

## DIREITO À SAÚDE, DEVER ESTATAL E JUDICIALIZAÇÃO: DESAFIOS E PERSPECTIVAS NA EFETIVAÇÃO DO DIREITO FUNDAMENTAL

### THE RIGHT TO HEALTH, STATE DUTY, AND JUDICIALIZATION: CHALLENGES AND PERSPECTIVES ON REALIZING THE FUNDAMENTAL RIGHT

João Pedro Trindade Rodrigues<sup>1</sup>  
Ana Maria Ortega Alonso<sup>2</sup>

**RESUMO:** A Constituição Federal de 1988 estabelece que o direito à saúde é um dever do Estado e uma garantia assegurada a todos os cidadãos, reafirmando sua relevância como elemento essencial da cidadania brasileira. A criação do Sistema Único de Saúde (SUS), sustentado pelos princípios da universalidade, integralidade e equidade, marcou um avanço decisivo na democratização do acesso aos serviços de saúde. Este trabalho analisa a trajetória da saúde pública no país, destacando os entraves e desafios enfrentados pelo sistema jurídico na efetivação desse direito. Para tanto, adotou-se uma metodologia de pesquisa teórica, baseada na análise da legislação e de referências acadêmicas especializadas. O estudo demonstra que, embora o SUS tenha promovido significativos progressos, persistem obstáculos que comprometem sua plena efetivação, como disparidades regionais, restrições orçamentárias e deficiências na gestão pública. Superar essas limitações exige políticas públicas eficazes, financiamento adequado e cooperação entre as esferas governamentais. Em síntese, a saúde é condição fundamental para a dignidade humana, devendo ser garantida de forma universal, equitativa e com qualidade.

I

**Palavras-chave:** Direitos Fundamentais. Direito Social. Dignidade da Pessoa Humana. Sistema Único de Saúde.

**ABSTRACT:** The 1988 Federal Constitution establishes that the right to health is a duty of the State and a guarantee assured to all citizens, reaffirming its relevance as an essential element of Brazilian citizenship. The creation of the Unified Health System (SUS), supported by the principles of universality, comprehensiveness, and equity, marked a decisive advance in the democratization of access to health services. This work analyzes the trajectory of public health in the country, highlighting the obstacles and challenges faced by the legal system in the realization of this right. To this end, a theoretical research methodology was adopted, based on the analysis of legislation and specialized academic references. The study demonstrates that, although the SUS has promoted significant progress, obstacles persist that compromise its full effectiveness, such as regional disparities, budgetary constraints, and deficiencies in public management. Overcoming these limitations requires effective public policies, adequate funding, and cooperation between governmental spheres. In short, health is a fundamental condition for human dignity and must be guaranteed universally, equitably, and with quality.

**Keywords:** Fundamental Rights. Social Law. Human Dignity. Unified Health System.

<sup>1</sup> Discente do Curso de Direito do Centro Universitário de Santa Fé do Sul (UNIFUNEC), 10º Semestre.

<sup>2</sup> Orientadora e Docente do Curso de Direito do Centro Universitário de Santa Fé do Sul (UNIFUNEC). Mestre em Direito pelo Centro Universitário de Toledo e médica pelo Centro Universitário de Santa Fé do Sul.

## 1 INTRODUÇÃO

A saúde, reconhecida pela Constituição Federal de 1988 como um direito social essencial, constitui fundamento indispensável para a efetivação da dignidade humana (Silva, 2023). O artigo 196 da Carta Magna estabelece que cabe ao Estado garantir esse direito por meio de políticas públicas sociais e econômicas que reduzam riscos de doenças e assegurem o acesso universal e igualitário aos serviços de saúde, com foco na promoção, proteção e recuperação da saúde (Brasil, 1988).

Entretanto, mesmo diante dessas garantias constitucionais, o país ainda enfrenta sérios desafios para concretizar plenamente esse direito. Entre os principais entraves destacam-se a limitação de recursos financeiros, as deficiências na infraestrutura dos serviços públicos, o crescimento da judicialização da saúde e as desigualdades regionais no acesso às ações e serviços de saúde, fatores amplamente discutidos pela doutrina constitucional e sanitária.

Parte-se da compreensão de que saúde não se resume à ausência de enfermidades, mas representa um estado de completo bem-estar físico, mental e social, constituindo condição indispensável para o desenvolvimento humano, para o exercício da cidadania e para a preservação da dignidade da pessoa humana (Sarlet, 2022). Sob essa perspectiva, o presente estudo analisa os instrumentos jurídicos destinados à efetivação desse direito, tanto no âmbito constitucional quanto infraconstitucional, abordando as responsabilidades do Estado e o papel da sociedade na formulação, fiscalização e aperfeiçoamento das políticas públicas de saúde. Também se examina a responsabilidade estatal diante das falhas na prestação dos serviços públicos de saúde, especialmente quando a omissão administrativa compromete a vida, a integridade física ou a dignidade das pessoas, circunstâncias que justificam, em determinadas situações, a intervenção do Poder Judiciário para assegurar a efetividade do direito fundamental à saúde.

Um dos pontos centrais abordados é a crescente judicialização da saúde, fenômeno que evidencia tanto o fortalecimento do controle jurisdicional dos direitos fundamentais quanto as dificuldades enfrentadas pela Administração Pública para garantir a efetividade das políticas públicas diante da limitação de recursos financeiros e da necessidade de observância dos princípios da universalidade, da integralidade e da equidade. A análise da jurisprudência permite compreender como o Poder Judiciário vem buscando conciliar a proteção dos direitos

individuais com a preservação do interesse coletivo e da sustentabilidade do Sistema Único de Saúde.

