ISSN: 2316-607X

ESTUDOS CONTEMPORÂNEOS EM SAÚDE, GESTÃO E DIREITO: INTERFACES PARA A EFETIVAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE NO SUS

Camila Parizotto Da Silva[1]
Camilla Cavasin Andreato[2]
Laura da Silva Massura[3]
Maria Isabela Ramos Haddad[4]
Marindia Feliciano Dos Santos[5]
Monica Picolo[6]
Samuel Jhonattan Emidio Brisch[7]

Resumo: A efetivação do direito à saúde no Brasil depende da articulação entre garantias jurídicas, capacidades de gestão e organização das políticas públicas. Este artigo analisa a produção científica que aproxima esses campos, com ênfase na judicialização, no financiamento, na regulação assistencial e na governança do Sistema Único de Saúde (SUS). Adotou-se uma revisão narrativa, de abordagem qualitativa, baseada em buscas bibliográficas exploratórias de publicações de 2015 a novembro de 2026, complementadas por documentos normativos estruturantes anteriores ao recorte. A síntese temática indica que a expansão da proteção jurídica não assegura, isoladamente, acesso oportuno e equitativo. Restrições financeiras, fragilidades na coordenação federativa e dificuldades de organização das redes assistenciais condicionam a concretização das garantias constitucionais. A judicialização apresenta caráter ambivalente, podendo corrigir omissões administrativas ou gerar tensões distributivas, conforme a natureza da demanda e os critérios decisórios. A literatura examinada aponta para a relevância da avaliação de tecnologias, da transparência, da participação social e do diálogo institucional. Conclui-se que a integração entre planejamento sanitário, financiamento adequado e fundamentação jurídica constitui condição relevante para a qualificação da gestão e a realização do direito à saúde. Permanecem lacunas quanto à avaliação de resultados das estratégias colaborativas e às desigualdades territoriais.

Palavras-chave: Direito À Saúde; Sistema Único De Saúde; Gestão Em Saúde; Judicialização Da Saúde; Governança.

Abstract: Realizing the right to health in Brazil requires coordination between legal guarantees, management capacities and public policy organization. This article examines scientific literature connecting these fields, focusing on health litigation, financing, access regulation and governance within Brazil's Unified Health System (SUS). A qualitative narrative review was conducted through exploratory bibliographic searches for publications from 2015 to November 2026, complemented by foundational legal documents predating this period. The thematic synthesis indicates that expanding legal protection alone does not ensure timely and equitable access. Financial constraints, weak intergovernmental coordination and difficulties in organizing healthcare networks affect the implementation of constitutional

[1] Mestrado em Ciências Ambientais pela Universidade Federal de Mato Grosso, Brasil. (2025)
[2] Mestrado em Ciências em Saúde pela Universidade Federal de Mato Grosso, Brasil. (2021)
[3] Especialista em Farmácia Estética pela Faculdade Metropolitana do Estado de São Paulo – FAMEESP. (2019)
[4] Mestrado em Fisioterapia pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Brasil. (2017)
[5] Mestrado em Economia pela Universidade Federal de Mato Grosso, Brasil. (2023)
[6] Especialização em Docência do Ensino Superior com ênfase em EAD pela Faculdade de Guarantã do Norte, Brasil. (2018)
[7] Graduação em Bacharelado em Direito pela Uniao das Faculdades do Norte de Mato Grosso, Brasi.l (2025)

guarantees. Health litigation is ambivalent: it may remedy administrative omissions or generate distributive tensions, depending on the nature of claims and decision-making criteria. The literature highlights the relevance of health technology assessment, transparency, social participation and institutional dialogue. The review concludes that integrating health planning, adequate financing and legally reasoned decision-making is important for improving management and realizing the right to health. Research gaps remain concerning the outcomes of collaborative strategies and territorial inequalities.

Keywords: Right To Health; Unified Health System; Health Management; Health Litigation; Governance.

1 INTRODUÇÃO

A constitucionalização da saúde no Brasil transformou o acesso à assistência sanitária em matéria de cidadania e responsabilidade pública. A Constituição Federal de 1988 instituiu um horizonte de proteção que ultrapassa o atendimento médico individual, vinculando a ação estatal à prevenção de agravos e à formulação de políticas sociais e econômicas. O art. 196 sintetiza esse compromisso e fornece o ponto de partida para a análise interdisciplinar proposta:

> 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, art. 196).

A institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS) não eliminou a distância entre reconhecimento formal e experiência concreta dos usuários. A existência de unidades assistenciais, profissionais e normas de organização precisa ser acompanhada de condições materiais para que o atendimento ocorra no momento necessário. A análise da trajetória do sistema permite distinguir a criação de uma arquitetura universal de proteção das dificuldades persistentes para realizá-la em contextos socioeconômicos heterogêneos (Paim, 2018; Massuda et al., 2018).

Essa distinção é particularmente importante quando se consideram as responsabilidades dos gestores públicos. O cumprimento de uma obrigação constitucional exige planejamento, previsão orçamentária, contratação de serviços, organização de equipes e monitoramento das necessidades sanitárias. A gestão não representa, portanto, uma atividade exterior ao direito: constitui um dos meios pelos quais a obrigação jurídica se transforma em prestação efetiva.

A produção científica sobre o SUS registra avanços na ampliação da cobertura e na redução de barreiras de acesso, mas identifica ameaças à sustentabilidade desses resultados. Castro et al. (2019) relacionam a trajetória do sistema às estruturas políticas, organizacionais e financeiras que sustentam sua atuação. A interpretação dessas contribuições permite compreender que o desempenho assistencial não decorre exclusivamente da competência dos profissionais, mas também das condições institucionais que organizam o cuidado.

No campo jurídico, a intensificação das demandas judiciais por medicamentos e serviços suscita questões sobre a relação entre proteção individual e planejamento coletivo. A atuação jurisdicional pode ser necessária diante de omissões, mas sua inserção em um sistema universal pressupõe consideração das consequências para outros usuários. Freitas, Fonseca e Queluz (2020) situam o fenômeno em um conjunto de questões que inclui financiamento, políticas públicas e conflitos entre direitos individuais e interesses coletivos.

A pergunta norteadora deste estudo é: como a literatura recente articula saúde, gestão e direito na efetivação do direito à saúde e na qualificação dos serviços e políticas públicas? O objetivo geral consiste em analisar a produção científica que integra esses campos. Especificamente, pretende-se identificar os principais debates sobre judicialização, financiamento, regulação e governança do SUS e discutir contribuições e lacunas para a tomada de decisão e a garantia de direitos.

A justificativa reside na necessidade de superar análises setoriais que tratam a saúde como problema exclusivamente clínico, jurídico ou administrativo. A interpretação conjunta dessas dimensões possibilita examinar tanto a legitimidade das decisões quanto sua capacidade de produzir benefícios sanitários. O estudo concentra-se no sistema público brasileiro e propõe uma síntese interpretativa, sem pretensão de medir a prevalência de fenômenos ou demonstrar relações causais.

2 METODOLOGIA

Trata-se de revisão bibliográfica narrativa, qualitativa e de caráter analítico. A opção metodológica decorre da amplitude da pergunta, que reúne contribuições de diferentes tradições disciplinares e documentos jurídicos. A revisão narrativa permite organizar argumentos e identificar relações conceituais sem pressupor homogeneidade metodológica entre as fontes.

O levantamento exploratório realizado em 24 de novembro de 2026 utilizou buscas na web direcionadas a registros da Scientific Electronic Library Online (SciELO), PubMed, Portal de Periódicos da Fiocruz, repositório do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

(Ipea) e portais oficiais do Planalto e do Supremo Tribunal Federal (STF). Não foi efetuada uma busca independente no Portal CAPES ou no Google Acadêmico. A consulta abrangeu registros bibliográficos, resumos e textos em HTML disponíveis nas páginas recuperadas, com profundidade de leitura variável entre as fontes.

Foram empregados termos livres em português e inglês, tais como direito à saúde, judicialização da saúde, financiamento do SUS, austeridade fiscal, governança regional, regulação do acesso, incorporação de tecnologias, right to health, health litigation e Brazilian health system. As buscas combinaram termos temáticos com SUS ou Brazil e, em determinadas consultas, com nomes de autores, anos de publicação e domínios institucionais. Essas expressões não constituíram uma estratégia controlada DeCS/MeSH validada.

