúde. Ela reúne os seis princípios básicos de cidadania que asseguram ao brasileiro o ingresso digno nos sistemas de saúde, seja ele público ou privado, a) todo cidadão tem direito ao acesso ordenado e organizado aos sistemas de saúde; b) todo cidadão tem direito a tratamento adequado e efetivo para seu problema; c) todo cidadão tem direito ao atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação; d) todo cidadão tem direito a atendimento que respeite a sua pessoa, seus valores e seus direitos; e) todo cidadão também tem responsabilidades para que seu tratamento aconteça da forma adequada; f) todo cidadão tem direito ao comprometimento dos gestores da saúde para que os princípios anteriores sejam cumpridos.

### **3.1 Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS)**

A universalização prevê que a saúde é um direito de cidadania de todas as pessoas e cabe ao Estado assegurar este direito, sendo que o acesso às ações e serviços deve ser garantido a todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, ocupação ou outras características sociais ou pessoais.

A equidade, cujo objetivo desse princípio é diminuir desigualdades. Apesar de todas as pessoas possuírem direito aos serviços, as pessoas não são iguais e, por isso, têm necessidades distintas. Em outras palavras, equidade significa tratar desigualmente os desiguais, investindo mais onde a carência é maior.

A Integralidade considera as pessoas como um todo, atendendo a todas as suas necessidades. Para isso, é importante a integração de ações, incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação. Juntamente, o princípio de integralidade pressupõe a articulação da saúde com outras políticas públicas, para assegurar uma atuação Inter setorial entre as diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e qualidade de vida dos indivíduos.

### **3.2 Princípios Organizativos do SUS**

A Regionalização e Hierarquização preveem que os serviços devem ser organizados em níveis crescentes de complexidade, circunscritos a uma determinada área geográfica, planejados a partir de critérios epidemiológicos e com definição e conhecimento da população a ser atendida.

A regionalização é um processo de articulação entre os serviços que já existem, visando o comando unificado dos mesmos.

Já a hierarquização deve proceder à divisão de níveis de atenção e garantir formas de acesso a serviços que façam parte da complexidade requerida pelo caso, nos limites dos recursos disponíveis numa dada região.

A Descentralização e Comando Único: tem a função de redistribuir poder e responsabilidade entre os três níveis de governo. Com relação à saúde, descentralização objetiva prestar serviços com maior qualidade e garantir o controle e a fiscalização por parte dos cidadãos. No SUS, a responsabilidade pela saúde deve ser descentralizada até o município, ou seja, devem ser fornecidas ao município condições gerenciais, técnicas, administrativas e financeiras para exercer esta função. Para que valha o princípio da descentralização, existe a concepção constitucional do mando único, onde cada esfera de governo é autônoma e soberana nas suas decisões e atividades, respeitando os princípios gerais e a participação da sociedade.

A Participação Popular, quando a sociedade deve participar no dia-a-dia do sistema. Para isto, devem ser criados os Conselhos e as Conferências de Saúde, que visam formular estratégias, controlar e avaliar a execução da política de saúde.

### **3.3 Responsabilidades dos entes que compõem o SUS**

A União, a gestão federal da saúde é realizada por meio do Ministério da Saúde. O governo federal é o principal financiador da rede pública de saúde. Historicamente, o Ministério da Saúde aplica metade de todos os recursos gastos no país em saúde pública em todo o Brasil, e estados e municípios, em geral, contribuem com a outra metade dos recursos. O Ministério da Saúde formula políticas nacionais de saúde, mas não realiza as ações. Para a realização dos projetos, depende de seus parceiros

(estados, municípios, ONGs, fundações, empresas, etc.). Também tem a função de planejar, elaborar normas, avaliar e utilizar instrumentos para o controle do SUS.

Os Estados e o Distrito Federal possuem secretarias específicas para a gestão de saúde. O gestor estadual deve aplicar recursos próprios, inclusive nos municípios, e os repassados pela União. Além de ser um dos parceiros para a aplicação de políticas nacionais de saúde, o estado formula suas próprias políticas de saúde. Ele coordena e planeja o SUS em nível estadual, respeitando a normatização federal. Os gestores estaduais são responsáveis pela organização do atendimento à saúde em seu território.

