

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL**

O direito à saúde no Brasil: uma análise preliminar acerca do fenômeno da judicialização

Juiz de Fora
2025

Guilherme Machado de Souza Pereira

O direito à saúde no Brasil: uma análise preliminar acerca do fenômeno da judicialização

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade de Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof^a. Dr.^a Joseane Barbosa de Lima

Juiz de Fora

2025

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo autor

Pereira, Guilherme Machado de Souza.

O direito à saúde no Brasil : uma análise preliminar acerca do fenômeno da judicialização / Guilherme Machado de Souza Pereira. -- 2025.

Orientadora: Joseane Barbosa de Lima

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) -- Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Serviço Social, 2025.

1. Judicialização. 2. Saúde Pública. 3. Neoliberalismo. 4. Covid-19. I. Lima, Joseane Barbosa de, orient. II. Título.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA

ATA DE DEFESA DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO DE GRADUAÇÃO

GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

Formato da Defesa: (X) presencial () virtual () híbrido

Ata da sessão (X) pública () privada referente à defesa do Trabalho de Conclusão de Curso intitulado O direito à saúde no Brasil: uma análise preliminar acerca do fenômeno da judicialização, para fins de obtenção do grau de Bacharel em SERVIÇO SOCIAL, pelo(a) discente Guilherme Machado de Souza Pereira (matrícula 201968020), sob orientação da Prof.^a Dr.^a Joseane Barbosa de Lima, na Faculdade de SERVIÇO SOCIAL da Universidade Federal de Juiz de Fora.

Aos 21 dia do mês de março do ano de março , às 17 horas, na sala 10 da Faculdade de Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), reuniu-se a Banca examinadora, composta pelos seguintes membros:

Titulação	Nome	Na qualidade de:
Dra	Joseane Barbosa de Lima	Orientadora
Dra	Sabrina Pereira Paiva	Membro da Banca
Ma.	Jéssica Ribeiro Duboc	Membro da Banca

*Na qualidade de (opções a serem escolhidas):

- Orientador (a)
- Coorientador
- Membro da banca

AVALIAÇÃO DA BANCA EXAMINADORA

Tendo o(a) senhor(a) Presidente declarado aberta a sessão, mediante o prévio exame do referido trabalho por parte de cada membro da Banca, o(a) discente procedeu à apresentação de seu Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação e foi submetido(a) à arguição pela Banca Examinadora que, em seguida, deliberou sobre o seguinte resultado:

(X) APROVADO

() REPROVADO, conforme parecer circunstanciado, registrado no campo Observações desta Ata e/ou em documento anexo, elaborado pela Banca Examinadora

Nota: _100

Observações da Banca Examinadora caso haja necessidade de anotações gerais sobre o

Trabalho de Conclusão de Curso e sobre a defesa, as quais a banca julgue pertinentes

Nada mais havendo a tratar, o(a) senhor(a) Presidente declarou encerrada a sessão de Defesa, sendo a presente Ata lavrada e assinada pelos(as) senhores(as) membros da Banca Examinadora e pelo(a) discente, atestando ciência do que nela consta.

INFORMAÇÕES

Para fazer jus ao título de bacharel, a versão final do Trabalho de Conclusão de curso, considerado Aprovado, devidamente conferida pela Secretaria do Curso de (colocar o nome do curso), deverá ser tramitada para o Repositório Institucional, dentro do prazo de 72 horas da realização da banca.

Juiz de Fora, 21 de março de 2025.

Assinatura digital dos membros da Banca Examinadora



Documento assinado eletronicamente por **Joseane Barbosa de Lima, Professor(a)**, em 21/03/2025, às 20:33, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Sabrina Pereira Paiva, Professor(a)**, em 21/03/2025, às 21:33, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Jéssica Ribeiro Duboc, Professor(a)**, em 22/03/2025, às 10:53, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Guilherme Machado de Souza Pereira, Usuário Externo**, em 23/03/2025, às 20:55, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no Portal do SEI-Ufjf (www2.ufjf.br/SEI) através do ícone Conferência de Documentos, informando o código verificador **2291506** e o código CRC **681D988A**.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA

FORMULÁRIO DE APROVAÇÃO DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DO CURSO

Discente	Guilherme Machado de Souza Pereira
Matrícula Discente	201968020
Título do TCC	O direito à saúde no Brasil: uma análise preliminar acerca do fenômeno da judicialização
Natureza do trabalho	Trabalho de Conclusão de Curso
Curso	Serviço Social
Orientador(a)	Joseane Barbosa de Lima
Coorientador (se houver)	
Data da aprovação	21/03/2025
Nome, titulação de s(as) componentes da banca	Profa Ms. Jéssica Ribeiro Duboc Profa Dra Joseane Barbosa de Lima Profa Dra. Sabrina Pereira Paiva

Aprovo a versão final do Trabalho de Conclusão de Curso do(a) discente acima designado(a).

Juiz de Fora, 13 de março de 2025.

Assinatura digital do Orientador(a)



Documento assinado eletronicamente por **Joseane Barbosa de Lima, Professor(a)**, em 24/03/2025, às 09:07, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).





A autenticidade deste documento pode ser conferida no Portal do SEI-Ufjf (www2.ufjf.br/SEI) através do ícone Conferência de Documentos, informando o código verificador **2291508** e o código CRC **71642EB0**.

RESUMO

Esta monografia investiga a judicialização da saúde pública no Brasil como instrumento de reivindicação do direito à saúde, com foco no período de 2013 a 2023. O estudo examina a consolidação da saúde enquanto direito garantido pelo Estado, os impactos do avanço neoliberal sobre a política de saúde e os desdobramentos desse processo antes, durante e após a pandemia de COVID-19. A estrutura do trabalho organiza-se em dois capítulos: o primeiro traça a evolução do direito à saúde no Brasil, desde as primeiras intervenções estatais até a institucionalização do SUS, considerando os efeitos da contrarreforma do Estado; o segundo analisa o crescimento da judicialização da saúde, impulsionado por restrições orçamentárias e processos de privatização, evidenciando o aumento das demandas judiciais entre 2013 e 2023. Conclui-se que a judicialização reflete o desfinanciamento progressivo do SUS, empreendido desde a inserção neoliberal no país e intensificado pela terceirização das políticas sociais. Esse cenário, agravado pelas restrições fiscais da Emenda Constitucional nº 95/2016 e aprofundado na crise sanitária de coronavírus, revela a insuficiência do Estado em garantir o acesso equitativo e universal a medicamentos e serviços ofertados em saúde, constitucionalmente previstos.

Palavras-chave: Judicialização da saúde; Direito à Saúde; Neoliberalismo; Desfinanciamento.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Número de ações em saúde em primeira instância por Tribunais de Justiça, entre 2013 e 2017	38
Tabela 2 - Orçamento do Ministério da Saúde e investimento em saúde por ano, entre 2013 e 2017	40
Tabela 3 - Número de ações em saúde em primeira instância por Tribunais de Justiça, entre 2020 e 2023	41
Tabela 4 - Orçamento do Ministério da Saúde e investimento em saúde por ano, entre 2020 e 2023	44

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 O DIREITO À SAÚDE NO BRASIL: aspectos sócio-históricos	14
2.1 A saúde no Brasil ao longo do século XX	14
2.2 O Movimento de Reforma Sanitária: trajetória até conquista do direito social e a formação do SUS	17
2.3 A inserção neoliberal no Brasil e implicações sobre a política e o direito à saúde	20
2.3.1 A década de 1990: contrarreforma do Estado	21
2.3.2 A política de saúde no século XXI: Governos PT, Temer e Bolsonaro	24
3 A JUDICIALIZAÇÃO NO ÂMBITO DA POLÍTICA DE SAÚDE	32
3.1 O fenômeno da judicialização da saúde no Brasil	33
3.2 Judicialização da saúde em dados	37
3.2.1 A judicialização entre 2013 e 2017	38
3.2.2 A judicialização no contexto da emergência de coronavírus, entre 2020 e 2023	41
4 CONCLUSÃO	46
5 REFERÊNCIAS	49

1 INTRODUÇÃO

Esta monografia tem como objeto de estudo o fenômeno da judicialização na esfera da saúde pública brasileira. Seu objetivo geral é analisar esse fenômeno como um dos mecanismos de reivindicação do direito à saúde no país, considerando um recorte temporal de uma década a partir de 2013. Especificamente, propõe-se a examinar a consolidação da saúde como um direito garantido pelo Estado, analisar o avanço neoliberal no Brasil e suas repercussões sobre a política de saúde, explorar a judicialização da saúde pública, considerando seus desdobramentos antes, durante e após a pandemia de coronavírus, e mapear a distribuição dessas demandas entre os estados brasileiros.

A motivação para o estudo desta temática surgiu através de minha experiência como estagiário do setor de Serviço Social inserido no sistema público de saúde, pelo Hospital de Pronto Socorro Dr. Mozart Teixeira (HPS), que oferece atenção às urgências e emergências clínicas e cirúrgicas de atenção hospitalar de média e alta complexidade, de forma ininterrupta, no município de Juiz de Fora – MG e outras 93 cidades da região. Ao longo de três períodos acadêmicos, pude observar as especificidades institucionais em extensão ao Sistema Único de Saúde (SUS) e suas principais defasagens. Neste cenário, as orientações para judicialização em casos de transferência hospitalar para procedimentos não realizados pelo Hospital representaram a principal demanda dos usuários ao setor de Serviço Social.

A promulgação da Constituição Federal de 1988 consolidou o acesso à saúde como um direito social a ser garantido pelo Estado, sendo a criação do SUS um marco no projeto de universalização do acesso a serviços de saúde de forma gratuita. No entanto, com o avanço do neoliberalismo no Brasil, sobretudo a partir da década de 1990, as políticas de austeridade fiscal, aliadas à reconfiguração do Estado em benefício à expansão do capital privado, comprometeram de forma significativa o financiamento das políticas sociais, incluindo aqui a saúde, levando a um processo de desestruturação e precarização dos serviços ofertados à população.

Nesse cenário de desmonte das políticas públicas, a judicialização da saúde emerge como forma de reivindicação dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) na busca pelo acesso adequado a tratamentos, medicamentos e procedimentos de

saúde. Os primeiros registros deste fenômeno datam ainda da década de 1990, quando indivíduos que vivem com a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) passaram a reivindicar o acesso gratuito aos medicamentos retrovirais por meio do SUS.

Ao longo do século atual é evidenciado um aumento significativo no número de ações judiciais voltadas à saúde, indicando que, apesar de constitucionalizado, o direito à saúde não está sendo plenamente garantido pelo Estado. Desta forma, o Poder Judiciário passa a atuar sobre demandas de responsabilidade Legislativa e Executiva, em uma abordagem que prioriza a solução das reivindicações individuais em detrimento de uma questão fundamental: o desfinanciamento das políticas de saúde.

Para alcançar os objetivos propostos, adotou-se uma abordagem metodológica que combinou revisão bibliográfica e análise documental. A pesquisa bibliográfica foi conduzida por meio de plataformas acadêmicas reconhecidas, como a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e a Scientific Electronic Library Online (SciELO), além dos repositórios institucionais das Universidades Federais de Ouro Preto (UFOP), Minas Gerais (UFMG), Espírito Santo (UFES), Juiz de Fora (UFJF) e Pernambuco (UFPE), bem como da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ) e da biblioteca pessoal do autor.

A pesquisa documental teve como referência o Relatório Analítico Propositivo do Instituto de Ensino e Pesquisa (Insper), intitulado "Judicialização da Saúde no Brasil: perfil das demandas, causas e propostas de solução", publicado em 2019, que examina a evolução das ações judiciais na área da saúde entre 2008 e 2017. Além do Painel de Estatísticas Processuais de Direito à Saúde, do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), que, desde 2020, disponibiliza dados sobre demandas judiciais em saúde nos âmbitos federal, estadual e municipal.

O trabalho está dividido em dois capítulos. O primeiro, intitulado "O direito à saúde no Brasil: aspectos sócio-históricos", analisa a trajetória histórica do direito à saúde no Brasil, destacando os aspectos sócio-históricos que moldaram a política de saúde pública ao longo dos últimos dois séculos. Inicialmente, aborda a evolução das políticas de saúde no século XX, desde o estabelecimento das Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs) e as primeiras intervenções estatais na Era Vargas,

até o modelo privatista predominante no regime militar. Em seguida, detalha o Movimento de Reforma Sanitária, que culminou na Constituição de 1988 e na institucionalização do SUS em 1990. Por fim, examina os impactos do neoliberalismo no país a partir da década de 1990, incluindo o movimento de contrarreforma do Estado, a terceirização da saúde pública via Organizações Sociais e a Emenda Constitucional nº 95 (2016), que intensificaram a precarização do Sistema Único de Saúde (SUS) e levaram à judicialização como consequência.