O recorte priorizou publicações entre 2015 e novembro de 2026, em português ou inglês. Foram selecionados trabalhos com relação explícita com o sistema brasileiro e pelo menos um dos eixos analíticos, publicados em periódicos acadêmicos ou repositórios institucionais identificáveis. Documentos normativos anteriores ao período foram admitidos devido à sua função estruturante. Excluíram-se materiais sem identificação bibliográfica suficiente, textos promocionais, conteúdos desvinculados da questão e registros redundantes.

A seleção foi intencional, orientada pela pertinência temática e pela possibilidade de verificação das fontes. Não houve dupla triagem independente, protocolo registrado, contagem exaustiva de registros ou avaliação formal do risco de viés. A bibliografia final identifica as fontes utilizadas; não representa o universo de estudos existentes. A análise organizou as contribuições em eixos, distinguindo diagnósticos dos autores, disposições jurídicas e inferências analíticas desta revisão.

A síntese adotou como perguntas transversais: quais obstáculos separam a garantia normativa do acesso? Como as decisões administrativas e judiciais se relacionam com a distribuição de recursos? Quais mecanismos institucionais podem aproximar as prioridades sanitárias das obrigações jurídicas? Não foram produzidos dados primários nem realizadas entrevistas, questionários ou observações de campo.

3 FUNDAMENTOS DO DIREITO À SAÚDE E DA GESTÃO PÚBLICA

3.1 Universalidade, integralidade e equidade

O direito à saúde possui uma dimensão individual e outra coletiva. A primeira diz respeito à proteção de pessoas que necessitam de ações preventivas ou terapêuticas; a segunda abrange a organização de condições sociais e institucionais capazes de reduzir riscos e

oferecer serviços a toda a população. Essa dupla dimensão impede que o conteúdo do direito seja reduzido ao fornecimento de um produto ou procedimento isolado.

A Lei nº 8.080/1990 estabelece, em seu art. 7º, a "universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência" (Brasil, 1990a, art. 7º, I). A universalidade significa que a titularidade do direito não depende de contribuição prévia ou de vínculo empregatício. A integralidade, por sua vez, exige articulação das ações necessárias à prevenção e ao tratamento. A equidade orienta a consideração de necessidades distintas, evitando que uma distribuição formalmente uniforme perpetue desvantagens.

O art. 3º da Lei nº 8.080/1990 incorpora uma perspectiva ampliada de saúde, reconhecendo a influência das condições de vida. Essa orientação estabelece uma ponte com a saúde coletiva: o resultado de políticas sanitárias não pode ser explicado unicamente pelo número de atendimentos. A gestão deve considerar as dificuldades que impedem determinados grupos de alcançar os serviços, inclusive transporte, renda, informação e distância territorial.

Em termos analíticos, a igualdade jurídica deve ser acompanhada de mecanismos capazes de produzir igualdade substantiva de oportunidades. Uma unidade aberta a todos pode permanecer inacessível a pessoas sem transporte ou com horários de trabalho incompatíveis. O problema não é resolvido apenas pela declaração de que o atendimento é universal. Requer avaliação das barreiras que antecedem a chegada do usuário ao serviço.

3.2 Organização institucional e responsabilidade pública

A Lei nº 8.080/1990 disciplina a organização e as atribuições do SUS, enquanto a Lei nº 8.142/1990 estabelece instâncias de participação comunitária e regras para transferências intergovernamentais. A combinação desses diplomas revela que a gestão sanitária envolve decisões técnicas e também mecanismos públicos de deliberação e controle (Brasil, 1990a, 1990b).

A descentralização permite adaptar políticas às necessidades locais, mas não deve ser confundida com transferência irrestrita de responsabilidades. A divisão federativa de competências demanda cooperação, principalmente quando a oferta especializada não está disponível em todos os municípios. O cidadão não deveria suportar, como obstáculo à assistência, conflitos administrativos sobre qual ente é responsável pelo atendimento.

A análise de Padilha et al. (2019) indica vulnerabilidades da coordenação regional e federativa em períodos de crise. A implicação para a gestão consiste em reconhecer que a autonomia local não substitui instrumentos de pactuação, financiamento e continuidade

institucional. Uma rede assistencial exige que diferentes serviços funcionem como partes de um percurso, e não apenas como unidades administrativamente autônomas.