O estudo enfatiza ainda a importância das políticas públicas voltadas à prevenção de doenças e à promoção da saúde como instrumentos indispensáveis para a concretização do direito constitucional à saúde. Nesse contexto, saneamento básico, alimentação adequada, educação em saúde, acesso à informação, preservação do meio ambiente e melhoria das condições de vida constituem fatores determinantes para a promoção da saúde da população, conforme reconhece a Lei nº 8.080/1990 (Brasil, 1990) e a doutrina do Direito Sanitário (Dallari, 1988).

Por fim, o trabalho propõe uma reflexão crítica sobre o direito à saúde como expressão da dignidade da pessoa humana e elemento essencial para a concretização do Estado Democrático de Direito. Reforça-se a necessidade do fortalecimento do Sistema Único de Saúde, do aperfeiçoamento da gestão pública e da ampliação da participação social na formulação e fiscalização das políticas públicas, de modo que a efetivação desse direito ultrapasse o plano normativo e se concretize na realidade cotidiana da população brasileira.

## 2 CONTEXTO HISTÓRICO

3

Antes da chegada dos colonizadores europeus, o território brasileiro era habitado por diversos povos indígenas, que viviam de forma autônoma e possuíam seus próprios métodos de cuidado com a saúde, fundamentados nos conhecimentos tradicionais, no uso de plantas medicinais e na estreita relação com a natureza. Esses povos desenvolveram práticas próprias de prevenção e tratamento de enfermidades, transmitidas entre gerações, constituindo importante patrimônio cultural e sanitário. Com a colonização portuguesa, esses povos foram drasticamente afetados por doenças trazidas da Europa, conhecidas como "doenças do homem branco", para as quais não possuíam imunidade, ocasionando intensa redução populacional e profundas transformações sociais e culturais (Giovanella et al., 2012).

Durante o período colonial e imperial, que se estendeu por quase quatro séculos, o Estado brasileiro não desenvolveu políticas públicas estruturadas voltadas à higiene pública ou à saúde coletiva. A assistência médica permanecia restrita às elites econômicas, enquanto a maior parte da população vivia em condições precárias de saneamento, alimentação e moradia, favorecendo a disseminação de diversas enfermidades. Nesse contexto, as Santas Casas de Misericórdia

assumiram papel relevante na prestação de assistência aos grupos socialmente vulneráveis, embora com recursos limitados e atuação predominantemente filantrópica.

Com a Independência, Dom Pedro I iniciou pequenas reformas administrativas relacionadas à saúde pública, promovendo medidas voltadas à fiscalização sanitária e à regulamentação do exercício da medicina. Destacaram-se, nesse período, instituições como a Escola de Cirurgia do Rio de Janeiro e a Faculdade Médica e Cirúrgica do Real Hospital Militar de Salvador, consideradas importantes marcos para a formação médica brasileira.

A Proclamação da República e o fim da escravidão impulsionaram a imigração europeia, destinada principalmente ao trabalho nas lavouras e nas atividades industriais. Paralelamente, o país passou a enfrentar importantes desafios sanitários decorrentes do crescimento urbano e da circulação de doenças infecciosas. Nesse cenário, destacaram-se as campanhas sanitárias lideradas por Oswaldo Cruz, cuja atuação foi decisiva no combate às epidemias de febre amarela, peste bubônica e varíola, consolidando importantes avanços para a saúde pública brasileira, ainda que algumas medidas tenham provocado forte resistência popular, como ocorreu durante a Revolta da Vacina.

Apesar desses avanços, epidemias como a gripe espanhola continuaram causando elevado número de mortes em todo o país, evidenciando as limitações da estrutura sanitária existente. Em 1923, a criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), por meio da Lei Eloy Chaves, representou um importante passo para a organização da assistência médica destinada aos trabalhadores vinculados a determinadas categorias profissionais, embora o acesso permanecesse restrito à população formalmente empregada.

Durante o governo Getúlio Vargas, o sistema de saúde passou por novas reformulações administrativas, tornando-se mais centralizado e direcionado ao controle das epidemias e endemias. Nesse período, a promulgação da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), em 1943, fortaleceu a proteção social dos trabalhadores ao incorporar a assistência médica entre os direitos assegurados pela legislação trabalhista.

Em 1953 foi criado o Ministério da Saúde, representando importante avanço institucional para a organização das políticas sanitárias brasileiras. Entretanto, o acesso aos serviços públicos de saúde permaneceu restrito principalmente aos trabalhadores vinculados ao sistema previdenciário. Durante o regime militar, iniciado em 1964, observou-se prioridade para políticas de desenvolvimento econômico em detrimento dos investimentos sociais,

circunstância que contribuiu para a persistência de importantes problemas sanitários e para a ampliação das desigualdades no acesso aos serviços de saúde (Giovanella et al., 2012).

A partir da década de 1980, intensificou-se o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, composto por profissionais da saúde, pesquisadores, gestores e representantes da sociedade civil, que defendiam a universalização do acesso aos serviços de saúde e a criação de um sistema público baseado na cidadania e na justiça social (Dallari, 1988).

Nesse contexto, a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, constituiu um dos principais marcos históricos da saúde pública brasileira ao consolidar uma nova concepção de saúde, compreendida como direito de cidadania e dever do Estado (Brasil, 1986). As propostas aprovadas durante a conferência serviram de fundamento para a elaboração dos dispositivos constitucionais relacionados à saúde e influenciaram diretamente a criação do Sistema Único de Saúde na Constituição Federal de 1988.