Já o segundo capítulo intitula-se "A judicialização no âmbito das políticas sociais", com ênfase na saúde, e explora a crescente intervenção do Judiciário em meio à precarização do SUS, impulsionada pelo processo de contrarreforma do Estado. Investiga o surgimento do fenômeno no país na década de 1990, a partir das demandas por medicamentos para o tratamento do HIV/AIDS, intensificando-se com as restrições orçamentárias e privatizações no setor. Analisa, ainda, o viés mercadológico das ações por medicamentos e as falhas na oferta de serviços expostas pelas demandas por procedimentos, que afetam a equidade e geram custos elevados aos cofres públicos. Por fim, apresenta dados de 2013 a 2017 e de 2020 a 2023, indicando os sucessivos aumentos no número de processos registrados, intensificado pela Emenda Constitucional nº 95 (2016) e pela pandemia de coronavírus, refletindo a crise no financiamento da saúde pública.

Nas considerações finais, destacou-se que o fenômeno da judicialização da saúde no Brasil reflete diretamente o desfinanciamento progressivo do Sistema Único de Saúde (SUS), evidenciado desde a sua formação através da inserção neoliberal no país e contemporaneamente agravado por políticas de austeridade fiscal, especialmente a partir da Emenda Constitucional nº 95. Através da limitação dos investimentos comprometeu-se a capacidade do sistema público em suprir adequadamente as demandas de saúde da população brasileira, que passou a recorrer com maior frequência ao poder judiciário, na busca legítima pelo acesso a medicamentos e serviços essenciais adequados a seu tratamento. Fragilidade que tornou-se ainda mais evidente durante a pandemia de COVID-19, impulsionando um novo aumento das ações judiciais na área da saúde.

2 O DIREITO À SAÚDE NO BRASIL: aspectos sócio-históricos

Para uma compreensão efetiva dos aspectos relacionados à judicialização, é fundamental revisitar a trajetória histórica da saúde coletiva no Brasil ao longo dos últimos dois séculos, de forma a identificar os principais marcos e transições que moldaram a política de saúde e, posteriormente, o SUS. O estudo do tema, como será explorado ao longo deste capítulo, possibilita assimilar as tensões entre os direitos constitucionais e a configuração do Estado brasileiro, em um percurso de avanços e retrocessos, que resulta na caracterização do sistema atual, em que o objeto deste estudo está inserido.

2.1 A saúde no Brasil ao longo do século XX

Conforme aponta Bravo (2022), no Brasil, a intervenção estatal na saúde começou efetivamente na década de 1930, embora a saúde tenha emergido como uma questão social já no início do século XX, impulsionada pelo crescimento do trabalho assalariado. Na década de 1920, a saúde pública passou a ter mais destaque, especialmente em relação à higiene e saúde dos trabalhadores. Em 1923, foi criada a Lei Elói Chaves, que estabeleceu as Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs). De caráter contributivo, financiadas por União, empresas e empregados, essas caixas ofereciam benefícios como assistência médica, aposentadoria e pensão, mas eram acessíveis principalmente a grandes empresas.

O esgotamento do modelo agrário exportador e a concentração de monopólios no café marcaram a transição da economia brasileira para a industrialização. Além disso, o cenário de crise econômica global a partir da quebra da bolsa de Nova Iorque, em 1929, ampliou a efervescência política no Brasil. Dessa forma, Getúlio Vargas ascendeu ao poder através de um golpe de Estado, em condições favoráveis para propor novas estratégias políticas no país (Lopes et al., 2023).

Nesse cenário, com o objetivo de estabelecer um Estado forte e centralizado, o governo getulista implementa estratégias para mitigar os conflitos entre as classes sociais e controlar a força de trabalho. Com destaque para a implementação dos

Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), em 1932, em substituição às Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), através de modificações que englobavam a interação entre os representantes dos sindicatos, empregadores e o Governo Federal, administrados pelo Ministério do Trabalho e da Previdência Social. Para Ferrari (2017, p. 7), "a inovação mais importante neste sentido garantia que cada Instituto protegeria uma categoria profissional como um todo, independentemente das empresas contratantes". Entre 1933 e 1966, diversos IAPs foram criados, os quais construíram estruturas de atenção à saúde sob o modelo previdenciário da época.

Especialmente sob os governos de Getúlio Vargas (1930 a 1945, 1951 a 1954) as políticas sociais evoluíram de uma abordagem mais restrita e fragmentada para um sistema mais centralizado e estatal. Ao longo deste período histórico, Lopes et al. (2023) destacam na saúde:

[...] a criação do Ministério da Educação e Saúde, em 1937, que no âmbito da saúde exercia a responsabilidade de executar atividades e realizar funções administrativas a respeito da saúde pública e assistência médico-social em todo território nacional (BRASIL, 1937), o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), criado em 1942, derivado de uma parceria entre Estados Unidos e Brasil tinha como função prioritária a educação sanitárias em regiões rurais (Renovato; Bagnato, 2010) e a criação do Ministério da Saúde, em 1953, em separado da área de educação, a princípio máxima expressão da institucionalização da saúde (Lopes et al., 2023, p.19).

De acordo com Bravo (2022, p.4), a política de saúde desenvolvida nesse período tinha caráter nacional e era administrada sob dois subsetores: saúde pública e medicina previdenciária. O primeiro focava na criação de condições sanitárias mínimas para as populações urbanas e, de forma limitada, para as áreas rurais. Ao passo que, o segundo, viria a predominar durante o período do regime militar.

Com o golpe militar de 1964, o Brasil atravessou duas décadas de governos ditatoriais, marcadas pela supressão de direitos e liberdades, incluindo retrocessos no campo da saúde. O acesso aos serviços de saúde estava condicionado à vinculação ao sistema previdenciário, atendendo majoritariamente à distinta parcela de segurados da previdência, excluindo a população de qualquer participação política na gestão do sistema sanitário, especialmente a partir da centralização da previdência social com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) em 1966.

Nesse período, consolidou-se um modelo de assistência predominantemente privatista, por meio da ampliação dos convênios entre o Estado e instituições hospitalares particulares:

[...] as análises do período apontam evidências sólidas de que a expansão da assistência médica no âmbito da Previdência Social, com a opção pela compra de serviços de prestadores privados, reflete também a pressão de uma parcela mais organizada da corporação médica ligada aos interesses capitalistas no setor saúde – empresas médicas e hospitais –, uma vez que a expansão da rede hospitalar privado-lucrativa criara fortes interesses econômicos já antes da reforma previdenciária [...] (Menicucci, 2003, p. 77).

Apesar de não ser integralmente implementado, para Escorel et al. (2012), uma expressão desse processo foi a criação do Plano Nacional de Saúde (PNS), apresentado pelo Ministério da Saúde em 1968. O plano propunha a privatização dos hospitais públicos, convertendo-os em empresas privadas, co-financiados pelo Estado e pelos usuários dos serviços ofertados. Contudo, ao entrar em conflito com a ampliação dos benefícios previdenciários, que serviam como um importante pilar de legitimação do regime junto às classes trabalhadoras, a proposta esbarrou na oposição de diversos setores, incluindo profissionais de saúde, sindicatos e governos estaduais.

No entanto, é evidente a consolidação de um mercado hospitalar privado, reforçado pela pressão de setores organizados da corporação médica, que, alinhado ao governo, impulsionaram a expansão da assistência médica no âmbito da Previdência, contribuindo para o predomínio de um modelo de saúde exclusivo aos seus contribuintes, em detrimento à saúde pública. Essa, para Ramos et al. (2017), ficou restrita a ações pontuais e ao desfinanciamento. Considerando que grande parcela da população brasileira estava excluída do mercado formal, muitos não dispunham de mínimo acesso à saúde, intensificando graves problemas estruturais já presentes, como o elevado índice de doenças infecciosas e parasitárias, além das altas taxas de morbidade e mortalidade infantil, e também de mortalidade geral da população.

A partir de 1974, em vista do endividamento externo que financiou o projeto desenvolvimentista de industrialização do país, o governo iniciou um processo transitório de legitimação da ditadura militar, liderado pelo general Ernesto Geisel, com o objetivo de reorganizar o regime e assegurá-lo nas camadas de poder do Estado. Sob o contexto de crise generalizada, na tentativa de conter a insatisfação popular e

a crise sanitária, foi lançado, em 1975, o II Plano Nacional de Desenvolvimento (II PND), de forma a priorizar o setor saúde no campo social. Embora essa iniciativa não tenha produzido mudanças no modelo de atenção à saúde a curto prazo, Escorel (2012) afirma que:

[...] o II PND possibilitou abrir espaços institucionais para o desenvolvimento de projetos que terminaram por absorver intelectuais e técnicos de oposição ao próprio governo militar. [...] Surgiu no cenário setorial um movimento, um novo pensamento que, em seu processo de articulação, foi se conformando como uma nova força política. Isso ocorreu com a articulação de uma série de núcleos que traziam propostas transformadoras e que, aos poucos, passaram a compartilhar de uma visão e de uma linha de atuação que culminou por tomar forma como movimento sanitário (Escorel, 2012, p. 336).

A partir dessa conjuntura, através da associação entre profissionais da saúde, mobilizações populares e de outros movimentos do campo estudantil, cultural e político, em oposição ao modelo de saúde daquele momento, emerge o movimento de reforma sanitária brasileiro.

2.2 O Movimento de Reforma Sanitária: trajetória até conquista do direito social e a formação do SUS

Na configuração inicial do movimento sanitário, Escorel (2012) identifica três vertentes principais: a primeira composta pelo movimento estudantil e pelo Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes); a segunda integrada pelo movimento de Renovação Médica; e a terceira formada por profissionais acadêmicos das áreas de saúde coletiva e pública, com a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco).

O Cebes, fundado em 1976, significou um espaço democrático de articulação e mobilização da sociedade, na produção e difusão de conhecimentos, expressos pela revista Saúde em Debate.

A entidade materializou e difundiu o pensamento médico-social, [...] ao abordar a saúde como componente do processo histórico-social. [...] Sua criação revela o início do ciclo da Reforma Sanitária, o momento da ideia, do pensamento inicial, de uma proposição de prática teórica e de uma prática política (Escorel, 2012, p. 341).

Em organização com o Cebes nos espaços de interação da sociedade, defendendo uma abordagem histórica e democrática em torno da saúde, assimilando a dimensão social no processo de adoecimento, a Abrasco, fundada em 1979 como

uma associação de programas de pós-graduação em saúde coletiva, destacou-se na pesquisa e no ensino acadêmico, com ênfase na residência em medicina preventiva e social.

A articulação entre essas vertentes influi diretamente sobre as diretrizes fundamentais que compõem o Movimento de Reforma Sanitária. As orientações do movimento incluíram a universalização do atendimento, o reconhecimento da saúde como um direito social e dever estatal, e a reestruturação do sistema com a criação do SUS, visando uma reorganização ampla da saúde individual e coletiva. Além da descentralização das decisões para os níveis estadual e municipal, o financiamento adequado do setor, e a democratização da gestão por meio de Conselhos de Saúde (Lopes et al., 2023).

Em um período marcado por prolongada recessão econômica, devido ao superendividamento estatal, no âmbito social, tem-se a amplificação do pauperismo, como expressões da Questão Social¹. Conformando um cenário de efervescência social que acelerou o movimento por democratização, a partir do Movimento de Reforma Sanitária, o debate sobre as políticas sociais e a responsabilização do Estado em garanti-las, tornou-se questão central. Nesse contexto, a "saúde deixou de ser interesse apenas dos técnicos para assumir uma dimensão política, estando estreitamente vinculada à democracia" (Bravo, 2022, p.2).

As principais propostas debatidas por esses sujeitos coletivos foram a universalização do acesso; a concepção de saúde como direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor através da estratégia do Sistema Unificado de Saúde visando um profundo reordenamento setorial com um novo olhar sobre a saúde individual e coletiva; a descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal, o financiamento efetivo e a democratização do poder local através de novos mecanismos de gestão – os Conselhos de Saúde. (Bravo, 2022, p. 10)

A partir do Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP), criado pelo Decreto nº 86.329, de 1981, é proposto o "Plano de

¹ [...] conjunto de expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, que tem uma raiz comum: a produção social cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação dos seus frutos mantém-se privada, monopolizada por uma parte da sociedade (Iamamoto, 2003, p. 27).

Reorientação da Assistência à Saúde no âmbito da Previdência Social". Com a aprovação pela Portaria Ministerial nº 3062, de 1982, foi apoiado que:

[...] há um consenso essencial de que o sistema atual necessita de mudanças, pois, além de apresentar baixos índices de qualidade no atendimento, produtividade e resolutividade, e subaproveitar a infraestrutura existente, gera distorções indesejáveis, desperdício de recursos e imprevisibilidade de gastos (Ministério da Saúde. Portaria nº 3062, 1982).

Em consonância ao Plano de Reorientação, em 1983, é implementada a política de Ações Integradas de Saúde (AIS), adotando como diretrizes, conforme Núñez Novo (2024), a universalização e a equidade no acesso aos serviços, à integralidade dos cuidados, a regionalização dos serviços de saúde e a descentralização das ações de saúde, com o objetivo de coordenar e articular as diferentes esferas do sistema de saúde, facilitando a gestão dos recursos e ampliando o acesso da população aos serviços.