Os Municípios são responsáveis pela execução das ações e serviços de saúde no âmbito do seu território. O gestor municipal deve aplicar recursos próprios e os repassados pela União e pelo estado. O município formula suas próprias políticas de saúde e também é um dos parceiros para a aplicação de políticas nacionais e estaduais de saúde. Ele coordena e planeja o SUS em nível municipal, respeitando a normatização federal. Pode estabelecer parcerias com outros municípios para garantir o atendimento pleno de sua população, para procedimentos de complexidade que estejam acima daqueles que pode oferecer.

#### **4. A JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL**

O debate em torno dos direitos relativos à saúde deve ter como primeiro paradigma a Constituição Federal de 1988. A Carta Constitucional é marco decisivo e importante no reconhecimento do direito à saúde.

É também a partir da Constituição de 1988 que o Sistema Único de Saúde (SUS) é criado com objetivo de universalização da prestação dos serviços de saúde. Além da Constituição, o SUS é estruturado a partir de outras duas leis, a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, e a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.

Sendo assim, o direito à saúde encontrado na Constituição Federal trata-se de um direito universal e integrativo a toda a população de forma que “seu exercício passa a depender das necessidades dos indivíduos e das condições asseguradas pelo Estado para que o direito na lei se transforme em direito em exercício” (FLEURY, 2012. p. 159).

Entretanto, percebe-se, ao longo dos últimos anos, que a simples inserção da saúde no rol dos direitos fundamentais constitucionais não foi suficiente para dar

concretude a este direito. Desse modo, conforme Oliveira et al. (2019), cabe ao Estado e seus gestores o empenho constante para expandir cada vez mais a prestação do serviço público de saúde de maneira a alcançar todos os cidadãos em suas carências.

Doutro giro, ao Poder Judiciário é dada relativa importância para a preservação dos direitos fundamentais à vida e à saúde. Por conseguinte, o Conselho Nacional de Justiça (CNJ) vem implementando diversas iniciativas para aperfeiçoar a prestação jurisdicional nas demandas por acesso à saúde, dentre elas, destaca-se a criação do Fórum de Saúde, criado por meio da Resolução nº 107, que instituiu o Fórum Nacional do Judiciário para monitoramento e Resolução de Demandas de Assistência à Saúde – Fórum da Saúde.

Cujo objetivo é de monitorar as ações judiciais, elaborar estudos e propor medidas concretas e normativas para o aperfeiçoamento de procedimentos, o reforço à efetividade dos processos judiciais e a prevenção de novos conflitos na área da Saúde Pública e Suplementar.

Com relação à judicialização da saúde, entende-se como fenômeno crescente dos números de demandantes que pleiteiam questões relativas à saúde junto ao Judiciário. Alguns aspectos importantes devem ser considerados para se ter em mente como este fenômeno surge. A saúde é um direito constitucional. Portanto, é fundamental, para qualquer análise que se faça sobre tal tema, salientar que o eixo central da discussão não se dá na legitimidade de um direito, mas em mecanismos que assegurem este sem a necessidade de o Judiciário intervir, ou seja, na garantia do direito à saúde por aqueles a quem compete.

O rol de demandas envolvendo a prestação à saúde vai, desde a aquisição de medicamentos (estejam estes ou não no rol de medicamentos do SUS), até a prestação de serviços hospitalares, tais como: internações, disponibilidade de leitos, cirurgias, aquisição de bens relacionados a tratamentos contínuos, como o uso de fraldas ou cadeiras de roda.

Ocorre que, o que a judicialização da saúde tem causado nos gestores dos distintos poderes não está ligado ao fato de um direito legítimo ser judicializado, mas com o ônus de tal fenômeno na própria estrutura judicial e, além disso, nos custos para a máquina administrativa dos executivos nacionais e subnacionais.

Os olhos dos administradores e dos coordenadores do poder Judiciário tem se voltado para a questão em decorrência do aumento exponencial de demandas recebidas por parte do Judiciário e seu alto custo envolvido, não apenas na condução

dos processos judiciais, mas também no cumprimento de decisões que, por vezes, não estão previstas em orçamento por parte dos gestores do Executivo.