Com a promulgação da Constituição Federal de 1988 e, posteriormente, da Lei nº 8.080/1990, consolidou-se o Sistema Único de Saúde (SUS), estruturado sobre os princípios da universalidade, da integralidade e da equidade, tornando-se um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo (Brasil, 1988). Desde então, o SUS promoveu avanços significativos na ampliação do acesso aos serviços de saúde, embora continue enfrentando desafios relacionados ao financiamento, às desigualdades regionais, à gestão pública e à efetivação plena do direito constitucional à saúde.

### 3 DO DIREITO À SAÚDE

Historicamente, o direito à saúde no Brasil permaneceu restrito aos trabalhadores vinculados ao sistema previdenciário, enquanto grande parcela da população dependia de instituições filantrópicas, como as Santas Casas de Misericórdia, para obter assistência médica.

A partir da definição apresentada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1948, a saúde passou a ser compreendida como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas como a ausência de doenças (Organização Mundial da Saúde, 1948). Essa concepção ampliou significativamente o entendimento jurídico e social acerca da saúde, relacionando-a diretamente à qualidade de vida, ao desenvolvimento humano e à dignidade da pessoa humana.

Com a promulgação da Constituição Federal de 1988, o direito à saúde foi elevado à categoria de direito fundamental social, tornando-se um dos pilares do Estado Democrático de

Direito e um dos principais instrumentos de promoção da justiça social. Conforme destaca José Afonso da Silva (2023) os direitos sociais possuem natureza prestacional, impondo ao Estado o dever de implementar políticas públicas destinadas à redução das desigualdades e à concretização da dignidade humana.

Conforme o artigo 196 da Constituição:

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

O dispositivo constitucional consagra a saúde como verdadeiro direito público subjetivo, impondo ao Estado o dever jurídico de formular, executar e financiar políticas públicas capazes de assegurar sua efetividade. Da mesma forma, Mendes e Branco (2023) ressaltam que a concretização desse direito exige atuação positiva do Poder Público, por meio da implementação de políticas sociais e econômicas compatíveis com os objetivos constitucionais.

O artigo 198 da Constituição Federal estabelece a organização do Sistema Único de Saúde (SUS) nos seguintes termos:

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - Descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II - Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - participação da comunidade. (Brasil, 1988)

Essas diretrizes representam a base estrutural do SUS e demonstram que a Constituição adotou um modelo descentralizado, participativo e integrado de gestão da saúde pública. Segundo Lenir Santos (2018), a regionalização, a descentralização e a participação social constituem mecanismos essenciais para assegurar maior eficiência administrativa e ampliar o acesso da população aos serviços públicos de saúde.

A compreensão de saúde como equilíbrio entre corpo, mente e ambiente remonta à medicina hipocrática. Hipócrates defendia que o ser humano deveria ser compreendido em sua integralidade, considerando fatores físicos, emocionais e ambientais como determinantes da saúde.

Essa perspectiva encontra fundamento no princípio da dignidade da pessoa humana, previsto no artigo 1º, inciso III, da Constituição Federal.

Conforme leciona Sarlet (2015a, p. 70-71):

Assim sendo, temos por dignidade da pessoa humana a qualidade intrínseca e distintiva reconhecida a cada ser humano que o faz merecedor do mesmo respeito e consideração por parte do Estado e da comunidade, implicando, neste sentido, um complexo de direitos e deveres que assegurem a pessoa tanto contra todo e qualquer ato de cunho degradante e desumano, como venham a lhe garantir as condições existenciais mínimas para uma vida saudável, além de propiciar e promover sua participação ativa e corresponsável nos destinos da própria existência e da vida em comunhão com os demais seres humanos, mediante o devido respeito aos demais seres que integram a rede da vida.

A dignidade da pessoa humana constitui fundamento da República e orienta toda a interpretação dos direitos fundamentais, inclusive o direito à saúde.

Entretanto, permanece significativa a distância entre a proteção constitucional e sua efetiva concretização. As desigualdades sociais, as limitações orçamentárias, as dificuldades administrativas e a insuficiência da infraestrutura pública ainda comprometem o acesso universal e igualitário aos serviços de saúde.

Para Aith (2021), a efetividade do direito à saúde depende da articulação entre planejamento estatal, financiamento adequado e gestão eficiente das políticas públicas.

---

7

Nesse contexto, a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado pela Lei nº 8.080/1990, representou importante avanço institucional ao estruturar uma rede pública destinada à promoção, proteção e recuperação da saúde, abrangendo desde a Atenção Primária até os serviços de alta complexidade, vigilância epidemiológica, assistência farmacêutica e ações preventivas.

A efetivação desse sistema exige que o Estado assegure não apenas atendimento médico-hospitalar, mas também políticas públicas voltadas ao saneamento básico, alimentação adequada, educação, moradia digna, proteção ambiental, trabalho e renda, fatores reconhecidos pela própria Lei Orgânica da Saúde como determinantes e condicionantes da saúde da população (Dallari, 1988).

### **3.1 Estrutura e princípios base do SUS**

O Sistema Único de Saúde (SUS) é composto pelo Ministério da Saúde, Estados e Municípios, e cada ente tem suas corresponsabilidades, e suas funções devem ser solidaria e participativa entre todos os três entes da federação. A repartição de competências entre os entes

federativos busca assegurar uma atuação solidária e coordenada, permitindo que cada esfera de governo exerça suas atribuições de acordo com sua capacidade administrativa e financeira.