Dado o encerramento do período de ditadura militar, a convocação da 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986) marcou um momento crucial, sendo a primeira vez que as diversas entidades representativas da saúde coletiva, de maneira conjunta com população, participaram ativamente na elaboração de uma plataforma e estratégias para a universalização democrática da saúde. Foram debatidos temas que abordam a saúde como direito, a reformulação do Sistema Nacional de Saúde e seu financiamento, indicando a estruturação de um sistema de saúde integral, resultando, em 1987, na criação Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), como uma consolidação das Ações Integradas de Saúde (AIS).

Esse modelo foi responsável por reorganizar a política de saúde no país, promovendo de forma inaugural a implementação prática da universalidade e da equidade no acesso aos serviços de saúde, incorporando a descentralização administrativa e a participação social em sua gestão (Núñez Novo, 2024).

Logo no ano seguinte, a promulgação da nova Constituição Federal simboliza um marco decisivo no campo dos direitos sociais. A partir dela, o país experimentou um avanço significativo na legitimação da Seguridade Social. No âmbito da saúde, consagrando juridicamente as diretrizes previstas pelo SUDS. A partir dela, define-se que:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (Constituição 1988, Art. 196).

A Constituição estabeleceu as bases jurídicas que resultam, através da Lei Orgânica da Saúde (Lei n. 8080), em 1990, na regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS), definindo-o sob os princípios de: universalidade, ao garantir que todos os cidadãos tenham direito ao acesso aos serviços de saúde, independentemente de sua condição social, econômica ou geográfica; integralidade, quanto à oferta de um conjunto completo de serviços de saúde, abrangendo ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação; e equidade, de forma a promover o tratamento adequado conforme as necessidades do usuário, reconhecendo e corrigindo disparidades no acesso e na qualidade dos serviços.

Incluindo, através da Lei 8142/1990 a participação da comunidade na gestão do SUS, através da criação de conselhos de saúde a níveis locais, estaduais e nacional, reestruturando o Conselho Nacional de Saúde (CNS) em um órgão deliberativo das decisões coletivas; e a descentralização na gestão dos serviços de saúde, distribuída entre o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde nas esferas estaduais e municipais, com financiamento garantido pelo orçamento da seguridade social e por um modelo tripartite que envolve a União, os Estados e os Municípios.

2.3 A inserção neoliberal no Brasil e implicações sobre a política e o direito à saúde

Simultaneamente a esse processo, em meio ao contexto de grave crise de endividamento público, intensificado pela política econômica dos Estados Unidos de supremacia do dólar, a estratégia econômica nacional voltou-se à captação de recursos por meio do incentivo às exportações. No entanto, tal cenário gerou pressões políticas e financeiras externas que impediram, tanto o Brasil, quanto outros países latino-americanos, de desvincularem-se da dependência contida no desenvolvimentismo, aprofundando a recessão econômica.

Apresentando impactos distintos nos países latino-americanos, a partir de sua inserção no mercado global, os efeitos mais compartilhados deste processo foram o

empobrecimento generalizado, a precarização dos serviços públicos, o aumento do desemprego, a informalização da economia e o direcionamento produtivo ao capital externo, em detrimento das demandas nacionais (Behring, 2008).

2.3.1 A década de 1990: contrarreforma do Estado

Na entrada da década de 1990, tem-se, então, no Brasil, uma conjuntura econômica crítica, marcada pelo endividamento público e pelo descontrole inflacionário, aprofundados pelo baixo nível de investimento público e privado. Diante deste cenário, conforme Behring (2008):

Dados os limites estruturais, políticos e econômicos; a exaustão gerada pelo processo inflacionário; as dificuldades de investimento do setor público e as tensões e paralisias geradas no interior do processo de democratização. Tem-se a mistura explosiva que delineia uma situação de crise profunda e que será o fermento para a possibilidade histórica da hegemonia neoliberal (Behring, 2008, p.137).

Desta forma, como um conjunto de diretrizes econômicas liberais, reforçado a partir do Consenso de Washington², em 1989, o neoliberalismo passa a orientar inúmeras reformas financeiras, especialmente na América Latina, incluindo a desregulamentação do mercado e a redução dos gastos públicos, promovendo uma política de privatização de setores estratégicos, com maior espaço para o capital internacional.

No Brasil, a expressão central da implementação neoliberal foi o Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE), durante o governo de Fernando Henrique Cardoso, elaborado pelo então Ministro da Administração Federal e Reforma do Estado, Bresser-Pereira, em 1995.

O Plano visou adequar o Estado às novas exigências do mercado globalizado, a partir de um modelo de gestão popularizado como Administração Gerencial, que redefiniu seu papel na prestação de serviços públicos, deixando de ser o executor

² O Consenso de Washington surgiu a partir de uma reunião realizada em novembro de 1989, na capital norte-americana, reunindo representantes administrativos estadunidenses, latino-americanos e de organismos financeiros internacionais. O acordo resultou em diretrizes econômicas voltadas – não só – mas especialmente aos países da América Latina, sob o discurso de contenção da crise do endividamento externo por meio de ajustes fiscais, reestruturação dos gastos públicos e maior abertura econômica (Batista, 2001).

direto dessas atividades, terceirizando-as ao setor privado, passando a atuar de forma primordialmente reguladora. Propondo, conforme o documento oficial do PDRAE:

Limitar a ação do Estado àquelas funções que lhe são próprias, reservando, em princípio, os serviços não exclusivos para a propriedade pública não estatal, e a produção de bens e serviços para o mercado para a iniciativa privada (PDRAE, 1995, p. 45).

Em análise, no campo das atribuições próprias, estão situadas incumbências como a justiça, a segurança e a garantia da propriedade privada. Entre os serviços não exclusivos, setor onde o Estado atua em conjunto com organizações independentes, estão a saúde, a educação, a assistência social, entre outros. Na prática, conforme Souza Filho (2016), o resultado é o direcionamento desses serviços ao voluntarismo e à iniciativa privada, através de equipamentos impulsionados pela reforma, como as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP) e Organizações Sociais (OS).

As Organizações Sociais (OSs) – qualificadas como pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, que atuam em atividades de interesse público – foram instituídas como um dos pilares centrais da contrarreforma do Estado brasileiro empreendida no Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado.

Apresentadas como um mecanismo de modernização da gestão e ampliação da cobertura assistencial sob a premissa da ineficiência administrativa do setor público, em termos reais, como indica Lima (2018), as Organizações Sociais estão inseridas na lógica da terceirização executiva e da mercantilização dos serviços públicos, através de contratos de gestão que transferem recursos orçamentários, estruturas e infraestruturas de propriedade estatal a entidades de caráter privado.

Com sua institucionalização em 1999, os estados brasileiros passaram a adotar as Organizações Sociais na administração do SUS, em uma tendência que se intensificou após a promulgação da Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) em 2000, que impôs limites aos gastos com recursos humanos nos três entes federativos. Dessa forma, como as despesas em questão são de responsabilidade das Organizações Sociais, portanto, não são contabilizadas nos limites de gastos públicos estabelecidos pela LRF, a terceirização passou a ser adotada como estratégia para a redução de custos diante das restrições fiscais (Lima, 2018).

Deste modo, ao mesmo tempo em que submete, não só a saúde, mas as políticas sociais em geral à lógica corporativa do capital, surge o que Behring (2008) denomina como uma forma de clientelismo pós-moderno, caracterizado pela subordinação da sociedade civil, promovida através da distribuição limitada de recursos públicos para ações que condicionam a intervenção social às diretrizes corporativas ditadas pelo capitalismo internacional, em detrimento da universalidade de direitos, no acesso a setores da saúde, educação e assistência social, que passam a ser concedidos de maneira focalizada e fragmentada, sob critérios de renda ou exclusão sistêmica.

Além disso, em um período caracterizado pela implementação de reformas de caráter liberal, que visavam reduzir a função estatal a partir da privatização de empresas públicas e da redução dos gastos sociais, é possível observar que o percentual de 30% de recursos do Orçamento da Seguridade Social (OSS) destinados à saúde previstos pela Constituição não foi cumprido desde 1990.

No ano de 1994, em um contexto marcado pela prioridade das medidas de ajuste fiscal, foi instituído o Fundo Social de Emergência (FSE), um mecanismo que permitia ao governo realocar parte das receitas vinculadas à seguridade social para outras áreas do orçamento federal, sob a premissa de estabilização econômica. Posteriormente, em 1996, o FSE foi substituído pelo Fundo de Estabilização Fiscal (FEF), prorrogando a desvinculação de receitas (Marques et al., 2016).

Sob o discurso de reforçar o frágil financiamento da saúde pública, no mesmo ano foi instituída a Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF), tributo que seria integralmente destinado ao Fundo Nacional de Saúde. No entanto, a partir de 2002, seus recursos passaram a ser fragmentados entre diferentes áreas, como previdência e assistência social, sendo usada como um instrumento temporário para mascarar o esvaziamento orçamentário da seguridade social (Behring, 2008). Posteriormente, a CPMF foi extinta na década seguinte, sem que houvesse a implementação de uma fonte alternativa de financiamento, aprofundando ainda mais as restrições orçamentárias da saúde pública.

A partir da Emenda Constitucional nº 27, de 2000, o Fundo de Estabilização Fiscal foi convertido na Desvinculação de Receitas da União ³(DRU). Como destacam Boschetti e Salvador (2006), esse mecanismo promove uma "perversa alquimia", convertendo recursos originalmente destinados à seguridade social – abrangendo inclusive o aporte da CPMF, até sua extinção em 2007 – em receitas fiscais, utilizadas para a composição do superávit primário e pagamento de juros e amortizações da dívida pública.

Nesse sentido, através de uma política de austeridade substancializada pela DRU, somado à terceirização de serviços prevista pela Administração Gerencial desenvolvida no país através do Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado, a qualidade e a universalidade dos serviços ofertados pelo sistema de saúde público são profundamente comprometidas, de modo que sua oferta passa a ser profundamente superada pela demanda.

2.3.2 A política de saúde no século XXI: Governos PT, Temer e Bolsonaro

Resultado da reação popular em resposta ao projeto neoliberal empreendido na década passada, a eleição de Lula da Silva em 2003, como um símbolo da classe operária brasileira, representou uma expectativa de enfrentamento à contrarreforma do Estado. Para a saúde pública, a expectativa era de fortalecimento ao projeto de Reforma Sanitária através do SUS.

Porém, efetivamente, Behring (2004) ressalta que o governo preservou os principais parâmetros macroeconômicos da era FHC, mantendo o desmonte das políticas sociais para priorizar o pagamento da dívida pública através de sucessivas prorrogações da DRU, perpetuando a fragmentação e focalização das ações em detrimento da universalização dos direitos.

³ Inicialmente, a DRU permitia a desvinculação de até 20% das receitas destinadas ao financiamento das políticas sociais, incluindo saúde pública, previdência e assistência social. Ao longo dos anos, sua vigência foi sucessivamente prorrogada, e, após uma revisão em 2016, o percentual de desvinculação foi ampliado para 30% (Brasil, s.d), com validade estendida até 2023 através da Emenda Constitucional (EC) 132/2023.

No campo da política de saúde, surgiu um projeto de flexibilização da reforma sanitária, “concebida no interior do campo das ‘possibilidades’, isto é, o SUS possível diante do ajuste neoliberal” (Soares, 2012, p. 90).

A reforma sanitária é identificada por Bravo (2006) em documentos do Ministério da Saúde e parcialmente incorporada à sua agenda, refletindo na criação das Secretarias de Gestão do Trabalho em Saúde, na convocação antecipada da 12ª Conferência Nacional de Saúde, além da presença do Ministro Humberto Costa nas reuniões do Conselho Nacional de Saúde. No plano operacional, o governo lançou ações como o atendimento pré-hospitalar móvel por meio do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), o Programa Farmácia Popular – viabilizando medicamentos a preços subsidiados – além de consolidar a política dos fármacos genéricos e promover a saúde bucal, através do Programa Brasil Sorridente.

No entanto, tais ações, embora relevantes, não alteraram o quadro de fragmentação e desfinanciamento da política de saúde, agravado pelo desvio de recursos através de sucessivas prorrogações da DRU e pela continuidade de uma política focalizada, precarizada e terceirizada, que teve como principal referência a criação das Fundações Estatais de Direito Privado (FEDP), instituídas pelo Projeto de Lei Complementar nº 92, de 2007.