Dessa forma, o tema se tornou um ponto de preocupação para o CNJ, que passou a organizar as Jornadas de Direito da Saúde.

Costa, Silva & Ogata abordam as polarizações nos debates sobre o tema, refletidas na maior parte dos estudos e pesquisas referenciadas em seu texto, os quais totalizaram 21 artigos de divulgação científica publicados entre anos de 2014 e 2019. Se, de um lado, as judicializações no campo da saúde podem corrigir distorções na distribuição de bens e serviços de saúde pública e induzir reformulações nas políticas, por outro, promove um impacto inesperado sobre as previsões orçamentárias do setor público, mobilizando uma crescente necessidade de alocação de recursos pelos entes federados.

Diante dessas e de outros achados de pesquisa, as autoras sugerem, como medidas prioritárias para redução gradual nas demandas por judicialização da saúde, a criação de comitês estaduais e municipais especializados e a consolidação de estratégias de mediação sanitária, bem como a instrumentalização, no âmbito das decisões judiciais, do princípio da “reserva do possível”, subdividida em reserva técnica e financeira: “Reserva técnica refere-se ao âmbito de análise crítica e viabilidade das ações – como, por exemplo, a falta de comprovação científica de um medicamento requerido –, demonstra uma questionável possibilidade técnica e por isso deve inviabilizar tal solicitação. Já a reserva financeira se estende à compreensão da disponibilidade dos recursos e como estes devem ser gerenciados a fim de viabilizarem as políticas públicas e a organização do serviço de saúde. Em termos práticos, se o dinheiro é insuficiente para arcar com os planejamentos previstos e lidar com as demandas judiciais, automaticamente o contexto exige sua limitação, uma vez que o direito a saúde, que é coletivo, deve ser resguardado” (COSTA, SILVA & OGATA; 2020, p. 158).

Em 2016, CNJ e Ministério da Saúde assinaram acordo para a criação de um banco de dados com informações técnicas para subsidiar os magistrados de todo o país em ações na área da saúde. Lançado em 2017, o e-NATJus abriga pareceres técnico-científicos e notas técnicas elaboradas com base em evidências científicas na área da saúde, emitidos pelos Núcleos de Apoio Técnico (NAT-JUS), Núcleos de Avaliação de Tecnologias em Saúde (NATS) selecionados e pela Comissão Nacional

de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (Conitec), além de julgados na área da saúde.

Segundo levantamento do Conselho Nacional de Justiça (CNJ) divulgado em agosto de 2021, a cada ano aumenta o número de casos na Justiça referentes à saúde, ultrapassando 2,5 milhões de processos entre os anos de 2015 e 2020. O desabastecimento de medicamentos e a falta de especialistas são alguns dos fatores que têm motivado a judicialização.

Baseada nos dados do Justiça em Números, da Base Nacional de Dados do Poder Judiciário (DataJud), do Ministério da Saúde e em questionários respondidos por magistrados, tribunais e secretários de saúde estaduais e municipais, o levantamento dimensiona a rede de atendimento de saúde disponível no país, bem como a judicialização do setor.

A seguir serão apresentados uma série de dados e análise que foram retirados do Relatório Judicialização e Sociedade divulgado em 08 de junho de 2021 pelo Conselho Nacional de Justiça (CNJ) sobre os números de processos relacionados à temática saúde, tais dados dizem respeito aos anos de 2015 a 2019, e foram extraídos do painel interativo do “Justiça em Números”.

Conforme se depreende da Tabela 1 percebe-se que a grande parte dos processos relacionados à saúde estão concentrados nos Tribunais de Justiça Estaduais, durante os anos de 2015 a 2018, houve pouca variação no número de casos novos a cada ano. Em 2015, os casos novos totalizaram 322.395 (trezentos e vinte e dois mil trezentos e noventa e cinco) e em 2018 um total de 326.397 (trezentos e vinte e seis mil trezentos e noventa e sete), o maior aumento esteve concentrado na mudança de 2018 para 2019, com o ano de 2019 tendo um total de 427.633. Já em relação aos Tribunais Regionais Federais o ano de 2015 contou com um total de 36.673 e o ano de 2020 com 58.744, sendo este último o ano com a maior incidência de casos novos.