Seus princípios fundamentais universalidade, equidade e integralidade asseguram que todos tenham acesso à saúde sem distinção, priorizando a redução das desigualdades e o atendimento integral às necessidades humanas.

Assim, o princípio da universalização estabelece que o acesso à saúde deve ser garantido a todos os cidadãos, sem qualquer forma de discriminação, reafirmando a saúde como um direito inerente à cidadania.

A equidade, por sua vez, busca reduzir as desigualdades existentes, reconhecendo que, embora todos possuam os mesmos direitos, cada indivíduo apresenta necessidades distintas que exigem respostas específicas do sistema de saúde. Conforme destaca Dallari (1988), tratar igualmente os desiguais tende a perpetuar as desigualdades sociais, por isso, políticas públicas devem priorizar populações em situação de maior vulnerabilidade.

Já a integralidade compreende o ser humano em sua dimensão biopsicossocial, exigindo que as ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação sejam desenvolvidas de forma articulada e contínua.

No âmbito administrativo, o Ministério da Saúde exerce a função de gestor nacional do SUS, sendo responsável pela formulação, coordenação e avaliação das políticas nacionais de saúde, em articulação com o Conselho Nacional de Saúde e demais instâncias de participação social. Entre suas instituições vinculadas destacam-se a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), o Instituto Nacional de Câncer (INCA), a Empresa Brasileira de Hemoderivados e Biotecnologia (Hemobrás), a Fundação Nacional de Saúde (Funasa), a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e outras entidades estratégicas para a execução das políticas públicas sanitárias (Ministério da Saúde, 2025).

As Secretarias Estaduais de Saúde desempenham papel essencial na coordenação regional das políticas públicas, oferecendo suporte técnico aos municípios e promovendo a integração das redes de atenção à saúde. Sua atuação ocorre em conjunto com os Conselhos Estaduais de Saúde e com as Comissões Intergestores Bipartites (CIB), responsáveis pela pactuação das ações entre estados e municípios.

Já a Secretaria Municipal de Saúde tem a função de gerir o SUS em nível local, especialmente aqueles relacionados à Atenção Primária à Saúde, planejando, executando e avaliando programas e serviços de saúde. Sua atuação ocorre em parceria com os conselhos

municipais e com as instâncias estadual e federal, garantindo a efetivação das diretrizes do SUS por meio do Plano Municipal de Saúde.

Além dos princípios doutrinários, o SUS também se estrutura sobre princípios organizativos, entre os quais se destacam a regionalização, a hierarquização, a descentralização e a participação social.

A regionalização organiza os serviços de saúde de acordo com as características epidemiológicas, geográficas e demográficas de cada território, favorecendo a integração entre os diferentes níveis de atenção. A hierarquização, por sua vez, estabelece fluxos assistenciais conforme a complexidade dos serviços, garantindo que os usuários sejam encaminhados aos níveis especializados apenas quando necessário, racionalizando os recursos públicos e ampliando a eficiência do sistema.

A descentralização distribui competências administrativas entre União, Estados e Municípios, fortalecendo o pacto federativo e permitindo maior agilidade na implementação das políticas públicas. Segundo José Afonso da Silva (2023), a descentralização constitui importante mecanismo de concretização dos direitos sociais, por aproximar a Administração Pública das necessidades reais da população.

Outro princípio organizativo fundamental é a participação da comunidade, concretizada por meio dos Conselhos e Conferências de Saúde. Esses mecanismos asseguram o controle social das políticas públicas, permitindo que a sociedade participe do planejamento, da fiscalização e da avaliação das ações governamentais. Conforme ressalta Lenir Santos (2018), a participação popular representa uma das principais características democráticas do SUS e um instrumento essencial para o aperfeiçoamento contínuo do sistema.

No âmbito da vigilância sanitária, destaca-se a atuação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), criada pela Lei nº 9.782/1999, cuja finalidade é proteger a saúde da população mediante o controle sanitário de produtos, medicamentos, alimentos, serviços e tecnologias que possam representar riscos à saúde pública (Brasil, 1999).

A atuação regulatória da Anvisa fundamenta-se nos princípios da legalidade, da transparência, da eficiência e da segurança sanitária, exercendo papel estratégico na fiscalização dos produtos sujeitos à vigilância sanitária, na regulamentação de mercados e na proteção da saúde coletiva.

### **3.2 Direitos do usuário do SUS**

A Carta dos Direitos e Deveres da Pessoa Usuária da Saúde, instituída pelo Ministério da Saúde, orienta os cidadãos acerca dos direitos assegurados durante o atendimento nos serviços públicos e privados integrantes do Sistema Único de Saúde. O documento reafirma que toda pessoa deve receber atendimento digno, respeitoso e livre de qualquer forma de discriminação, além de garantir acesso às informações necessárias para sua participação nas decisões relativas ao próprio tratamento (Brasil, 2021).

Todo cidadão tem direito, ao acesso ordenado e organizado aos serviços de saúde, ao recebimento de tratamento adequado e eficaz para sua condição de saúde, ao atendimento humanizado, acolhedor e isento de qualquer forma de discriminação, ao comprometimento dos gestores do sistema de saúde na garantia da efetivação desses princípios, a um atendimento que respeite sua dignidade, seus valores e seus direitos individuais e responsabilidades para que seu tratamento aconteça da forma adequada. (Brasil, 2021)

A proteção conferida aos usuários do SUS não se limita ao acesso aos serviços médicos. Abrange igualmente o direito à informação clara sobre diagnósticos, tratamentos, riscos e alternativas terapêuticas, bem como o respeito à autonomia do paciente e à confidencialidade das informações relacionadas à sua saúde.