Semelhante ao modelo de gestão das Organizações Sociais, as FEDP são inseridas sob a justificativa da má gestão estatal em vista da transferência administrativa dos serviços públicos, como instrumentos jurídicos que favorecem especialmente a privatização de setores da saúde através de contratos entre as fundações e outros agentes do mercado. Além de possibilitar o financiamento privado, conforme apontam Bravo et al. (2011):

A proposta descaracteriza o SUS Constitucional nos seus princípios fundamentais e todas as proposições que o Movimento Popular pela Saúde e o Movimento de Reforma Sanitária sonharam construir em suas lutas desde meados dos anos setenta. Substitui-se o interesse público por interesses particularistas numa privatização perversa do Estado brasileiro, o que infelizmente não é novidade na cena pública nacional (Bravo et al., 2011, p.21).

Paralelamente, as fundações ainda desafiam os princípios de controle social estabelecidos pelo SUS, substituindo a participação dos Conselhos de Saúde, compostos por usuários e profissionais da saúde, por mecanismos de gestão conduzidos por Conselhos Administrativos.

Outro exemplo do gerencialismo⁴ na administração pública foi a criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), através da Medida Provisória nº 520 de 2010, responsável por gerir os serviços de saúde e educação de hospitais universitários no país. Caracterizada por Granemann (2012) como um modelo de privatização moderno, que, sem vender diretamente o patrimônio público, orienta a finalidade dos serviços em saúde à dinâmica do mercado, desvirtuando sua função social.

Em síntese, durante os governos Lula, observou-se a dualidade controversa entre os dois projetos para a saúde, que na prática deu continuidade à inviabilização de um sistema pleno de Seguridade Social e uma crescente integração com lógicas de mercado. Refletida na saúde pública como o "SUS possível" (Soares, 2012), através da preservação e consolidação das organizações sociais, além da criação das fundações estatais de direito privado.

No mesmo sentido, a gestão de Dilma Rousseff caracterizou-se por um cenário de instabilidade política, marcadas pelo avanço de contrarreformas e retrocessos nas políticas voltadas à Seguridade Social que fragilizaram os direitos sociais. Para a saúde sua administração aprofundou essa tendência através da institucionalização da própria EBSERH através da Lei nº 12.550 de 2011, além de alterar a Lei Orgânica da Saúde, dispondo o setor a investimentos de capital internacional em 2015, pela Lei nº 13.097.

Efetivamente, conforme Silva et al. (2021):

[...] destacando os breves aspectos sobre Governos do Partido dos Trabalhadores (PT) (2003-2016), identificou-se uma nova fase da contrarreforma da Política de Saúde. Diferente do que se esperava, desde o primeiro mandato a direção das ações na Política de Saúde direcionavam-se progressivamente – porém aparentemente a passos mais lentos – à privatização da saúde (Silva et al., 2021, p. 198-199).

Desse modo, em síntese, a orientação das políticas sociais adotada durante os governos do PT seguiu um modelo de desenvolvimento que consolidou a

⁴ O gerencialismo, proposta neoliberal de contrarreforma administrativa, integra diretrizes da gestão privada à administração das políticas sociais, com ênfase na descentralização administrativa, por meio da ampliação das parcerias público-privadas. Essa proposta tem como finalidade central a redução dos gastos estatais com as classes subalternas, transferindo tais recursos a instituições de caráter privado que, orientadas pelo processo de acumulação capitalista, subordinam a reprodução social a perspectivas mercadológicas (Souza Filho, 2016).

contrarreforma do Estado, através de uma articulação entre forças historicamente opostas, esquerda e direita, em vista deste projeto em comum.

A partir de 2016, é efetivado um golpe de Estado que simboliza a aliança de diversos setores opostos ao governo Dilma, incluindo parlamentares, o judiciário, veículos de comunicação e o capital financeiro. Em matéria divulgada pelo jornal Folha de S.Paulo em 2016, a conversa entre o ex-presidente da Transpetro (2003-2015), Sérgio Machado, acusado de envolvimento no esquema de corrupção investigado pela Lava Jato, e o então senador Romero Jucá, há a sugestão de um "pacto" para conter o avanço da operação, visando através de um "grande acordo nacional" a ascensão do vice, Michel Temer, à presidência.

Nesse contexto de deturpação política, Temer assume o cargo de forma interina, adotando uma abordagem ultraneoliberal⁵ que, sob discurso de colapso financeiro do Estado, reflete sobre as políticas sociais de forma distinta à refuncionalização privatista observada através das administrações anteriores. Por meio de nova estratégia, através de ofensiva direta contra a saúde e a seguridade social, o governo Temer implementa uma série de retrocessos estruturais, endossada por propostas de interesse comercial:

Três documentos foram divulgados em 2015 e 2016 colocando as principais propostas para o governo formuladas pelo PMDB (Partido do Movimento Democrático Brasileiro): Agenda Brasil, Uma Ponte para o Futuro e Travessia Social, que apontam para a aceleração e intensificação de medidas que contribuem com o desmonte do Estado brasileiro, configurando uma nova fase de contrarreformas estruturais que atacam os direitos dos trabalhadores (Bravo, 2018, p.11).

Dentre os documentos mencionados, a Agenda Brasil foi a que teve propostas diretamente voltadas à saúde efetivamente aprovadas e implementadas pelo governo Temer. Uma das principais medidas decorrentes da Agenda foi a Emenda Constitucional nº95, em dezembro de 2016, que estabeleceu o Novo Regime Fiscal (NRF), os gastos primários com a Seguridade Social, dentre eles a saúde, sofrem congelamento previsto aos 20 anos seguintes (Soares, 2018). Consequentemente,

⁵O ultraneoliberalismo emerge no contexto da crise financeira global de 2008, a partir de colapso no setor financeiro privado, com impactos transferidos aos Estados, que passaram a absorver os prejuízos do capital por meio da socialização das perdas, promovendo a injeção massiva de recursos públicos para resguardar bancos e instituições financeiras. Esse fenômeno representa uma radicalização do neoliberalismo, caracterizada pelo aprofundamento do desmonte do Estado, pela intensificação da financeirização da economia e pelo recrudescimento dos ataques aos direitos sociais, produzindo uma exploração ainda maior da classe trabalhadora (Behring et al., 2020).

Menezes (2019) aponta, a partir de análise histórica das Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS), que refere ao conjunto de atividades e serviços oferecidos pelo SUS, a intensificação de limitações severas ao financiamento do SUS, identificando um decréscimo significativo nos gastos federais em saúde, representando uma queda de 58% para 43% das despesas públicas totais entre 2003 e 2017.

O cenário é consoante à Nota Técnica nº 28 do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, apresentada por Vieira e Benevides (2016), que projetou, em um panorama conservador com crescimento médio do PIB de 2% ao ano, uma perda de R\$ 654 bilhões em recursos federais destinados ao SUS ao longo dos 20 anos de congelamento.

Em 2017, o governo reforça sua associação ao setor empresarial da saúde, resultando na criação do documento "Coalizão Saúde Brasil: uma agenda para transformar o sistema de saúde". Este ofício, elaborado pelo Instituto Coalizão Brasil, que reúne grandes conglomerados empresariais, como Johnson & Johnson, Unimed Brasil e Interfarma, contribuiu para a maior influência do setor privado na formulação das políticas de saúde. A proposta defendia a implementação de mecanismos de livre mercado, intensificando as Parcerias Público-Privadas (PPP) e as Organizações Sociais (OS), de forma a reforçar a narrativa sobre a mercantilização do sistema de saúde brasileiro (Bravo et al., 2018).

Ao examinar a saúde enquanto direito, ao longo desse período, Soares (2018) afirma que:

De fato, no governo Temer, a defesa explícita de uma reforma do SUS e de sua inviabilidade nos anuncia que a descon(s)trução da concepção de direito público na saúde está andando a passos largos, agora alimentada por uma cultura da crise que anuncia a quebra do Estado em decorrência dos gastos com políticas sociais [...] Sem dúvida alguma que a inviabilização e/ou profunda restrição de alternativas emancipatórias – mesmo que sob os limites da cidadania burguesa – constitui-se o esteio para o aprofundamento da espoliação de bens e direitos públicos, precisamente o direito à saúde (Soares, 2018, p. 29).

É categórico afirmar que as políticas adotadas durante esse período não apenas reconfiguraram o panorama da saúde no Brasil, mas também sinalizaram uma nova fase de enfrentamento para a preservação de direitos sociais básicos. Através da reforma trabalhista em 2017 e de ajustes fiscais perversos como a promulgação da Emenda Constitucional nº 95 no mesmo ano, além da EC nº 93 no ano anterior – que

elevou o percentual da DRU de 20% para 30% do orçamento destinado às políticas sociais – evidenciou-se a radicalização dos ataques contra a Seguridade Social, que seguiram de forma incessante a partir da eleição de Jair Bolsonaro em 2018, marcando a ascensão da extrema-direita conservadora ao poder.

A partir desse momento, o Estado assume a agenda de retrocesso democrático e aprofundamento das diretrizes neoliberais estabelecidas pelo governo Temer, assumidas no plano econômico através do então ministro da economia Paulo Guedes, prosseguindo com o desmonte da seguridade social, especialmente sobre a saúde pública no âmbito do SUS (Bravo et al., 2022). Segundo o Conselho Nacional de Saúde (2020), a limitação de gastos sobre a saúde pública, apenas em 2019, resultou em perdas orçamentárias que passaram de R\$20 bilhões.

Em março de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou a disseminação do COVID-19 como uma pandemia global. Diante deste fato, Bravo et al (2022) aponta que a gestão de enfrentamento do governo negligenciou as medidas de distanciamento e isolamento social recomendadas pela OMS, e demonstrou a incompetência de suas autoridades em lidar com a situação COVID-19. Ao longo de seu mandato, o comando do Ministério da Saúde foi substituído por quatro vezes: o primeiro, Luiz Henrique Mandetta (01/2019 a 04/2020), foi demitido por discordar da postura do presidente em relação ao distanciamento social e ao uso da cloroquina como tratamento para o vírus; em seguida, Nelson Teich (04/2020 a 05/2020), renunciou ao cargo por divergências semelhantes; Eduardo Pazuello (05/2020 a 03/2021), exonerado após descontentamento popular sobre a má gestão da crise, especialmente pela falta de oxigênio nos hospitais públicos do Amazonas em 2021; e Marcelo Queiroga (03/2021 a 12/2022), que permaneceu até o fim do mandato através de postura alinhada ao então presidente (Motta, 2021).

Apenas em 1º de dezembro de 2020 o Ministério da Saúde apresentou um plano nacional de vacinação contra a COVID-19, o que revelou a dificuldade e a falta de prioridade na proteção da população brasileira. Como resultado de uma condução catastrófica, o Brasil se tornou um dos países com mais mortes por COVID-19, totalizando quase 700 mil óbitos até o final da gestão Bolsonaro, segundo o programa MonitoraCovid-19, da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), estando atrás apenas da Índia e dos Estados Unidos. O cenário de calamidade não apenas evidenciou o

processo de sucateamento do SUS através da insuficiência de contingente profissional, insumos essenciais, equipamentos de proteção individual (EPIs), respiradores e leitos de UTI, apontada por Matos (2021), mas também o agravou. Segundo o pesquisador Diego Xavier, do Instituto de Comunicação e Informação em Saúde (Icict/Fiocruz, 2021):

Desde o começo da pandemia já sabíamos que um dos grandes problemas da covid-19 era levar os sistemas de saúde ao colapso, pois implica um volume de casos muito alto em espaço de tempo muito curto. Isso impede que os serviços de saúde possam absorver toda a população doente e tratá-la de forma adequada. Tivemos um grande volume de óbitos por covid-19, mas também tivemos o aumento de mortes de pessoas com outros problemas de saúde, que não puderam ser atendidas devido a esse colapso no sistema, no momento em que a Covid ocupava toda a nossa rede hospitalar (Icict/Fiocruz, 2021).

Em 27 de abril de 2021, foi instaurada a Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) da Pandemia no Senado, com o objetivo de investigar as ações e omissões no combate ao Coronavírus, especialmente em relação à crise sanitária no Amazonas. A CPI também investigou irregularidades em contratos, fraudes em licitações, superfaturamento e desvios de recursos públicos. O relatório final, apresentado em outubro de 2021, concluiu que:

Comprovaram-se a existência de um gabinete paralelo, a intenção de imunizar a população por meio da contaminação natural, a priorização de um tratamento precoce sem amparo científico de eficácia, o desestímulo ao uso de medidas não farmacológicas. Paralelamente, houve deliberado atraso na aquisição de imunizantes, em evidente descaso com a vida das pessoas. Com esse comportamento o governo federal, que tinha o dever legal de agir, assentiu com a morte de brasileiras e brasileiros (SENADO FEDERAL, 2021, p. 1163).

A condução do governo Bolsonaro sobre a pandemia agravou ainda mais a desigualdade social no Brasil, já marcada pela concentração de riqueza e propriedade. Segundo a analista da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad), divulgada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2021, Adriana Beringuy, o desemprego alcançou 14,4 milhões de pessoas, uma alta de 2,9% em relação ao trimestre anterior, de setembro a novembro de 2020. De acordo com o Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia de Covid-19 no Brasil, da Rede Brasileira de Investigação em Soberania e Segurança Alimentar e Nutricional (PENSSAN):

Em apenas dois anos (2020-2021), o número de pessoas em situação de insegurança alimentar grave saltou de 10,3 milhões para 19,1 milhões. Nesse

período, quase 9 milhões de brasileiros e brasileiras passaram a ter a experiência da fome em seu dia a dia (PENSSAN, 2021, p. 11).