**Tabela 1 - Quantidade de casos novos de saúde ingressados entre 2015 e 2020 por tipo de tribunal**

<b>Tribunal</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>
Superior Tribunal de Justiça	6.953	8.116	9.764	10.250	147 <sup>6</sup>	7.608
Tribunal de Justiça	322.395	320.447	367.438	326.397	427.633	486.423
Tribunal Regional Federal	36.673	47.139	40.730	40.357	41.795	58.774

Fonte: Relatório Judicialização e Sociedade (2021) com base dos dados do DataJud/CNJ 2020

Foram analisados os dados discriminados por Tribunais de Justiça, Tabela 2, percebe-se que a maior concentração de processos se encontra no Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo, nos anos de 2015, 2017, 2018 e 2019, o Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais foi o que mais recebeu processos no ano de 2016, com um total de 85.011 (oitenta e cinco mil e onze) processos relacionados ao tema. Se considerarmos toda a série histórica podemos depreender que dos Tribunais de Justiça os que mais apresentaram casos novos foram o TJSP, TJMG, TJRS com totais de 488.840 (quatrocentos e oitenta e oito mil oitocentos e quarenta), 444.123 (quatrocentos e quarenta e quatro mil cento e vinte e três), 287,718 (duzentos e oitenta e sete mil setecentos e dezoito) respectivamente, da mesma forma é perceptível a grande diferença entre os dois tribunais com o maior número para o terceiro com o maior número sendo está uma diferença de 156.405 (cento e cinquenta e seis mil quatrocentos e cinco) processos.

Ademais, cabe considerar que da análise da Tabela 3, e analisar a distribuição de casos novos por região, pode ser observado que a região com a maior concentração de casos novos de 2015 a 2019, foi a região Sudeste com 888.030 (oitocentos e oitenta e oito mil e trinta processos), enquanto a região Norte foi a região com o menor quantitativo de casos novos, com um total de 60.569 (sessenta mil quinhentos e sessenta e nove) casos novos. As possíveis causas podem ser apontadas para este fenômeno, como a baixa densidade geográfica encontrada nos estados da região Norte, que podem significar entraves para o ingresso de novos casos, além do quantitativo populacional destas, enquanto a região Sudeste conta com 89.012.240 (oitenta e nove milhões doze mil duzentos e quarenta) habitantes, a Norte conta com 18.672.591 (dezoito milhões seiscentos e setenta e dois mil quinhentos e noventa e um) habitantes.

**Tabela 2 - Número de casos novos ingressados por Tribunais de Justiça entre 2015 e 2020.**

<b>Tribunal</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>
TJAC	279	381	10.403	1.117	1.649	155
TJAL	2.613	4.506	4.788	8.515	6.592	2.369
TJAM	2.261	492	1.187	573	571	249
TJAP	736	1.111	859	640	928	81
TJBA	14.803	17.074	26.031	26.498	26.072	19.376
TJCE	4.157	4.633	5.586	10.333	1.990	7.672
TJDF	3.869	5.812	9.466	8.259	8.995	7.970
TJES	8.981	11.394	9.443	11.963	14.070	6.430
TJGO	1.054	1.135	2.274	5.292	4.913	5.153
TJMA	2.147	2.767	3.282	ND	4.629	5.822
TJMG	29.927	85.011	42.416	36.783	46.809	203.177
TJMS	3.184	6.237	6.156	11.142	8.546	7.738
TJMT	3.876	5.327	3.833	4.615	53.102	26.144
TJPA	1.141	1.034	1.565	1.462	5.002	1.842
TJPB	3.060	3.644	4.802	4.223	5.097	4.552
TJPE	9.466	11.459	9.413	5.871	8.927	6.152
TJPI	625	845	2.993	2.307	2.494	2.167
TJPR	9.736	9.129	8.789	2.458	11.034	8.938
TJRJ	35.492	26.612	34.123	37.564	40.689	31.305
TJRO	ND	3.444	2.476	4.425	3.632	1.225
TJRN	2.929	3.524	4.608	4.705	4.873	4.406
TJRS	42.593	42.593	50.218	54.406	51.441	46.467
TJRR	115	38	49	65	29	330
TJSC	19.986	16.742	14.787	15.965	22.507	10.648
TJSE	1.352	2.505	3.717	3.250	2.535	998
TJSP	116.209	50.689	102.280	60.982	86.593	72.087
TJTO	1.804	2.309	1.894	2.984	3.914	2.970
<b>Total</b>	<b>322.395</b>	<b>320.447</b>	<b>367.438</b>	<b>326.397</b>	<b>427.633</b>	<b>486.423</b>