A responsabilidade pública pode ser examinada em três planos: formulação de regras, execução dos serviços e prestação de contas. A separação analítica desses planos ajuda a identificar o local de uma falha. Um protocolo inadequado demanda revisão normativa; um protocolo correto, mas não executado, demanda correção operacional; a ausência de informação sobre ambos exige mecanismos de transparência e controle.

4 FINANCIAMENTO E SUSTENTABILIDADE DO SUS

4.1 Recursos públicos e capacidade de realização dos direitos

O financiamento ocupa posição central na relação entre direito e gestão porque define parte das condições de implementação das políticas. Paim (2018) problematiza a insuficiência de prioridade política e financeira conferida ao SUS. Funcia (2019) examina alternativas de receitas adicionais para o orçamento federal, situando o subfinanciamento como problema que antecede medidas fiscais específicas.

A insuficiência de recursos e a baixa eficiência na sua utilização são problemas distintos. O primeiro refere-se à relação entre capacidade financeira e necessidades sanitárias; o segundo, à conversão dos recursos disponíveis em resultados. Uma política pode enfrentar simultaneamente ambos. Não é adequado presumir que aperfeiçoamentos administrativos sejam suficientes para compensar qualquer restrição de financiamento, assim como não se deve presumir que recursos adicionais produzirão automaticamente melhorias.

A Lei Complementar nº 141/2012 regulamenta aspectos da aplicação mínima de recursos em ações e serviços públicos de saúde e estabelece mecanismos de fiscalização e avaliação. A existência de pisos financeiros constitui uma garantia institucional, mas não equivale a uma demonstração de suficiência. A aferição das necessidades envolve características demográficas, epidemiológicas e territoriais que não se esgotam no cumprimento de um percentual legal (Brasil, 2012).

Para a tomada de decisão, importa diferenciar dotação autorizada, execução financeira e entrega assistencial. A disponibilidade de um crédito não garante que insumos sejam adquiridos no prazo necessário; a aquisição não garante que o produto chegue ao usuário; e a entrega não assegura um resultado clínico favorável. O acompanhamento do orçamento precisa ser relacionado a cada etapa do processo de produção do cuidado.

4.2 Austeridade fiscal e planejamento de longo prazo

Vieira e Benevides (2016) analisaram prospectivamente os efeitos da proposta de novo regime fiscal sobre o financiamento do SUS. Castro et al. (2019) também discutiram cenários de sustentabilidade do sistema. Esses trabalhos devem ser lidos como contribuições situadas em seu contexto histórico, não como comprovação automática de efeitos posteriores nem como descrição das regras fiscais vigentes em 2026.

A Lei Complementar nº 200/2023 instituiu um novo regime fiscal sustentável, razão pela qual os diagnósticos produzidos sob a vigência do regime anterior devem ser contextualizados (Brasil, 2023).

A importância desses estudos para a discussão interdisciplinar está em explicitar o horizonte temporal das decisões financeiras. Uma restrição que parece administrável no exercício corrente pode comprometer investimentos, manutenção de equipamentos e formação de profissionais em períodos posteriores. A análise do direito à saúde exige, assim, considerar não apenas a execução anual, mas também a continuidade das prestações.

O planejamento plurianual permite relacionar necessidades futuras à capacidade instalada. Por exemplo, ampliar a oferta de consultas diagnósticas sem prever os tratamentos decorrentes pode deslocar o gargalo para outra etapa do atendimento. Uma avaliação financeira orientada ao cuidado deve levar em conta as dependências entre serviços, em vez de considerar cada contrato ou procedimento de maneira isolada.

A reserva de recursos para situações imprevistas e a identificação prévia de riscos contratuais são instrumentos úteis para reduzir interrupções. Essas providências são aqui propostas como aplicações gerenciais do diagnóstico bibliográfico, e não como intervenções cuja efetividade tenha sido testada neste trabalho.

4.3 Critérios distributivos e responsabilidade decisória

A alocação de recursos limitados apresenta uma dimensão ética. Decidir financiar uma intervenção implica deixar de destinar os mesmos recursos a outra finalidade. A análise do custo de oportunidade não significa atribuir preço à dignidade humana, mas reconhecer que decisões financeiras possuem consequências para diferentes pessoas e grupos.