O grande descontentamento popular sobre a decadente gestão do governo Bolsonaro resulta, a partir de acirrada eleição em 2022, no retorno de Lula à presidência do país. Consigo, emerge uma reconfiguração das políticas sociais que pode sinalizar o retorno à flexibilização privatista de seus mandatos anteriores. Contudo, em razão do recorte desta pesquisa e de seu mandato ainda vigente, suas especificidades não serão abordadas nesta obra.

Em síntese, como evidenciado ao longo deste capítulo, sob influência do neoliberalismo a partir da década de 1990, seguindo as diretrizes do Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado, o país é exposto a uma série de contrarreformas que visam a desregulamentação e a desresponsabilização do Estado sobre a área social e sua ampliação aos interesses mercadológicos, de forma a extinguir ou flexionar os direitos sociais, conferidos pela Constituição, ao modo capitalista de acumulação privada. No âmbito da saúde, destaca-se o processo de desfinanciamento do SUS, com auge expresso pela Emenda Constitucional nº. 95, subordinado à promoção de políticas de privatização e mercantilização dos serviços, em detrimento do acesso universal e igualitário à saúde.

Com um sistema de saúde impossibilitado de atender às necessidades de um sistema integral e universal, a judicialização surge como uma resposta estratégica para garantir o acesso a medicamentos, tratamentos e procedimentos que, constitucionalmente, deveriam ser assegurados. Dessa forma, quando o direito à saúde do usuário é suprimido, é recorrente sua busca pelo Poder Judiciário para obter os cuidados que o Estado falha em fornecer. No capítulo a seguir será aprofundada a discussão sobre a judicialização da saúde no Brasil, analisando suas implicações, causas e os desafios que esse fenômeno impõe à política de saúde pública.

3 A JUDICIALIZAÇÃO NO ÂMBITO DA POLÍTICA DE SAÚDE

Sob a perspectiva jurídica, o Poder Judiciário representa a instituição responsável por julgar as demandas que lhes são apresentadas, de forma que sua função consiste em interpretar as normas e decidir sobre sua legalidade e aplicação (Ribeiro, 2014).

Desse modo, o processo da judicialização sobre as políticas sociais, como um fenômeno, é denominada por Aginsky e Alencastro (2006) como o processo de expansão do judiciário na proteção de direitos coletivos, atribuindo a esse poder a “responsabilidade de promover o enfrentamento à questão social, na perspectiva de efetivação dos direitos humanos”.

De maneira geral, é possível apontar que a "judicialização da política" é o termo denominado ao papel crescente do Judiciário como agente ativo na implementação de políticas públicas e na proteção de direitos nas sociedades contemporâneas. Isso implica que questões da esfera social estão sendo decididas por tribunais, em vez de serem tratadas pelas instâncias Legislativa e Executiva.

A busca pela garantia dos direitos por meio de processos judiciais envolve várias instâncias, incluindo o Poder Judiciário, o Ministério Público e a Defensoria Pública, além dos serviços de advocacia privados. Nesse sentido, Machado (2010) enfatiza a Defensoria Pública e os escritórios de advocacia privados, como representantes dos interesses individuais. As principais demandas desses indivíduos envolvem os direitos que os cidadãos reivindicam ao Estado.

No âmbito da saúde, isso está frequentemente relacionado à precarização sobre a saúde pública, estimulada pela redução de custos estatais sobre a seguridade social implementada pelo neoliberalismo no Brasil desde a década de 1990. Emerge, assim, de acordo com Gontijo (2010), o fenômeno da "judicialização da saúde", representando uma série de demandas judiciais que reclamam a garantia de tratamentos, medicamentos e procedimentos em saúde adequados.

A seguir, o primeiro item deste capítulo examinará as múltiplas facetas da judicialização da saúde no Brasil, desde sua origem na década de 1990, impulsionada pelas demandas por acesso a medicamentos para AIDS, até sua configuração contemporânea, marcada pelas restrições orçamentárias do SUS e pela crescente

influência do setor privado, intensificada pelo gerencialismo na administração pública. Em seguida, na última seção, apresentar-se-á uma análise de dados sobre a escalada do número de ações judiciais ao longo de uma década, entre 2013 e 2023, considerando a relação entre o fenômeno e a conformação da política de saúde a partir de marcos históricos importantes, como a promulgação da Emenda Constitucional nº 95 em dezembro de 2016 e a epidemia global de coronavírus a partir de março de 2020.

3.1 O fenômeno da judicialização da saúde no Brasil

A Constituição Federal de 1988 representou um novo marco legal para os direitos fundamentais no Brasil. Deste modo, o direito à saúde adquire caráter universal, a ser garantido pelo Estado através de políticas sociais e econômicas, conforme seu Art. 196.

Para a composição da Seguridade Social, compreendendo as esferas da Saúde, Previdência e Assistência Social, a Constituição previu um orçamento autônomo, financiado pelos três níveis da esfera administrativa, além de contribuições sociais, como a Contribuição dos Empregadores e Trabalhadores para a Seguridade Social (CETSS), a Contribuição para Financiamento da Seguridade Social (COFINS) e a Contribuição Social sobre o Lucro Líquido (CSLL) (Nunes, 2016).

Entretanto, como apontam Boschetti e Salvador (2013), e anteriormente indicado no capítulo anterior desta monografia, desde sua institucionalização, a Seguridade Social no Brasil enfrenta desafios orçamentários, limitada sob a premissa do ajuste fiscal, através da sucessiva desvinculação de recursos promovida ao longo dos diferentes governos. Deste modo, desde sua composição, o SUS enfrenta as consequências de um nível de financiamento precário, tornando-se objeto central do debate em saúde pública.

A partir do estudo realizado por Lara e Carneiro (2018) junto ao Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS), com base nos dados da Conta-Satélite de Saúde Brasil, em 2015 as despesas privadas das famílias e das instituições sem fins de lucro a serviço das famílias, em saúde, totalizaram R\$ 314,6 bilhões, representando

57,6% do total de R\$ 546,1 bilhões, em contrapartida, os gastos públicos corresponderam a 42,4% desse montante. Esse cenário reflete um processo de mercantilização da saúde, atribuído tanto à expansão neoliberal, quanto ao modelo herdado previamente à estruturação do SUS.

Neste sentido, Nunes (2016) aponta que a garantia da universalidade e da integralidade do sistema, em meio ao cenário de restrições orçamentárias que condicionam profundamente a efetividade prevista em seu fundamento, têm representado um grave desafio aos gestores e agentes envolvidos.

Na prática, observa-se uma insuficiência na efetivação do direito à saúde, acarretando no crescimento exponencial das demandas jurídicas contra o poder público relacionadas a procedimentos e insumos em saúde. Assim, configura-se, portanto, o fenômeno da judicialização da saúde (Araujo, 2019).

No país, os primeiros registros dessas ações datam da década 1990, quando indivíduos que vivem com a síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) passaram a reivindicar seu acesso a medicamentos e tratamentos adequados, ancorados sobre o direito constitucional à saúde.

Em destaque, conforme aponta Diniz (2018), uma das manifestações mais emblemáticas nesse sentido foi:

A ação movida pela advogada do Grupo de Apoio à Prevenção à Aids (GAPA- SP), a favor da professora Nair Soares Brito contra o estado de São Paulo, foi um dos primeiros processos judiciais no país a obter liminar favorável sentenciando o estado a fornecer o medicamento solicitado. (DINIZ, 2018, p.22)

Por conseguinte, a partir de determinações favoráveis como esta, multiplicaram-se as reivindicações judiciais ao fornecimento gratuito dos medicamentos antirretrovirais, de modo que o Estado se encontrou pressionado a prover o tratamento integral de forma gratuita (Scheffer et al., 2005). Isso levou o Brasil, em 1996, a se tornar a primeira nação a assegurar o acesso universalizado aos medicamentos, conforme a Lei nº 9.313/96.

Os avanços significativos nas políticas públicas voltadas ao tratamento da AIDS estabeleceram precedentes para a movimentação de novos processos. Logo, de forma geral, ao longo da contemporaneidade, essas iniciativas passaram a constituir uma forma legítima de reivindicação dos cidadãos na busca pelo acesso

adequado à saúde, atuando, portanto, como um instrumento complementar à concretização do direito à saúde (Ventura et al., 2010).

No entanto, embora a busca individual ao Poder Judiciário tenha se mostrado a forma mais rápida para a consolidação desse direito, Ribeiro (2014), contesta a focalização sobre os casos individuais em detrimento das necessidades coletivas. Desta forma, quando o Judiciário ordena que o Poder Público forneça tratamento a um cidadão específico, isso significa que esse será priorizado em detrimento dos outros usuários em um mesmo serviço, assim:

[...] afetando não apenas as partes envolvidas no processo, como também toda a coletividade, pois este gasto pode acabar dificultando a implementação de políticas públicas para a coletividade. Nesta questão do direito individual em detrimento ao direito coletivo, a saúde deixa de ser um direito de cidadania garantido a todos para se transformar em um bem particular, apenas de quem acessou a justiça [...] (Ribeiro, 2014, p. 87).

Além disso, conforme destaca Roque (2014), essa forma de intervenção no SUS impacta diretamente sobre a gestão de recursos na área da saúde, uma vez que o atendimento às determinações judiciais por medicamentos, insumos ou serviços representam despesas imprevistas, de alto custo ao fundo público. Sendo os medicamentos, especialmente os não incorporados pelo SUS, a principal despesa gerada a partir das judicializações no setor (Diniz, 2018).

A análise do Conselho Nacional de Justiça (CNJ, 2017) sobre as demandas em saúde no período entre 2010 a 2015 evidenciou um gasto de aproximadamente R\$ 2,7 bilhões pelo Ministério da Saúde para compra de medicamentos determinados judicialmente, sendo que 54% do valor empregado, R\$ 1,4 bilhão, foi referente apenas à aquisição de três fármacos que não compunham a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME).

De acordo com a Política Nacional de Medicamentos, os produtos que compõem a RENAME, além de possuírem registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e servirem como base para a produção farmacêutica e para o desenvolvimento técnico-científico, são especialmente considerados indispensáveis ao atendimento das principais necessidades de saúde da população, devendo ser ofertados pelo SUS de forma ininterrupta (Brasil, 2001).

Diante desse cenário, a via judicial tem sido amplamente praticada como um meio para pressionar a incorporação de determinados medicamentos ao sistema. Nesse sentido, Ventura et al. (2010) alertam para a estratégia da indústria farmacêutica, que passa a utilizar das demandas judiciais, especialmente em relação aos medicamentos ainda sem registro na Anvisa, como mecanismo de pressão para a aprovação de seus produtos comumente caros junto à autoridade reguladora.

Desta forma, impulsionada a partir da iniciativa privada, a saúde adquire o caráter mercadológico, em detrimento de critérios técnicos e científicos rigorosos, enquanto o fortalecimento da medicalização faz com que os usuários dos serviços de saúde se tornem simples consumidores de produtos (Pepe et al., 2010). Essa realidade evidencia como a judicialização da saúde pode ser instrumentalizada a partir de interesses corporativos, ao invés de se pautar exclusivamente na garantia do direito à saúde.

Aprofundando o debate sobre as reivindicações em saúde, ainda há a judicialização por procedimentos clínicos ou cirúrgicos. Apresentando um perfil distinto das ações por medicamentos, no caso dos procedimentos, observa-se um predomínio de representações vinculadas ao Ministério Público.

Apesar de escassos os estudos que abordam especificamente estes casos, a investigação de Gomes et al. (2014), identificou o perfil dos processos judiciais por procedimentos movidos contra a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais no período entre 1999 e 2009. Um dos achados relevantes do estudo foi a constatação de que a maioria dos procedimentos judicializados já contava com ampla cobertura pelo SUS.

Ao considerar os resultados desta pesquisa, verifica-se que a soma do percentual de cobertura das intervenções já ofertadas pelo SUS com aquelas classificadas como internações, cirurgias, exames e tratamentos realizados em municípios vizinhos, alcança uma cobertura significativa de 93,6%. Essa situação sugere que, nesses casos, a judicialização não se destina apenas a obter acesso a serviços não cobertos pelo SUS, mas principalmente à garantia de acesso a serviços já previstos, apontando para graves entraves na oferta desses serviços.