Fonte: Relatório Judicialização e Sociedade (2021) com base dos dados do DataJud/CNJ 2020

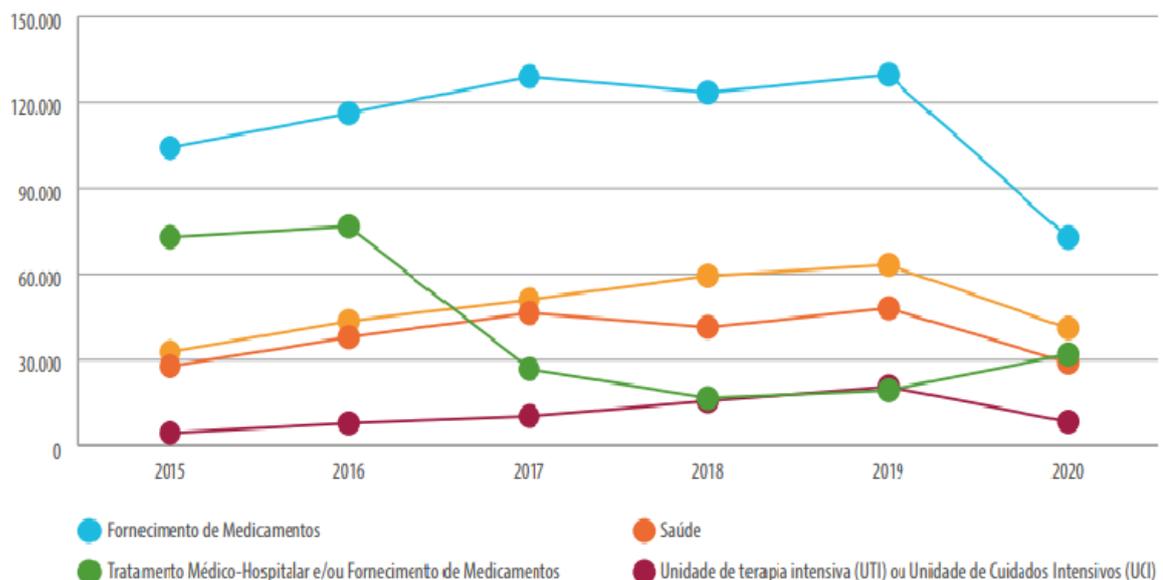
### 3 - Quantidade de casos novos segundo Região geográfica dos Tribunais de Justiça entre 2015 e 2020

Região Geográfica	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Total
Norte	6.336	8.809	18.433	11.266	15.725	6.852	67.421
Nordeste	41.152	50.957	65.220	65.702	63.209	53.514	339.754
Sudeste	190.609	173.706	188.262	147.292	188.161	47.005	935.035
Sul	72.315	68.464	73.794	72.829	84.982	312.999	685.383
Centro Oeste	11.983	18.511	21.729	29.308	75.556	66.053	223.140
<b>Total</b>	<b>322.395</b>	<b>320.447</b>	<b>367.438</b>	<b>326.397</b>	<b>427.633</b>	<b>486.423</b>	<b>2.250.733</b>

Fonte: Relatório Judicialização e Sociedade (2021) com base dos dados do DataJud/CNJ 2020

Observando os dados do Justiça em Números entre os anos de 2014 e 2019 (Gráfico 1), foi possível identificar que, excluindo “Planos de Saúde” e “Seguro”, os assuntos, com relação à Saúde que estão entre as mais frequentes são: “Fornecimento de Medicamentos”, “Saúde”, “Tratamento Médico-Hospitalar e/ou Fornecimento de Medicamentos”, “Tratamento Médico-Hospitalar” e “Unidade de Terapia Intensiva (UTI) ou Unidade de Cuidados Intensivos (UCI)”.