Além disso, a participação da população nos Conselhos e Conferências de Saúde constitui importante mecanismo democrático de controle social das políticas públicas, permitindo que os cidadãos acompanhem, fiscalizem e contribuam para o aperfeiçoamento do Sistema Único de Saúde. Conforme destaca Lenir Santos (2018), a participação popular fortalece a legitimidade das decisões administrativas e contribui para maior transparência e eficiência na gestão pública da saúde.

10

### 3.3 Financiamento do SUS

O financiamento do Sistema Único de Saúde constitui um dos principais desafios para a efetivação do direito fundamental à saúde. A Constituição Federal de 1988 estabeleceu que a saúde integra o sistema da seguridade social e deve ser financiada mediante recursos provenientes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, assegurando responsabilidade compartilhada entre os entes federativos (Brasil, 1988)

Segundo Lenir Santos (2018), a sustentabilidade financeira do SUS depende não apenas da previsão constitucional de recursos, mas também da adequada gestão orçamentária, do planejamento das políticas públicas e da cooperação entre os diferentes níveis de governo.

Entretanto, a concretização plena do direito à saúde ainda encontra limitações decorrentes da disponibilidade orçamentária do Estado. Nesse contexto, destaca-se a chamada teoria da reserva do possível, frequentemente utilizada nas discussões envolvendo políticas públicas e judicialização da saúde.

A Lei Complementar nº 141/2012 regulamentou os percentuais mínimos de aplicação de recursos públicos em ações e serviços de saúde, estabelecendo critérios objetivos para o financiamento do SUS e fortalecendo os mecanismos de controle e transparência da gestão financeira (Brasil, 2012).

Art. 5º A União aplicará, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, o montante correspondente ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, apurado nos termos desta Lei Complementar, acrescido de, no mínimo, o percentual correspondente à variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) ocorrida no ano anterior ao da lei orçamentária anual.

§ 1º (VETADO).

§ 2º Em caso de variação negativa do PIB, o valor de que trata o caput não poderá ser reduzido, em termos nominais, de um exercício financeiro para o outro.

§ 3º (VETADO).

§ 4º (VETADO).

§ 5º (VETADO).

Art. 6º Os Estados e o Distrito Federal aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 12% (doze por cento) da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam o art. 157, a alínea “a” do inciso I e o inciso II do caput do art. 159, todos da Constituição Federal, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios.

Parágrafo único. (VETADO).

Art. 7º Os Municípios e o Distrito Federal aplicarão anualmente em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 15% (quinze por cento) da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam o art. 158 e a alínea “b” do inciso I do caput e o § 3º do art. 159, todos da Constituição Federal.

Parágrafo único. (VETADO).

Art. 8º O Distrito Federal aplicará, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 12% (doze por cento) do produto da arrecadação direta dos impostos que não possam ser segregados em base estadual e em base municipal. (Brasil, 2012)

O acompanhamento da execução orçamentária é realizado por sistemas oficiais, como o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) e o DATASUS, que possibilitam maior transparência na gestão dos recursos públicos e permitem o monitoramento da execução financeira das ações e serviços de saúde.

Apesar dos avanços institucionais, persistem desafios relacionados ao subfinanciamento, às desigualdades regionais e à eficiência na aplicação dos recursos públicos. Para Giovanella et al. (2012), a insuficiência de investimentos compromete a expansão da infraestrutura, a contratação de profissionais, a incorporação de novas tecnologias e a ampliação do acesso da população aos serviços de saúde.

Assim, a consolidação de um sistema público de saúde universal, integral e equitativo depende não apenas da existência de recursos financeiros suficientes, mas também de planejamento, responsabilidade fiscal, gestão eficiente e controle social, elementos indispensáveis para assegurar a efetividade do direito constitucional à saúde.

#### 4 JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE

A judicialização da saúde constitui um dos fenômenos mais relevantes do Direito Sanitário contemporâneo e decorre da própria constitucionalização do direito à saúde promovida pela Constituição Federal de 1988. Ao reconhecer a saúde como direito fundamental e dever do Estado, a Constituição atribuiu ao Poder Judiciário importante papel na garantia da efetividade desse direito sempre que houver omissão ou atuação insuficiente da Administração Pública.

Segundo Fernando Aith (2021), a judicialização representa um instrumento legítimo de concretização dos direitos fundamentais, permitindo ao cidadão recorrer ao Poder Judiciário quando as políticas públicas não conseguem assegurar o acesso aos serviços e às ações indispensáveis à preservação da vida e da saúde.

O crescimento das demandas judiciais nessa área encontra-se diretamente relacionado às dificuldades estruturais enfrentadas pelo Sistema Único de Saúde, à ampliação da expectativa de vida da população, ao avanço das tecnologias médicas e ao aumento da procura por medicamentos e tratamentos de elevado custo. Esses fatores contribuem para o crescimento das ações judiciais destinadas à obtenção de medicamentos, exames, cirurgias e tratamentos não disponibilizados administrativamente pelo SUS ou pelos planos privados de assistência à saúde.