Nesse contexto, como forma de organizar a ampla demanda, é comum a estruturação de filas de espera para cirurgias eletivas, compostas por usuários que necessitam de um mesmo tratamento ou intervenção, sendo estabelecidas de acordo com critérios técnicos que consideram a gravidade do caso. Devido ao gargalo encontrado na rede pública de saúde, em razão das limitações estruturais impostas, Zotti (2020) sobressalta o prolongado tempo de espera nessas filas, indicando seu potencial comprometimento sobre o processo de tratamento e cura, provocando consequentes prejuízos ao bem-estar geral dos indivíduos.

Por fim, ao identificar a associação entre as longas esperas e a expansão das ações jurídicas em saúde, evidencia-se que a resolução pelo Poder Judiciário acaba por comprometer a equidade no atendimento, uma vez que, como as determinações judiciais não aumentam a quantidade de leitos ou a estrutura disponível, a priorização de um usuário ocorre em detrimento de outro.

3.2 Judicialização da saúde em dados

A fim de quantificar as ações judiciais no âmbito da saúde, foi utilizado, como base de dados para este estudo, o Relatório Analítico Propositivo: “Judicialização da Saúde no Brasil: perfil das demandas, causas e propostas de solução”, do Instituto de Ensino e Pesquisa (INSPER), de 2019, que apresenta a evolução do número de processos de saúde em primeira instância, distribuídos entre 17 justiças estaduais: TJRJ, TJMG, TJPI, TJAL, TJPE, TJSP, TJMA, TJMS, TJES, TJAC, TJCE, TJRO, TJRN, TJDF, TJMT, TJSC, TJTO, no período entre 2008 e 2017.

Além deste, em subsequência, foi utilizado o Painel de Estatísticas Processuais de Direito à Saúde, do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), que apresenta dados acerca dos processos novos, pendentes, julgados e baixados desde 2020, provenientes do DataJud, a Base Nacional de Dados do Poder Judiciário. Neste segundo, objetivando a manutenção dos mesmos parâmetros do primeiro, foram filtrados os novos casos, em primeira instância, distribuídos entre os mesmos tribunais de justiça estaduais do primeiro.

É importante ressaltar que, para os anos de 2018 e 2019, não há registros específicos sobre as novas ações em saúde a nível nacional, tanto nos relatórios do INSPER, quanto no Painel do CNJ e nas demais investigações acadêmicas. Vale ressaltar que o período corresponde ao início do governo de Jair Messias Bolsonaro, marcado por intensas transformações administrativas, incluindo ajustes fiscais e cortes de investimentos em áreas essenciais, como ciência e pesquisa, o que pode ter comprometido a produção e divulgação de relatórios estatísticos sobre judicialização.

Em face dessa realidade, a lacuna de dados no período descrito representa um delicado obstáculo na identificação contemporânea do fenômeno, empreendida nesta monografia, dada a intrínseca relação entre o financiamento da saúde pública e as recorrências judiciais.

3.2.1 A judicialização entre 2013 e 2017

A partir do Relatório Analítico Propositivo do INSPER, considerando o recorte temporal previamente definido, tem-se uma base de dados composta por 321.025 ações em saúde em primeira instância⁶, divididas entre as 17 justiças estaduais. Vide a tabela 1, abaixo:

Tabela 1: Número de ações em saúde em primeira instância por Tribunais de Justiça, entre 2013 e 2017.

Tribunal	2013	2014	2015	2016	2017	Total
TJAC	116	217	175	257	266	1031
TJAL	1169	640	1623	2935	2871	9238
TJCE	4086	4654	14759	5843	28025	57367
TJDFT	26	44	136	585	2663	3454
TJES	31	24	31	46	67	199
TJMA	2355	2589	2186	2238	2411	11779

⁶ A primeira instância constitui o ponto de partida para a resolução de conflitos e demandas pelo sistema judicial, que serão analisadas e julgadas por um juiz ou uma juíza de Direito. Nesse momento, são avaliados os elementos apresentados, ouvidas as partes envolvidas e estabelecida uma sentença, que pode ser questionada em etapas superiores do Judiciário (DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DO PARANÁ, 2024).

TJMG	1836	1998	2268	3625	5546	15273
TJMS	2908	4046	3940	5684	5825	22403
TJMT	2151	2677	1508	1495	1123	8954
TJPE	12206	5531	5041	6011	6261	35050
TJPI	23	40	67	41	61	232
TJRJ	41	115	182	122	173	633
TJRN	2514	2811	2483	2698	4092	14598
TJRO	1231	308	455	3	0	1997
TJSC	1970	4561	7010	8387	12303	34231
TJSP	16531	19627	21518	21356	23465	102497
TJTO	180	254	471	584	600	2089
Total	49374	50136	63853	61910	95752	321025

Fonte: Elaborada pelo autor (2025), com base em INSPER (2019).

Através da tabela referida, ao comparar o número de ações entre os Tribunais de Justiça estaduais, observa-se, apesar de padrões distintos, um crescimento expressivo das demandas em alguns estados, especialmente no Tribunal de Justiça do Ceará (TJCE), onde o número de casos passou de 4.086 em 2013 para 28.025 em 2017, representando um aumento de 585,88%; no Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios (TJDFT), com um salto de 26 ações em 2013 para 2.663 em 2017; além do Tribunal de Justiça de Santa Catarina (TJSC), com crescimento acumulado de 524,5% entre 2013, com 1.970 casos, e 2017, com 12.303. Ao passo que o Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo (TJSP) manteve um volume de processos muito superior aos demais, porém, sem grandes variações por fatores conjunturais, crescendo de 16.531 em 2013 para 23.465 em 2017, um aumento de 41,9%.

Em contrapartida, no Tribunal de Justiça de Rondônia (TJRO), os dados indicam uma queda drástica de 1.231 casos em 2013 para 3 em 2016 e 0 em 2017. Esse comportamento pode sugerir uma mudança na metodologia de registro e até mesmo deficiência ou falta de transparência na coleta dos dados. Uma vez que, conforme Siena et al. (2023), em pesquisa sobre o fenômeno no estado de Rondônia:

Há muito mais mandados que chegam às secretarias do que processos judiciais identificados. Em um dos municípios estudados, Vilhena, constatou-se mais de 700 (setecentos) processos de compras por ano para atender determinação judicial, enquanto a média de processos judiciais identificados no período de 2015 a 2019 não chegou a cinco dezenas. Isto significa que o fenômeno é ainda maior do que as pesquisas vêm mostrando [...] (SIENA et al., 2023, p.1609).

Isso evidencia uma fragilidade no controle exercido pelos Tribunais de Justiça, visto que as inconsistências e divergências nos dados disponíveis para pesquisa revelam um entrave significativo para a formulação de diagnósticos precisos, como evidenciado pela lacuna de registros nos anos de 2018 e 2019.

De modo geral, ainda é possível observar um aumento gradual nas ações de aproximadamente 29,33% entre 2013 (49.374 ações) e 2015 (63.853 ações), seguido por uma leve redução em 2016 (61.910 ações). No entanto, em 2017, houve um salto significativo, atingindo 95.752 processos, o que representa um crescimento de aproximadamente 54,66% em relação ao ano anterior. Esse aumento expressivo, em interlocução com as obras de Silva (2019) e Diniz (2018), está estreitamente ligado à intensificação das restrições orçamentárias, empreendida a partir da Emenda Constitucional nº 95/2016. Conforme a primeira autora:

[...] o cenário atual apenas demonstra que, se antes da EC95 o judiciário já era provocado para atuar, por vezes, legislando em matéria de saúde, o Novo Regime Fiscal, ao desconsiderar as necessidades de saúde da população, os impactos do envelhecimento população e necessidade de incorporação de novas tecnologias, precariza, ainda mais, a prestação das políticas de saúde, [aprofundando o] desfinanciamento o [do] Sistema Único de Saúde que já é, historicamente, subfinanciado, e, por conseguinte, recorre-se com mais frequência ao Judiciário na tentativa de cobrir os vazios assistenciais na área da saúde. (SILVA, 2019, p. 57)

A conjuntura é corroborada ao observar a relação entre o orçamento para o Ministério da Saúde e o investimento em saúde pública, destinado à expansão da infraestrutura e de recursos humanos, ao longo do período de análise, conforme a tabela 2:

Tabela 2: Orçamento do Ministério da Saúde e investimento em saúde por ano, entre 2013 e 2017.

Ano	Orçamento	Investimento
2013	R\$178,1 Bilhões	R\$16,8 Bilhões
2014	R\$181,2 Bilhões	R\$16 Bilhões
2015	R\$190,9 Bilhões	R\$16,4 Bilhões
2016	R\$172,1 Bilhões	R\$9,7 Bilhões
2017	R\$173,7 Bilhões	R\$11,1 Bilhões

Fonte: Elaborada pelo autor (2025), com base em dados fornecidos pelo IEPS (2023).

Entre 2013 e 2015, o orçamento da saúde apresentou um crescimento contínuo, saindo de R\$ 178,1 bilhões em 2013 para R\$ 190,9 bilhões em 2015. Ao

passo que o investimento efetivo no setor permaneceu relativamente estável, na casa dos 16 bilhões de reais. Durante esse período, houve um crescimento gradual no número de processos judiciais relacionados à saúde, mas sem grandes saltos.

No entanto, a partir de 2016, ano do impeachment da presidenta Dilma Rousseff, observa-se uma retração significativa nos recursos, visto que o orçamento da saúde caiu para R\$ 172,1 bilhões, e os investimentos despencaram para R\$ 9,7 bilhões, uma redução de aproximadamente 40% em relação ao ano anterior. Logo no ano seguinte, período em que o número de processos judiciais disparou, já sob o Novo Regime Fiscal, o orçamento se manteve praticamente estagnado em R\$ 173,7 bilhões, enquanto os investimentos subiram discretamente para R\$ 11,1 bilhões, mas ainda muito abaixo dos níveis anteriores.

3.2.2 A judicialização no contexto da emergência de coronavírus, entre 2020 e 2023

De modo geral, a partir da disseminação do coronavírus, o sistema de saúde público sofre um colapso, que resulta no esgotamento acelerado dos recursos hospitalares, ultrapassando o limite de sua capacidade. Como apontado por Carvalho et al. (2020), a insuficiência de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs), leitos hospitalares e profissionais qualificados comprometeu a oferta de serviços em saúde, impulsionando um crescimento progressivo das ações judiciais, evidenciado através dos registros do Painel de Estatísticas Processuais de Direito da Saúde do CNJ, apresentados na tabela 3, a seguir:

Tabela 3: Número de ações em saúde em primeira instância por Tribunais de Justiça, entre 2020 e 2023.

Tribunal	2020	2021	2022	2023	Total
TJAC	99	122	158	176	555
TJAL	2656	2269	1919	2384	9228
TJCE	1947	3614	5184	9531	20276
TJDFT	2275	2135	2650	4043	11103
TJES	1156	1142	1505	1894	5697
TJMA	1724	2040	2500	4295	10559

TJMG	8231	9196	10621	14742	42790
TJMS	3156	3808	5124	7108	19196
TJMT	4702	5569	5828	7370	23469
TJPE	4022	5391	6490	9671	25574
TJPI	601	697	755	895	2948
TJRJ	12653	15763	17358	21842	67616
TJRN	1865	2745	3518	4644	12772
TJRO	239	617	592	1147	2595
TJSC	3620	3759	3835	5394	16608
TJSP	44556	45122	55571	70679	215928
TJTO	1507	2173	2114	2160	7954
Total	95009	106162	125722	167975	494868

Fonte: Elaborada pelo autor (2025), com base no Painel de Estatísticas Processuais de Direito da Saúde do CNJ.

Ao examinar os cenários estaduais no período em questão, percebe-se que alguns Tribunais de Justiça experimentaram novos aumentos significativos nas demandas. O Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo (TJSP) passou de 44.556 casos em 2020 para 70.679 em 2023, um aumento de aproximadamente 58,60%. O último quando comparado aos registros do primeiro ano desta pesquisa, que apontava 16.531 ações há exatamente uma década atrás, o número é 327,70% maior.

Já o Tribunal de Justiça do Ceará (TJCE), apesar de um período de baixa considerável em 2020, com 1.947 processos, apresentou novo aumento expressivo em 2023, registrando 9.531 ações, representando, assim como no período de análise anterior, um dos maiores aumentos percentuais, cerca de 390,20%.

Enquanto que o Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro (TJRJ), em contraste às 633 ações acumuladas entre os anos de 2013 e 2017, registrou um total de 67.616 processos neste novo período. No entanto, esse crescimento abrupto não necessariamente reflete uma nova realidade para a judicialização da saúde no estado, mas sugere possíveis inconsistências nos dados disponibilizados pelas instâncias jurídicas estaduais no período de análise anterior, assim como fora evidenciado em Rondônia.

O pressuposto é corroborado através de pesquisa lançada pelo Jusbrasil em 2015, constatando que as instâncias de justiça do estado do Rio de Janeiro atenderam por determinação judicial entre 2007 a setembro de 2015 um total de 148.591 pessoas em busca de medicamentos, transferências, leitos e outros

tratamentos previstos pelo SUS. Sendo, apenas em 2014, 29.970 processos registrados. Assim, os números apresentados mostram-se extremamente divergentes em relação aos dados do Relatório Analítico Propositivo do INSPER, no período que antecedeu a criação do Painel de Estatísticas Processuais de Direito da Saúde do CNJ em 2020.