#### Gráfico 1 - Quantidade de casos novos dos principais assuntos judicializados entre 2015 e 2020 – TPU antiga



Fonte: Relatório Judicialização e Sociedade (2021) com base dos dados do DataJud/CNJ 2020

Neste contexto, com o auxílio dos dados do DataJud e analisando período de 2015 a 2020, é possível ter uma percepção sobre movimentos dos processos que envolvem o tema Saúde. A Tabela 4 mostra a situação de concessão de liminares em um grupo de assuntos mais frequentes entre os processos. O resultado mostra que apenas a temática Plano de Saúde possui concessão de liminar abaixo de 80,0%, todos os outros estão nessa faixa percentual, sendo Saúde Mental e Hospitais e Outras Unidades de Saúde/Internações/UTI e UCI os que tiveram os percentuais de concessão mais altos, acima de 86,0%.

**Tabela 4 - Percentual de Processos com e sem concessão de liminar por grupo de assuntos**

<b>Grupo de Assuntos</b>	<b>% de Processos com Concessão de Liminar</b>	<b>% de Processos sem Concessão de Liminar</b>
Fornecimento de Medicamentos/insumos	83,0%	17,0%
Hospitais e Outras Unidades de Saúde/ Internações/ UTI e UCI	86,3%	13,7%
Planos de Saúde	70,7%	29,3%
Saúde Mental	86,9%	13,1%
Saúde/SUS	80,4%	19,6%
Tratamento Médico-Hospitalar	81,9%	18,1%
<b>Total</b>	<b>80,8 %</b>	<b>19,2%</b>

Fonte: Relatório Judicialização e Sociedade (2021) com base dos dados do DataJud/CNJ 2020

Com relação aos pedidos considerados procedentes (Tabela 5), há também um alto percentual tanto sobre os processos julgados ou procedentes, improcedentes, ou procedentes em parte. O grupo de assuntos envolvendo Hospitais e Outras Unidades de Saúde/Internações/UTI e UCI é o com maior grau de procedência com um total de 84%, em seguida o grupo Fornecimento de Medicamentos/insumos, com 83%. Em relação aos processos envolvendo Planos de Saúde conta com a menor taxa de procedência dos pedidos, com 43%.

**Tabela 5 - Percentual de deferimentos em relação aos casos novos e processos julgados**

Grupo de Assuntos	% procedente sobre julgados	% não procedente sobre julgados	% parcialmente procedente sobre julgados
Fornecimento de Medicamentos/insumos	83,0%	7,7%	9,3%
Hospitais e Outras Unidades de Saúde/ Internações/UTI e UCI	84,2%	8,2%	7,6%
Planos de Saúde	42,9%	36,8%	20,3%
Saúde Mental	80,3%	8,2%	11,5%
Saúde/SUS	77,7%	10,2%	12,1%
Tratamento Médico-Hospitalar	80,7%	9,3%	10,0%
<b>Total</b>	<b>71,6%</b>	<b>15,9%</b>	<b>12,5%</b>

Fonte: Relatório Judicialização e Sociedade (2021) com base dos dados do DataJud/CNJ 2020

Os dados mostrados anteriormente indicam a importância do tratamento médico e o fornecimento de medicamentos na questão da judicialização da saúde. De acordo com Albert (2016), em pesquisa realizada em 2015 pela Confederação Nacional de Municípios (CNM), “a falta de profissionais especializados” se posicionou como a segunda maior dificuldade em cumprir as ações demandadas, atrás apenas de “recursos insuficientes ou não previstos no orçamento”, tema que está também estritamente relacionado com a compra de medicamentos, que, em muitos casos, pode se tornar dispendioso.

Ainda, segundo a publicação, como grande parte das especialidades se concentra em polos regionais e capitais, as judicializações decorrentes desta situação trazem um caráter mais desafiador para os municípios já que ela pode se desdobrar em questões relacionadas à necessidade de transporte de pacientes, tendo, assim, um risco de agravamento das condições de saúde do demandante.

Cabe mencionar que, segundo o relatório emitido pelo do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), no levantamento aplicado junto às secretarias também foi indagado a porcentagem do orçamento de 2019 que foi comprometida para o cumprimento de decisões de liminares. Esse dado busca elucidar o importante debate que se tem acerca da judicialização da saúde e seus impactos nos orçamentos dos órgãos gestores das políticas de saúde.