Entretanto, a judicialização também produz importantes repercussões sobre o planejamento das políticas públicas. A determinação judicial para fornecimento de tratamentos individuais pode comprometer a programação orçamentária previamente estabelecida pelos gestores públicos, deslocando recursos destinados ao atendimento coletivo para demandas individuais urgentes. Conforme observam Mendes e Branco (2023), a atuação judicial deve conciliar a proteção dos direitos fundamentais com a observância dos princípios da separação dos Poderes, da reserva do possível e da igualdade material.

Nesse cenário, a judicialização revela tanto a importância da atuação jurisdicional quanto as limitações da gestão pública na efetivação do direito constitucional à saúde. Segundo Lenir Santos (2018), o elevado número de ações judiciais demonstra que parte significativa das demandas sociais deixa de ser solucionada administrativamente, transferindo ao Poder Judiciário questões que poderiam ser resolvidas pelas próprias políticas públicas.

Alguns juristas argumentam que esse fenômeno cria uma espécie de “duas portas” no sistema público de saúde, uma para aqueles que conseguem recorrer à Justiça e garantir tratamentos imediatos, e outra para os que dependem exclusivamente da via administrativa, permanecendo nas filas do SUS.

Outro aspecto relevante refere-se à incorporação de novas tecnologias em saúde, o avanço constante da indústria farmacêutica e da medicina produz medicamentos inovadores de elevado custo, cuja inclusão nas políticas públicas depende de avaliação técnica quanto à eficácia, segurança e custo-benefício. Conforme Aith et al. (2014), a ausência dessas avaliações pode comprometer a sustentabilidade financeira do SUS e gerar distorções na distribuição dos recursos públicos.

A respeito desse fenômeno, Fernando Aith afirma:

A indefinição sobre os reais contornos do dever do Estado no que se refere ao oferecimento integral de serviços e produtos de saúde contribui para o incremento da judicialização da saúde no Brasil, fenômeno por meio do qual o cidadão vai ao Poder Judiciário para garantir direitos constitucionalmente garantidos de acesso universal e integral do direito à saúde. A definição sobre quais serviços e produtos que serão incorporados ao sistema público de saúde e oferecidos de forma universal constitui, assim, um momento estratégico na conformação das garantias concretas de efetivação da saúde como direito a ser preservado de forma integral. (Aith et al, 2014, p.15)

Essa reflexão demonstra que o aumento da judicialização não decorre apenas da insuficiência de recursos financeiros, mas também da inexistência de critérios suficientemente claros para definir quais prestações devem ser obrigatoriamente oferecidas pelo Estado.

Além das limitações orçamentárias, a judicialização evidencia a necessidade de maior integração entre os Poderes Executivo, Legislativo e Judiciário na formulação das políticas públicas de saúde. Segundo Mendes e Branco (2023), a atuação harmônica entre os Poderes constitui requisito indispensável para assegurar segurança jurídica, eficiência administrativa e estabilidade institucional.

No âmbito da saúde suplementar, a judicialização também exerce significativa influência sobre as relações entre operadoras de planos de saúde e consumidores, ampliando o número de demandas relacionadas à cobertura contratual de tratamentos e procedimentos médicos. Conforme Gebran Neto e Schulze (2015), esse fenômeno demonstra que os conflitos relativos ao direito à saúde ultrapassam a esfera do SUS e alcançam igualmente a iniciativa privada.

Outro importante fundamento doutrinário é apresentado por Costa (2017), ao afirmar que:

No âmbito da saúde, a judicialização se consolidou como resposta a um contexto marcado pela exclusão no acesso aos serviços de saúde e morosidade dos poderes executivo e legislativo em satisfazerem de forma efetiva as demandas acerca do acesso às ações e serviços de saúde. (Costa, 2017, p.141)

14

Embora a atuação do Poder Judiciário seja indispensável para assegurar a proteção dos direitos fundamentais, sua intervenção deve observar critérios técnicos, científicos e orçamentários.

Nesse sentido, a jurisprudência do Supremo Tribunal Federal passou a estabelecer parâmetros para reduzir os impactos da judicialização sobre a gestão pública. No julgamento do Recurso Extraordinário nº 657.718/MG, o STF fixou entendimento de que o Estado não está obrigado a fornecer medicamentos experimentais, admitindo, em situações excepcionais, o fornecimento de medicamentos sem registro na ANVISA quando preenchidos requisitos específicos (STF, 2019).

Da mesma forma, na Suspensão de Tutela Provisória nº 455/RS, o Supremo Tribunal Federal reafirmou a necessidade de observância da divisão constitucional de competências entre União, Estados e Municípios na prestação dos serviços públicos de saúde (STF, 2020).

Portanto, a judicialização da saúde constitui importante mecanismo de proteção dos direitos fundamentais, mas não deve substituir o adequado planejamento das políticas públicas. Sua utilização deve permanecer excepcional, destinada à correção de falhas estatais concretas, preservando simultaneamente os princípios da universalidade, da equidade, da eficiência administrativa e da sustentabilidade financeira do Sistema Único de Saúde.

#### 4.1 Processo de Alto Custo

O direito à saúde, assegurado pela Constituição Federal de 1988 como direito fundamental de natureza social, impõe ao Estado o dever de garantir o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços necessários à promoção, proteção e recuperação da saúde. Entre os maiores desafios para a concretização desse direito destaca-se o acesso aos medicamentos de alto custo, especialmente destinados ao tratamento de doenças crônicas, raras ou de elevada complexidade terapêutica.