Uma decisão distributiva justificável precisa explicitar os critérios adotados. Gravidade, urgência, benefício esperado, vulnerabilidade e disponibilidade de alternativas são elementos que podem orientar prioridades, observadas as normas aplicáveis. A simples

preferência pelo menor preço não expressa necessariamente eficiência, especialmente se implicar repetição de procedimentos ou agravamento de condições clínicas.

Também é inadequado atribuir automaticamente a toda despesa judicial um efeito negativo sobre o orçamento. Uma ordem que exige a entrega de medicamento já previsto na política pública pode revelar falha de abastecimento, enquanto uma decisão sobre tecnologia não incorporada suscita questões distintas. Essa separação é coerente com a natureza heterogênea das demandas identificada por Freitas, Fonseca e Queluz (2020).

5 JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE E PROTEÇÃO DE DIREITOS

5.1 Entre garantia individual e organização coletiva

A judicialização designa o recurso às instituições judiciais para solucionar conflitos relacionados ao acesso à saúde. O fenômeno não é uniforme: inclui pedidos de medicamentos, procedimentos, internações e outras prestações. A revisão de Freitas, Fonseca e Queluz (2020) evidencia a diversidade de questões associadas a essas demandas e permite situá-las para além de uma oposição abstrata entre magistrados e gestores.

Diniz e Carvalho (2024) destacam a ambivalência da judicialização, reconhecendo sua relação tanto com falhas administrativas quanto com dificuldades para conciliar a proteção individual e o funcionamento do sistema. A leitura conjunta das duas revisões sugere que a avaliação das demandas deve considerar o motivo da negativa, a existência de alternativas e o contexto clínico do requerente.

Uma primeira categoria analítica compreende situações nas quais o usuário procura obter uma prestação já reconhecida pela política pública. Nesses casos, a controvérsia pode decorrer de falhas logísticas, comunicação inadequada ou descontinuidade do atendimento. A correção do problema administrativo tende a ser relevante não apenas para o demandante, mas para outras pessoas na mesma condição.

Uma segunda categoria envolve pedidos que não correspondem às opções previstas nos protocolos. Nela, a análise exige examinar a necessidade clínica, a qualidade da evidência e o processo de avaliação da tecnologia. A inexistência de incorporação não demonstra, por si só, que uma intervenção seja inútil; tampouco uma prescrição individual estabelece, isoladamente, que o financiamento coletivo seja devido.

A terceira categoria compreende problemas de acesso temporal, como espera excessiva para avaliação especializada. A análise jurídica precisa considerar o risco relacionado à demora e os mecanismos de priorização existentes. Uma resposta meramente

cronológica pode ser inadequada quando necessidades clínicas diferem. Por outro lado, alterar uma fila sem fundamentação suficiente pode afetar usuários que apresentam prioridade equivalente ou superior.

5.2 Fundamentação científica e precedentes judiciais

A evolução institucional da judicialização inclui tentativas de aproximar as decisões judiciais dos critérios técnicos da assistência farmacêutica. Em 2024, o STF consolidou orientações relevantes nos Temas 6 e 1234 da repercussão geral. O primeiro estabelece requisitos para concessão excepcional de medicamentos registrados na Anvisa e não incorporados ao SUS; o segundo disciplina aspectos da governança interfederativa e do tratamento administrativo e judicial dessas demandas (Brasil, 2024a, 2024b).

A orientação firmada no Tema 6 exige, entre outros elementos, exame da negativa administrativa, da situação do processo de incorporação, das alternativas terapêuticas disponíveis, das evidências científicas e da imprescindibilidade clínica. Esses critérios não substituem a apreciação individual das circunstâncias do caso. Sua importância para a gestão está na possibilidade de organizar informações administrativas e clínicas que sustentem decisões fundamentadas.

A Súmula Vinculante nº 60 relaciona o processamento de pedidos de fármacos aos acordos interfederativos homologados no Tema 1234, enquanto a Súmula Vinculante nº 61 remete aos critérios do Tema 6 (Brasil, 2024c). A referência a esses precedentes tem finalidade contextual e não constitui exame de todas as hipóteses processuais ou alterações jurisprudenciais posteriores.

A atuação interdisciplinar exige distinguir registro sanitário de incorporação ao sistema público. O registro examina requisitos próprios para autorização de comercialização; a incorporação considera também a posição da tecnologia no sistema e os elementos previstos na legislação sanitária. Confundir as duas decisões produz a expectativa de que toda tecnologia autorizada deva ser imediatamente disponibilizada pelo SUS.