Também foram obtidos indicadores buscando compreender o tempo médio de duração da fase de conhecimento do processo, que é caracterizada quando as partes dão entrada no processo até a primeira sentença. Com ela há o reconhecimento do direito tratado e o mesmo é declarado. A fase de conhecimento é, portanto, mais célere que a fase de execução.

Segundo o painel do Justiça em Números<sup>21</sup>, o tempo médio da fase de conhecimento dos processos com data de movimentação inicial entre 2015 e 2020 de demandas relacionadas à saúde é atualmente de 1 ano para a Justiça Comum de 1º Grau e de 1 ano e 6 meses nos Juizados Especiais.

Por fim, importante informar que o relatório do CNJ também buscou compreender as dimensões do fenômeno acerca dos impactos orçamentários, o levantamento realizado junto às secretarias estaduais e municipais de saúde questionou, em porcentagens, quanto do orçamento estadual e municipal do ano de 2019 foi comprometido com cumprimento de decisões judiciais vinculadas à judicialização da saúde.

Do universo de respostas, quatro secretarias não informaram o percentual – Amapá, Distrito Federal, Mato Grosso e Rio Grande do Norte. Doze Unidades Federativas, afirmam destinar até 10% do orçamento a demandas judicializadas relativas à saúde. Este percentual está um pouco acima do encontrado entre os municípios que foi de 49,3%. Além deste, outros três entes responderam que a verba destinada é de “10,01% a 30%”. As respostas que apresentam o maior índice de gasto com demandas judicializadas são as de “50,01 a 70%” com apenas um ente respondente (Paraíba). Além deste, a resposta que mais chama a atenção pelo nível de comprometimento orçamentária situa-se na opção de mais de 90% do orçamento estatal para fim de cumprimento de decisões judiciais no estado do Ceará.

O relatório conclui pontuando que para saber a afetação orçamentária, caso a caso, seria necessária uma avaliação mais profunda da realidade de cada um dos entes respondentes e a forma como está influencia na dotação orçamentária.

## **5. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O presente artigo teve como desafio maior examinar os dados acerca da judicialização da saúde no Brasil e seus impactos, em virtude da inércia estatal ao não garantir à população um sistema de saúde pública digno.

É indubitável que cabe ao Poder Público zelar pela saúde da população devendo implementar políticas públicas de saúde mais eficientes, fazendo concretizar o direito à saúde disposto como direito fundamental na Constituição Federal.

No entanto, não é o que os cidadãos encontram quando buscam atendimentos médicos, sejam ambulatoriais ou emergenciais nas unidades de saúde pública.

Assim, o ingresso de ações judiciais é uma forma que a população encontra para garantir seus direitos, sendo, portanto, legítima uma ação judicial que busque compelir o poder público a garantir o medicamento, uma consulta, um leito de UTI, uma cirurgia, frise-se contemplados em suas políticas públicas previamente elaboradas e que não estão disponíveis no Sistema Único de Saúde – SUS.

Se é verídico que há excessos, também é verdade que cabe ao Poder Judiciário tutelar os direitos fundamentais dos cidadãos.

No ordenamento pátrio, a Constituição Federal prevê o direito à saúde (art. 6 e 196), sendo este, direito de todos e dever do Estado, garantida mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos, bem como através do acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação, sendo uma responsabilidade comum da União, dos Estados, do DF e dos Municípios a concretização de tal direito.

Na mesma esteira vale destacar que a Lei Federal n.º 8.080/90, com fundamento na Constituição da República, classifica a saúde como um direito de todos e dever do Estado. Sendo obrigação da União, Estados-membros, Distrito Federal e Municípios assegurar às pessoas desprovidas de recursos financeiros o acesso à medicação ou congêneres necessários à cura, controle ou abrandamento de suas enfermidades, sobretudo, as mais graves.

A cláusula da reserva do possível não deve ser invocada com o objetivo de tirar o ônus do Estado acerca do cumprimento de suas obrigações constitucionais, especialmente quando a conduta negativa do Ente Federado puder resultar na aniquilação de direitos.