Segundo Fernando Aith (2021), o fornecimento de medicamentos especializados constitui importante instrumento de efetivação do direito fundamental à saúde, devendo ser organizado mediante critérios técnicos, científicos e administrativos capazes de conciliar o atendimento das necessidades individuais com a sustentabilidade das políticas públicas.

15

Nesse contexto, o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF), popularmente conhecido como Farmácia de Alto Custo, desempenha papel fundamental na disponibilização gratuita de medicamentos destinados ao tratamento de enfermidades como câncer, esclerose múltipla, artrite reumatoide, hepatites virais, doença de Crohn e diversas doenças raras, garantindo maior equidade no acesso às terapias de maior complexidade (Ministério da Saúde, 2025).

A gestão desse componente é de responsabilidade das Secretarias Estaduais de Saúde, competindo aos Estados a aquisição, armazenamento, distribuição e acompanhamento da dispensação dos medicamentos. Para obtenção desses medicamentos, o paciente deve apresentar documentação específica, incluindo receita médica atualizada, Laudo para Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos (LME), Cartão Nacional de Saúde, documento oficial de identificação e comprovante de residência, observando os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas estabelecidos pelo Ministério da Saúde (Brasil, 1990).

O Laudo para Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos (LME), com validade definida conforme os protocolos específicos, constitui instrumento indispensável para

avaliação técnica da indicação terapêutica, contendo informações clínicas detalhadas sobre diagnóstico, justificativa do tratamento, dosagem, tempo de utilização e evolução do paciente.

Apesar da existência desse sistema organizado de assistência farmacêutica, persistem obstáculos administrativos que dificultam o acesso tempestivo aos medicamentos, entre eles atrasos na aquisição, insuficiência de estoques, burocracia documental e limitações logísticas. Segundo Gebran Neto e Schulze (2015), essas dificuldades constituem uma das principais causas do crescimento da judicialização relacionada ao fornecimento de medicamentos.

Quando ocorre negativa administrativa ou indisponibilidade do medicamento, recomenda-se inicialmente que o cidadão formule requerimento administrativo junto à Secretaria de Saúde competente ou à Ouvidoria do SUS, apresentando toda a documentação clínica pertinente. Persistindo a negativa injustificada, poderá recorrer ao Poder Judiciário para garantir a efetivação do direito constitucional à saúde, desde que observados os critérios estabelecidos pela jurisprudência do Supremo Tribunal Federal (STF).

Além da tutela jurisdicional, existem mecanismos complementares destinados à ampliação do acesso aos medicamentos especializados, incluindo programas públicos de assistência farmacêutica, iniciativas filantrópicas, programas de apoio promovidos pela indústria farmacêutica e políticas públicas voltadas à redução das desigualdades no acesso aos tratamentos.

16

#### **4.2 Programa Farmácia Popular**

O Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPB) constitui importante política pública de assistência farmacêutica destinada à ampliação do acesso da população aos medicamentos essenciais. Criado pelo Governo Federal, o programa complementa a distribuição realizada pelas Unidades Básicas de Saúde e pelas farmácias públicas municipais, permitindo que medicamentos sejam obtidos também em estabelecimentos privados credenciados ao Ministério da Saúde (Ministério da Saúde, 2025).

Segundo Giovanella et al. (2012), políticas públicas de assistência farmacêutica desempenham papel estratégico na efetivação do direito à saúde, contribuindo para redução das desigualdades sociais e para melhoria dos indicadores de saúde da população.

Desde 14 de fevereiro de 2025, o Programa Farmácia Popular passou a disponibilizar gratuitamente todos os medicamentos e insumos integrantes do seu elenco, ampliando

significativamente o acesso da população aos tratamentos destinados às principais doenças acompanhadas pela Atenção Primária à Saúde (Brasil, 2025).

Atualmente, o programa contempla medicamentos destinados ao tratamento da hipertensão arterial, diabetes mellitus, asma, osteoporose, dislipidemias, rinite, doença de Parkinson, glaucoma, além do fornecimento de contraceptivos, fraldas geriátricas e absorventes higiênicos destinados às beneficiárias do Programa Dignidade Menstrual (Ministério da Saúde, 2025).

Essa ampliação fortalece o Sistema Único de Saúde ao reduzir barreiras econômicas ao acesso aos medicamentos, favorecendo a continuidade dos tratamentos e contribuindo para diminuição das internações decorrentes de complicações evitáveis.

Para obtenção dos medicamentos disponibilizados pelo programa, o usuário deve apresentar documento oficial com foto, CPF e receita médica válida, emitida tanto por profissionais do SUS quanto da rede privada, observadas as regras estabelecidas pelo Ministério da Saúde para cada grupo terapêutico.

## 5 CONCLUSÃO

O direito à saúde, reconhecido pela Constituição Federal de 1988 como um dos pilares dos direitos sociais, consolidou-se como um marco essencial na evolução da cidadania Brasileira. A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) representou um avanço significativo na busca pela universalização, equidade e integralidade do atendimento, reafirmando o compromisso estatal com a promoção do bem-estar coletivo.

O SUS, um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, garante acesso gratuito e integral à população, desde atendimentos básicos até procedimentos de alta complexidade, consolidando-se como uma das maiores políticas públicas de inclusão social do país, garantindo acesso gratuito aos serviços de saúde e promovendo avanços significativos na assistência à população.

Seu surgimento foi resultado da mobilização social e das transformações políticas que marcaram o processo de redemocratização, especialmente após a 8ª Conferência Nacional de Saúde, quando a saúde passou a ser entendida como dever do Estado e direito de todos.