Portanto, é importante ressaltar o papel do Painel ao padronizar e democratizar os dados sobre as reivindicações em saúde no Brasil, possibilitando, deste modo, análises mais assertivas sobre a evolução das demandas judiciais no setor.

No âmbito nacional, observa-se que, em 2020, o número total de novas ações em primeira instância foi praticamente equivalente ao ano de 2017, na casa dos 95 mil casos. A estabilidade no número de novas ações judiciais em saúde em 2020, mesmo diante da pandemia, pode ser explicada, entre outros fatores, por dois principais: as restrições ao funcionamento presencial do Judiciário, que dificultaram o ingresso de novos processos; além da instauração da quarentena e o receio de contaminação, que levou os usuários a evitarem serviços de saúde, reduzindo a demanda por tratamentos e, conseqüentemente, por judicialização.

O cenário é ratificado através da pesquisa realizada pelo Conselho Nacional de Justiça (CNJ) em 2021, denominada “Judicialização e Sociedade: ações para acesso à saúde pública de qualidade”, que atestou uma queda geral de 41,9% nos procedimentos ambulatoriais fornecidos pelo SUS em 2020, passando de 368 mil procedimentos em 2019, para aproximadamente 213 mil. Além do recuo em 18,5% nas internações hospitalares, passando de 11,5 milhões em 2019 para 7,9 milhões em 2020.

Porém, a partir de 2021, inicia-se um período de saltos significativos, com um registro de demandas cerca de 11,74% maior, alcançando a casa dos 106.162 casos, seguido em 2022 com um aumento de 18,44% em relação ao ano anterior, totalizando 125.722 novas ações judiciais. A evolução alcança seu ponto máximo em 2023, quando o número de processos disparou para 167.975, representando um acréscimo de 33,61% em relação a 2022 e um aumento acumulado de 76,78% desde 2020.

Como propulsor desse processo, o ex-conselheiro do CNJ e supervisor do Fórum Nacional do Judiciário para a Saúde (FONAJUS), Richard Pae Kim (2022), aponta

[...] o fim da emergência em saúde pública de importância nacional pela Covid-19 no início de 2022, que estimulou as pessoas a voltarem aos serviços de saúde; o desabastecimento de determinados grupos de medicamentos; e a falta de especialistas em determinadas áreas da medicina, em vários municípios do país, e de alguns serviços de alta complexidade (CNJ, 2022).

Desse modo, a partir do retorno à normalidade social, os usuários voltaram a reivindicar juridicamente o acesso a tratamentos anteriormente adiados em razão da pandemia, promovendo, assim, a expansão das ações observadas a partir de 2021.

Paralelamente à ampliação das demandas judiciais, ao desconsiderar o montante exclusivamente destinado ao combate à covid-19, verifica-se no período de análise deste item uma redução ainda maior no orçamento do Ministério da Saúde e de investimento em saúde pública, conforme a Tabela 4:

Tabela 4: Orçamento do Ministério da Saúde e investimento em saúde por ano, entre 2020 e 2023.

Ano	Orçamento	Investimento
2020	R\$161,6 Bilhões	R\$4,1 Bilhões
2021	R\$152,2 Bilhões	R\$4,7 Bilhões
2022	R\$164,1 Bilhões	R\$4,4 Bilhões
2023	R\$178,1 Bilhões	R\$6,4 Bilhões

Fonte: Elaborada pelo autor (2025), com base em dados fornecidos pelo IEPS (2023).

Nota: O orçamento destinado exclusivamente ao enfrentamento da covid-19 foi desconsiderado.

Ao longo do período pandêmico, entre 2020 e 2023, o orçamento destinado ao Ministério da Saúde e os investimentos efetivamente realizados no setor apresentaram oscilações significativas, revelando subseqüentes restrições financeiras. Em 2020, o orçamento foi de R\$ 161,6 bilhões, com um investimento de apenas R\$ 4,1 bilhões. No ano seguinte, houve uma redução ainda maior, com o orçamento caindo para R\$ 152,2 bilhões, enquanto os investimentos sofreram leve alta, atingindo R\$ 4,7 bilhões. Em 2022, o orçamento teve um aumento sutil para R\$ 164,1 bilhões, embora os investimentos tenham diminuído para R\$ 4,4 bilhões.

Ao passo que, em 2023, ano que marca o fim do governo de Jair Messias Bolsonaro e da emergência de saúde pública causada pela crise global de coronavírus, houve uma modesta recuperação orçamentária, totalizando R\$ 178,1 bilhões, e um aumento moderado nos investimentos, que atingiram R\$ 6,4 bilhões. Ainda assim, os valores continuaram substancialmente inferiores aos registrados em 2015, durante o governo de Dilma Rousseff, quando o orçamento alcançou R\$ 190,9 bilhões e os investimentos chegaram a R\$ 16 bilhões.

4 CONCLUSÃO

A Constituição Federal de 1988 foi um marco importante para a saúde no Brasil, ao reconhecer o direito à saúde como um direito universal e integral, garantindo acesso a todos os cidadãos, sem discriminação. Esse princípio foi materializado com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), através da Lei Orgânica da Saúde em 1990, que se consolidou como uma das maiores conquistas sociais do país. O SUS representou a democratização do acesso à saúde pública, com a promessa de atendimento universal e igualitário para toda a população brasileira.

Contudo, com a ascensão de políticas neoliberais no Brasil a partir da década de 1990, houve uma mudança estrutural nas políticas públicas, com foco na restrição de gastos e na busca por soluções privatistas para questões públicas. A implementação de reformas econômicas e a diminuição do papel do Estado resultaram na redução dos investimentos em setores estratégicos, como a saúde, contribuindo para o desfinanciamento progressivo do SUS, formando um sistema incapaz de atender adequadamente às necessidades de seus usuários.

Ao longo da última década, observou-se um crescimento significativo das demandas judiciais. O desfinanciamento da saúde pública ganhou contornos particularmente graves a partir da promulgação da Emenda Constitucional nº 95, instituindo o Novo Regime Fiscal, marcando uma nova ruptura no financiamento do SUS. Como grau de comparação, entre 2013 e 2015, ainda sob a gestão de Dilma Rousseff, o orçamento do Ministério da Saúde cresceu de R\$ 178,1 bilhões para R\$ 190,9 bilhões, com investimentos estáveis na casa dos R\$ 16 bilhões. Contudo, em 2016, já no decorrer do governo ultraneoliberal de Temer, marcado pela aprovação da referida emenda, o orçamento caiu para R\$ 172,1 bilhões e os investimentos despencaram para R\$ 9,7 bilhões, uma redução de cerca de 40%. Mantendo-se em baixos níveis de financiamento no ano de 2017, insuficientes frente à demanda do sistema de saúde.

Essa retração financeira, estimada pelo IPEA em uma perda de R\$ 654 bilhões para o SUS ao longo das duas décadas de vigência da EC 95, foi acompanhada por um salto expressivo nas reivindicações judiciais: o número de

ações em primeira instância passou de 61.910 em 2016 para 95.752 em 2017, um aumento de 54,66%, conforme o Relatório Analítico Propositivo do Insuper.

A relação entre o congelamento dos gastos públicos e o crescimento das ações judiciais é evidente, pois ao restringir os investimentos em infraestrutura, como a ampliação de leitos e a modernização de equipamentos, e limitar a contratação de novos profissionais de saúde, o congelamento reduziu a oferta de serviços essenciais, enquanto a ausência de ajustes orçamentários para acompanhar o crescimento populacional e a inflação dos custos em saúde tornou o sistema incapaz de suprir necessidades básicas. Essa insuficiência, portanto, forçou os usuários a recorrerem com maior frequência ao Judiciário, buscando decisões que garantissem o cumprimento do direito constitucional à saúde em seus tratamentos.

A iminência da pandemia de coronavírus em 2020 tornou ainda mais grave essa crise estrutural, expondo as fragilidades do SUS e intensificando a emergência das judicializações. Entre 2020 e 2023, os dados do Painel de Estatísticas Processuais do CNJ mostram a elevação de 95.009 para 167.975 ações em primeira instância, um aumento acumulado de 76,78%. Durante esse período, ao desassociar os gastos exclusivos com a pandemia, observa-se que o orçamento do Ministério da Saúde caiu para R\$ 152,2 bilhões em 2021, com investimentos reduzidos a R\$ 4,7 bilhões, os menores da década analisada.

O colapso do sistema de saúde público durante a pandemia, marcado pela administração genocida de Bolsonaro, resultou em uma grave escassez de leitos, insumos e profissionais, gerando mais de 700 mil mortes por COVID-19, colocando o Brasil como o terceiro país mais afetado globalmente. Esse cenário impulsionou as reivindicações judiciais em saúde, que cresceram 11,74% em 2021 com 106.162 novas ações registradas, 18,44% em 2022 com 125.722 e 33,61% em 2023, saltando para 167.975 novos casos, refletindo tanto a demanda reprimida por tratamentos adiados pelo isolamento social, quanto o esgotamento histórico do SUS, incapacitado a responder às necessidades básicas da população, especialmente em contextos de crise sanitária.

Em suma, a limitação dos gastos em saúde empreendida pelo Novo Regime Fiscal de 2017 impôs novos obstáculos ao atendimento das demandas usuárias ao

SUS, conformando a judicialização como um fenômeno estrutural. Durante a pandemia, essa tendência se acentuou, pois a sobrecarga do sistema de saúde evidenciou a insuficiência de recursos historicamente acumulada, obrigando os usuários a buscar soluções judiciais para suprir desde medicamentos, até leitos de UTI. Assim, o crescimento exponencial das ações judiciais não é um evento isolado, mas um sintoma direto da precarização sistêmica da saúde pública, agravada por sucessivas desvinculações orçamentárias e políticas de austeridade fiscal.

O caráter da judicialização do direito à saúde, no entanto, é controverso. Por um lado, representa uma ferramenta para a efetivação do direito à saúde, permitindo que cidadãos obtenham acesso a medicamentos e tratamentos que lhes foram, de alguma forma, negados. Por outro, favorece as ações individuais em detrimento de uma reivindicação estruturalmente coletiva, comprometendo a universalidade de acesso constitucionalmente prevista, além de realocar recursos que financiariam a saúde.

Apesar dessa dualidade, é fundamental reconhecer a judicialização como uma reivindicação legítima dos usuários do SUS, emergindo muitas vezes como única estratégia em um contexto de precarização crônica do sistema. Sua ação reflete a insuficiência do Estado em cumprir seu dever constitucional, transferindo ao Judiciário uma responsabilidade que deveria ser assumida por políticas públicas universais, fomentadas e devidamente financiadas por si. Em última análise, o fenômeno da judicialização da saúde no Brasil é um apelo de seus cidadãos por socorro, como reflexo da ofensiva neoliberal sobre o SUS, evidenciando a necessidade de resgate urgente à Reforma Sanitária, para que o direito universal à saúde deixe de ser apenas uma promessa formal.

5 REFERÊNCIAS

AGUINSKY, B. G; ALENCASTRO, E. H. **Judicialização da questão social:** rebatimentos nos processos de trabalho dos assistentes sociais no Poder Judiciário. KATÁLYSIS v. 9 n. 1 jan./jun. 2006 Florianópolis SC 19-26. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rk/a/MfqL9fWh8p7zYzBwGQFrNwk/?lang=pt&format=pdf>>.

ARAUJO, R. B. S. **JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE E A (DES) CONEXÃO COM A JUSTIÇA SOCIAL.** ENTENDENDO O FENÔMENO A PARTIR DO PERFIL SOCIOECONÔMICO DE SEUS ATORES SOCIAIS: O CASO DO ESTADO DE MINAS GERAIS. Universidade Federal de Ouro Preto, Ouro Preto, 2019. Disponível em: <<https://repositorio.ufop.br/server/api/core/bitstreams/f1d8a274-0298-436d-861b-7983e9a7183d/content>>.

ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA. **Infográfico apresenta panoramas da Judicialização da Saúde e da Medicina no Brasil.** 2024. Disponível em: <<https://www.apm.org.br/infografico-apresenta-panoramas-da-judicializacao-da-saude-e-da-medicina-no-brasil/>>.

BATISTA, P. N. **O Consenso de Washington:** a visão neoliberal dos problemas latino-americanos. Consulta Popular, São Paulo, 2001.

BEHRING, E. R. **Brasil em contra-reforma:** desestruturação do Estado e perda de direitos. São Paulo, Editora Cortez, 2 ed., 2008.