Por outro lado, é perceptível que a enxurrada de ações judiciais gera como consequência um grande impacto nos recursos públicos e fere a igualdade de acesso à saúde pública por todos. Em alguns casos, revela-se a concessão de privilégios para alguns, aqueles que pedem socorro ao judiciário, em detrimento da generalidade da cidadania, que permanecem dependendo das políticas universais postas em práticas pelo Poder Executivo.

Percebe-se, portanto, que a judicialização compromete tanto o orçamento dos Entes, quanto o acesso universal à saúde, pois gera desigualdades entre os cidadãos e dificulta ainda mais a eficácia das políticas públicas de saúde. Há estudos que apontam a mediação como forma de solução de conflitos e, por conseguinte, a redução das demandas judiciais.

Por fim, do mesmo modo em que existe uma grande preocupação acerca da natureza da judicialização da saúde, bem como os seus impactos, precisa-se defender que, a partir do pedido de socorro ao Judiciário para a garantia do direito à saúde, e diante de todo o ônus que causa ao orçamento dos entes, há um outro lado que deve ser apontado: a falha na prestação de serviços do SUS e suas correções. Pois, se é previsível que o judiciário profira decisão favorável ao usuário do SUS, a lógica é que os gestores públicos, em especial do poder executivo, ao ter conhecimento disso, implantem políticas públicas de saúde mais efetivas, a fim de aperfeiçoar o sistema único de saúde e sanar os defeitos prestacionais existentes.

## REFERENCIAIS

ALBERT, Carla Estefânia. Análise sobre a judicialização da saúde nos municípios. Revista Técnica CNM.2016.

BARROSO, Luís Roberto. Curso de Direito Constitucional contemporâneo: os conceitos fundamentais e a construção do novo modelo. São Paulo: Saraiva, 2009. pp. 221-222.

COSTA K.B., SILVA L.M.& OGATA, M.N.“A judicialização da saúde e o Sistema Único de Saúde: revisão integrativa”. Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário.2020 abr./jun.; 9(2): 149-163.

CNJ. Judicialização e Sociedade. Disponível em:< [https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2021/06/Relatorio\\_Judicializacao-e-Sociedade\\_2021-06-08\\_V2.pdf](https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2021/06/Relatorio_Judicializacao-e-Sociedade_2021-06-08_V2.pdf)>

FIGUEIREDO, Stephanie. O que um advogado precisa saber sobre direitos fundamentais. Disponível em: < <https://www.aurum.com.br/blog/direitos-fundamentais/#:~:text=Direitos%20fundamentais%20s%C3%A3o%20aqueles%20inerentes,declaram%2C%20as%20garantias%20fundamentais%20asseguram>>.

Acesso em: 02 de maio de 2022.

FLEURY, Sônia. Judicialização pode salvar o SUS. Saúde em debate, v. 36, n. 93, p. 159-162, 2012. Disponível em Acesso em 30/10/2020.

HERKENHOFF, João Batista. Curso de direitos humanos. Vol. 1. São Paulo: Editora Acadêmica, 1994.

LAFER, Celso. A reconstrução dos direitos humanos: um diálogo com o pensamento de Hannah Arendt. São Paulo: Companhia das Letras, 1988.

MENDES, Gilmar Ferreira. Curso de direito constitucional / Gilmar Ferreira Mendes, Paulo Gustavo Gonet Branco – 12. Ed. Ver. Atual. – São Paulo: Saraiva, 2017. – (Série IDP)

MINISTÉRIO DA SAÚDE. SUS. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/sus-estrutura-principios-e-como-funciona>>. Acesso em: 01 de maio de 2022.

OLIVEIRA, Maria dos Remédios Mendes et al. Mediação como prevenção à judicialização da saúde: narrativas dos sujeitos do Judiciário e da saúde. Escola Anna Nery, v.23, n.2, 2019. Disponível em <[https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452019000200229&script=sci\\_arttext&tIng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452019000200229&script=sci_arttext&tIng=pt)>. Acesso em 30/10/2020.

PIOVESAN, Flávia. Direitos humanos e o direito constitucional internacional. 6a ed. São Paulo: Max Limonad, 2004.