Entretanto, a efetivação desse direito ainda enfrenta desafios relevantes. O subfinanciamento do sistema, as desigualdades regionais, as limitações estruturais, a insuficiência de profissionais em determinadas localidades e as dificuldades na gestão pública

continuam comprometendo a plena concretização das garantias constitucionais previstas no artigo 196 da Constituição Federal.

Outro aspecto amplamente discutido nesta pesquisa refere-se à judicialização da saúde. Embora a atuação do Poder Judiciário represente importante mecanismo de proteção dos direitos fundamentais diante da omissão estatal, o crescimento expressivo das demandas judiciais evidencia deficiências na implementação das políticas públicas e impõe desafios relacionados ao planejamento orçamentário, à distribuição equitativa dos recursos e à sustentabilidade financeira do Sistema Único de Saúde.

Também foi possível verificar que políticas públicas como o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica e o Programa Farmácia Popular representam importantes mecanismos de concretização do direito à saúde, ampliando o acesso da população aos medicamentos essenciais e reduzindo desigualdades no tratamento das doenças de maior prevalência. Contudo, sua efetividade depende da continuidade dos investimentos públicos, do aperfeiçoamento da gestão administrativa e do fortalecimento das redes de atenção à saúde.

Para que o direito à saúde se concretize de forma equitativa, é indispensável a atuação conjunta entre Estado, sociedade e instituições de controle, com foco em políticas preventivas, valorização dos profissionais de saúde e transparência na aplicação dos recursos públicos.

18

A pesquisa permitiu concluir que a efetivação do direito à saúde ultrapassa a simples prestação de serviços médicos, exigindo políticas públicas articuladas que envolvam educação, saneamento básico, assistência farmacêutica, alimentação adequada, proteção ambiental e redução das desigualdades sociais, fatores reconhecidos pela Lei nº 8.080/1990.

Nesse contexto, torna-se indispensável fortalecer os mecanismos de planejamento, financiamento, transparência administrativa e participação social, assegurando maior eficiência na utilização dos recursos públicos e ampliando a capacidade do Estado de responder às necessidades da população.

O acesso ao Poder Judiciário, portanto, deve ser visto como medida excepcional, e não como regra, pois sua utilização frequente demonstra que o SUS ainda não atingiu integralmente os objetivos propostos pela Constituição.

Por fim, conclui-se que o direito à saúde deve ser compreendido como expressão concreta da dignidade da pessoa humana e condição indispensável para o exercício dos demais direitos fundamentais. A consolidação desse direito exige atuação integrada entre União, Estados,

Municípios, Poder Judiciário e sociedade civil, mediante políticas públicas sustentáveis, gestão responsável e participação democrática.

Somente dessa forma será possível transformar o comando constitucional previsto no artigo 196 da Constituição Federal em realidade efetiva para todos os brasileiros, garantindo acesso universal, igualitário e de qualidade às ações e aos serviços de saúde.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Presidência da República. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm). Acesso em: 30 de julho.2025.

BRASIL. Constituição. **LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990**. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm). Acesso em: 31 jul. 2025.

FEDERAL, Governo. **Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)**. Disponível em: <https://www.gov.br/pt-br/orgaos/agencia-nacional-de-vigilancia-sanitaria>. Acesso em: 31 jul. 2025.

FEDERAL, Governo. **Carta dos Direitos e Deveres da Pessoa Usuária da Saúde**. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/cartilhas/2019/cartas-dos-direitos-e-deveres-da-pessoa-usuaria-da-saude>. Acesso em: 31 jul. 2025.

19

FEDERAL, Governo. **Ministério da Saúde**. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sectics/farmacia-popular/legislacao>. Acesso em: 05 nov. 2025.

FEDERAL, Governo. **Programa Farmácia Popular**. Disponível em: <https://www.gov.br/secom/pt-br/aceso-a-informacao/comunicabr/lista-de-aco-es-programas/programa-farmaciaopular#:~:text=Como%20funciona,a%20lista%20de%20farm%C3%A9cias%20credenciadas.&text=Minist%C3%A9rio%20da%20Sa%C3%BAde>. Acesso em: 05 nov. 2025.

FEDERAL, Governo. **Sistema único de saúde - SUS**. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/sus>. Acesso em: 31 jul. 2025.

FRAZÃO, Dilva. **Hipócrates: Médico grego**. Disponível em: <https://www.ebiografia.com/hipocrates/>. Acesso em: 31 jul. 2025.

GANDOLFI DALLARI, Sueli. **O direito à saúde**. sciELO Brasil, 1988. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/jSj9cfJhsNcjyBfG3xDbyfN/>. Acesso em: 09 ago. 2025.

GIOVANELLA, Lígia et al. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. sciELO Books, 2012. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/c5nm2/pdf/giovanella-9788575413494.pdf>. Acesso em: 31 jul. 2025.

MENDES, Gilmar Ferreira; BRANCO, Paulo Gustavo Gonet. **Curso de Direito Constitucional**. 18. ed. São Paulo: Saraiva, 2023.

SANTOS, Lenir. **Direito da Saúde no Brasil**. Campinas: Saberes Editora, 2018. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1074424>. Acesso em: 31 jul. 2025

SARLET, Wolfgang Ingo. **Dignidade da pessoa humana e direitos fundamentais na Constituição da República de 1988**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2002.

SILVA, José Afonso da. **Curso de Direito Constitucional Positivo**. 46. ed. São Paulo: Malheiros, 2023.