_____. Políticas Sociais no Gover- no Lula: uma reflexão. In: Revista INSCRITA no 9. Brasília: CFESS, 2004.

_____; CISLAGHI, J. F; SOUZA, G. **Ultraneoliberalismo e Bolsonarismo:** impactos sobre o orçamento público e a política social. Políticas sociais e ultraneoliberalismo, 1 ed. (p.103-121). Uberlândia: Navegando Publicações, 2020. Disponível em: <https://www.editoranavegando.com/_files/ugd/35e7c6_8f992804cafa49fe8d87d1af095a9171.pdf>.

BOSCHETTI, I; SALVADOR, E. **O financiamento da seguridade social no Brasil no período de 1999 a 2004:** Quem paga a conta?. Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional, 2013.

_____; SALVADOR, E. **Orçamento da seguridade social e política econômica:** perversa alquimia. Serviço Social & Sociedade, São Paulo, v. 87, p. 25-57, 2006.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil.** Art. 196. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

_____. **Saúde perdeu R\$ 20 bilhões em 2019 por causa da EC 95/2016.** Conselho Nacional de Saúde, 2020. Disponível em: <<https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/assuntos/noticias/2020/fevereiro/saude-perdeu-r-20-bilhoes-em-2019-por-causa-da-ec-95-2016>>.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3062, de 23 de agosto de 1982.** Aprova o Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no âmbito da Previdência Social. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 1982.

_____. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Regulamenta o Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 set. 1990.

_____. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. **Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre a transferência de recursos financeiros da União.** Diário Oficial da União, Brasília, DF, 31 dez. 1990.

_____. **Emenda Constitucional nº 20, de 15 de dezembro de 1998.** Modifica o sistema de previdência social, estabelece normas de transição e dá outras providências. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 16 dez. 1998. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc20.htm>.

_____. **Lei nº 9.313, de 13 de novembro de 1996.** Dispõe sobre o fornecimento gratuito de medicamentos para a prevenção e tratamento de doenças relacionadas ao HIV e AIDS. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 14 nov. 1996. Disponível em:
<https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9313.htm#:~:text=Art.,medica%C3%A7%C3%A3o%20necess%C3%A1ria%20a%20seu%20tratamento>.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Formulação de Políticas de Saúde. **POLÍTICA NACIONAL DE MEDICAMENTOS.** Série C. Projetos, Programas e Relatórios, n. 25. 2001. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_medicamentos.pdf>.

_____. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. **Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE).** 1995.

_____. Senado Federal. **DRU.** Agência Senado, s.d. Disponível em: <<https://www12.senado.leg.br/noticias/entenda-o-assunto/dru>>.

BRAVO, M. I. S. **Política de Saúde no Brasil.** in: MOTA, A. E. (org.) Serviço Social e Saúde: Formação e trabalho profissional. 1 edição. (versão digital). São Paulo, ed. Cortez, 2022.

_____; MATOS, M.C. **Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária:** elementos para o debate. In: MOTA, A. E (org.). Serviço Social e Saúde: Formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 2006.

_____; PELAEZ, E. J., PINHEIRO, W. N. **As contrarreformas na política de saúde do governo Temer.** 2018.

_____; MENEZES, J. S. B. **Saúde na atual conjuntura, a pandemia do novo coronavírus e as lutas da Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde.** Brasília: CEFESS, 2022. Disponível em: <<https://www.cfess.org.br/cbas2022/uploads/finais/0000000611.pdf>>.

_____; MENEZES, J. S. B. **Saúde na atualidade:** por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade. 1.ed. – Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2011.

CAMPOS, A. C; BERINGUY, A. **IBGE estima que desempregados no Brasil sejam 14,4 milhões.** 2021. Disponível em: <<https://agenciabrasil.ebc.com.br/economia/noticia/2021-04/ibge-estima-que-desempregados-no-brasil-sao-144-milhoes>>.

CARVALHO, E. C; SOUZA, P. H. D. O; VARELLA, T. C. M. M. L; SOUZA, N. V. D. O; FARIAS, S. N. P; SOARES, S. S. S. **Pandemia da COVID-19 e a judicialização da saúde**: estudo de caso explicativo. Rev. Latino-Am. Enfermagem, 2020. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rlae/a/Z9L5sggXdBpqM5bdcywg9xn/?format=pdf&lang=pt>.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA (CNJ). **Judicialização e Sociedade**: ações para acesso à saúde pública de qualidade. Brasília, 2021. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/programas-e-aco-es/forum-da-saude-3/judicializacao-e-sociedade-aco-es-para-acesso-a-saude-publica-de-qualidade/>.

_____. Seminário “**Judicialização da Saúde Suplementar**”. Brasília, 27 abr. 2022. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=L6Uar2UKFVE&ab_channel=ConselhoNacionaldeJusti%C3%A7a.

DINIZ, S. D. **NOTAS TÉCNICAS, RESPOSTAS TÉCNICAS RÁPIDAS: SEUS USOS PARA EMBASAR AS DECISÕES JUDICIAIS EM SAÚDE NO ESTADO DE MINAS GERAIS, BRASIL**. Universidade Federal de Minas Gerais, Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, Belo Horizonte, 2018. Disponível em: https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/46952/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o_Sem%C3%Adramis_cd.pdf.

DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DO PARANÁ. **Saiba o que são primeira e segunda instâncias**. Brasil, 2024. Disponível em: <https://www.defensoriapublica.pr.def.br/Noticia/Saiba-o-que-sao-primeira-e-segunda-instancias>.

ESCOREL, S; GIOVANELLA, L; LOBATO, L. V. C., NORONHA, J. C., CARVALHO, A. I. (eds.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. 2nd ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/c5nm2/pdf/giovanella-9788575413494.pdf>.

FARIELLO, L. Agência CNJ de Notícias. **TCU e Estados apontam aumento dos gastos com a judicialização da saúde**. Brasil, 2017. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/tcu-e-estados-apontam-aumento-dos-gastos-com-a-judicializacao-da-saude/>.

FERRARI, C. **Política previdenciária de habitação em São Paulo**: os projetos dos IAPs entre as décadas de 1940 e 1950. São Paulo, 2017.

FIOCRUZ. **Estudo revela como a pandemia afetou os atendimentos no SUS**. Ict/Fiocruz, 2021. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/estudo-revela-como-pandemia-afetou-os-atendimentos-no-sus#:~:text=Em%20um%20ano%20e%20meio,para%20outros%20servi%C3%A7os%20de%20rotina>.

FOLHA DE S.PAULO. **Em diálogos gravados, Jucá fala em pacto para deter avanço da Lava Jato**. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/paywall/login.shtml?https://www1.folha.uol.com.br/poder/2016/05/1774018-em-dialogos-gravados-juca-fala-em-pacto-para-deter-avanco-da-lava-jato.shtml>.

GOMES, F. F. C; CHERCHIGLIA, M. L; MACHADO, C. D; SANTOS, V. C; ACURCIO, F. A; ANDRADE, E. I. G. **Acesso aos procedimentos de média e alta complexidade no Sistema Único de Saúde**: uma questão de judicialização. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 30(1):31-43, 2014. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csp/a/W6S5fQNtwvXRM4mPLSknm/?format=pdf&lang=pt>>.

GONTIJO, D. G. **A judicialização do direito à saúde**. Revista Médica de Minas Gerais, v. 20, n. 4, p. 606-611, 2010.

GRANEMANN, S. **Sara Granemann analisa e denuncia a privatização dos hospitais universitários**. Esquerda On-line, 2012. Disponível em: <<https://esquerdaonline.com.br/2012/11/15/sara-granemann-analisa-e-denuncia-a-privatizacao-dos-hospitais-universitarios/>>.

HERCULANO, L. C. **Soluções construídas pelo CNJ buscam reduzir judicialização da saúde**. Agência CNJ de Notícias, 2020. Disponível em: <<https://www.cnj.jus.br/solucoes-construidas-pelo-cnj-buscam-reduzir-judicializacao-da-saude/>>.

IAMAMOTO, M. V. **O serviço social na contemporaneidade**: trabalho e formação profissional. São Paulo: Cortez, 2003.

IEPS, INSTITUTO DE ESTUDOS PARA POLÍTICAS DE SAÚDE. **Orçamento da Saúde cresceu apenas 2,5% em 10 anos, revela pesquisa do IEPS e Umane**. Brasil, 2023. Disponível em: <<https://ieps.org.br/orcamento-da-saude-cresceu-apenas-25-em-10-anos-revela-pesquisa-do-ieps-e-umane/>>.

Instituto de Ensino e Pesquisa (INSPER). **Relatório analítico propositivo: judicialização da saúde no Brasil**: perfil das demandas, causas e propostas de solução. Brasília: Conselho Nacional de Justiça (CNJ), 2019.

JUSBRASIL. **RJ cria estrutura própria para atender casos de saúde que chegam à Justiça**. Agência CNJ de Notícias, 2015. Disponível em: <<https://www.jusbrasil.com.br/noticias/rj-cria-estrutura-propria-para-atender-casos-de-saude-que-chegam-a-justica/248395937>>.

LARA, N; CARNEIRO, L. A. **Texto para Discussão nº 72 - 2018 O Setor de Saúde na Perspectiva Macroeconômica**. Período 2010 – 2015. Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS), 2018. Disponível em: <<https://www.iess.org.br/sites/default/files/2021-04/TD72.pdf>>.

LIMA, J. B. **A contrarreforma do Sistema Único de Saúde**: o caso das organizações sociais. Argum., Vitória, v. 10, n.1, p. 88-101, jan./abr. 2018. Disponível em: <<https://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/18734/13202>>.

LOPES, G. O; PINTO, S. C. S. **O avanço da Judicialização da Saúde no Brasil**: Posicionamento do Serviço Social diante do fenômeno. Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2023.

MACHADO, F. R. S. **A judicialização da saúde no Brasil**: cidadanias e assimetrias. Tese (Doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, Rio de Janeiro, 2010.

ROQUE, C. A. C. T. **Responsabilidades dos gestores diante de órgãos de controle externo**. Aula 2 – Judicialização na saúde. CONSELHO DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE DO ESTADO DE MINAS GERAIS, Aspectos jurídicos do SUS, Belo Horizonte: Cosems, 2014.

SCHEFFER, M.; SALAZAR, A. L.; GROU, K. B. **O remédio via justiça**: um estudo sobre o acesso a novos medicamentos e exames em HIV/Aids no Brasil por meio de ações judiciais. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

SENADO FEDERAL. **Requerimento 1163/2021 - 38ª Reunião - CIPANDEMIA**. 2021. p. 1163. Disponível em: <<https://legis.senado.leg.br/atividade/comissoes/comissao/2441/reuniao/10111/item/75738>>.

SIENA, O; CARVALHO, E. M; MULLER, A. S; NETTO, F. L. F. **JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE PÚBLICA NO ESTADO DE RONDÔNIA**: seu panorama e a visão dos atores que experienciam o fenômeno. Rev. Dir. Cid., Rio de Janeiro, Vol. 15, N.03., 2023, p. 1598-1635. Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/rdc/article/view/77453/48795>>.

SILVA, J. J. L., SANTOS, V. M., CORREIA, M. V. C. **Política de Saúde e desmonte do SUS no Governo Temer**. SER Social 48, 2021.

SILVA, A. M. **A JUDICIALIZAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE À LUZ DA EMENDA CONSTITUCIONAL Nº 95**: uma análise a respeito do impacto do Novo Regime Fiscal na saúde pública federal. Recife, 2019. Disponível em: <<https://repositorio.ufpe.br/bitstream/123456789/33726/1/MONOGRAFIA%20DE%20ALINE%20DE%20MORAIS%20%28MODELO%20PDF%29.pdf>>.

SOARES, R. C. **A racionalidade da contrarreforma na política de saúde e o Serviço Social**. Saúde, serviço social, movimentos sociais e conselhos. São Paulo: Cortez, 2012.

_____. **Governo Temer e contrarreforma na política de saúde**: a inviabilização do SUS. Argum., Vitória, v. 10, n.1, p. 24-32, 2018.

SOUZA FILHO, R. S; GURGEL, C. **GESTÃO DEMOCRÁTICA E SERVIÇO SOCIAL**: princípios e propostas para a intervenção crítica. Editora Cortez, BBSS, V.7, 2016.

VENTURA, M., SIMAS, L., PEPE, V. L. E., SCHRAMM, F. R. **Judicialização da saúde, acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde**. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v20n1/a06v20n1>>.

VIEIRA, F. S., BENEVIDES, R. P. S. **OS IMPACTOS DO NOVO REGIME FISCAL PARA O FINANCIAMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E PARA A EFETIVAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE NO BRASIL**. IPEA, Nota técnica Nº 28 Brasília, 2016.

ZOTTI, S. **JUDICIALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS EM ORTOPEDIA NO ÂMBITO DO SUS**: UM ESTUDO DE CASO DO INSTITUTO NACIONAL DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA. Programa de Pós-graduação em Mestrado Profissional em Avaliação de Tecnologias em Saúde, Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: <<https://dspace.inc.saude.gov.br/server/api/core/bitstreams/6af35f92-c9e2-4a4d-b932-5238f02d4653/content>>.