5.3 Diálogo institucional e prevenção de conflitos

Anjos, Ribeiro e Morais (2021) identificam iniciativas de interlocução entre setores da saúde e da justiça, com resultados promissores relatados pelos estudos incluídos em sua revisão. A interpretação deve reconhecer a base limitada dessa evidência: experiências favoráveis não demonstram, automaticamente, que qualquer mecanismo colaborativo terá o mesmo desempenho em outros contextos.

O diálogo institucional pode ocorrer antes, durante ou depois da instauração de uma demanda. Na fase anterior, informações acessíveis sobre a rede e os protocolos podem evitar pedidos mal direcionados. Durante o processo, pareceres técnicos e registros administrativos contribuem para esclarecer a controvérsia. Depois da decisão, o acompanhamento permite identificar problemas recorrentes que exijam resposta coletiva.

A prevenção de litígios não deve assumir como objetivo exclusivo reduzir a quantidade de processos. Uma diminuição no número de ações também poderia refletir dificuldades de acesso à justiça. Por isso, a avaliação das iniciativas deve considerar a resolução das necessidades sanitárias, o tempo de resposta e a manutenção de canais acessíveis de contestação.

A interlocução entre instituições não implica renúncia à autonomia de cada uma. O gestor deve preservar sua responsabilidade administrativa; o profissional de saúde, sua responsabilidade clínica; e o Judiciário, sua função de controle e proteção de direitos. A cooperação torna-se produtiva quando permite compreender os fundamentos e limites de cada decisão.

6 REGULAÇÃO ASSISTENCIAL E AVALIAÇÃO DE TECNOLOGIAS

6.1 Regulação do acesso e continuidade do cuidado

A regulação assistencial organiza o acesso aos serviços conforme necessidades clínicas e capacidade da rede. Seu papel não se limita à marcação de consultas. Envolve definição de fluxos, critérios de prioridade, comunicação entre equipes e acompanhamento dos encaminhamentos. Cavalcanti et al. (2024) examinam a complexidade da coordenação assistencial em uma experiência regional interestadual que reúne agentes públicos e privados.

A regulação deve ser compreendida como parte do cuidado. Uma solicitação encaminhada sem informações clínicas suficientes pode resultar em espera inadequada ou repetição de consultas. A qualidade do encaminhamento depende tanto de protocolos quanto da possibilidade de diálogo entre profissionais. Uma central de regulação não consegue corrigir isoladamente deficiências de comunicação em toda a rede.

A transparência das filas precisa ser conciliada com a proteção dos dados pessoais. Informar critérios de prioridade, etapas e previsão de resposta permite ao usuário compreender o percurso sem expor informações clínicas de terceiros. A publicidade de critérios gerais fortalece a possibilidade de contestar decisões e identificar inconsistências.

Os indicadores de espera devem ser interpretados considerando a composição da demanda. Reduzir a média de espera pode ocultar atrasos persistentes em grupos prioritários ou territórios remotos. Para a avaliação gerencial, recomenda-se distinguir os tempos segundo gravidade, tipo de procedimento e região, sem que este artigo pretenda demonstrar a efetividade de um modelo específico de monitoramento.

6.2 Incorporação de tecnologias e racionalidade sanitária

A Lei nº 8.080/1990, em sua redação que contempla a avaliação de tecnologias em saúde, estabelece competências para a incorporação, exclusão ou alteração de medicamentos, produtos e procedimentos no SUS. O art. 19-Q prevê a participação da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (Conitec), com consideração de evidências e avaliação econômica (Brasil, 1990a).

A avaliação de tecnologias permite articular conhecimentos clínicos, epidemiológicos e econômicos. A eficácia observada em condições experimentais precisa ser relacionada à efetividade esperada nas condições reais da rede. Uma intervenção que depende de infraestrutura especializada pode apresentar resultados distintos quando aplicada sem os recursos necessários ao acompanhamento.

A avaliação econômica deve ser interpretada em conjunto com outros elementos da decisão. A relação entre custos e benefícios não resolve isoladamente questões de justiça distributiva. Doenças raras, necessidades não atendidas e desigualdades de acesso podem demandar consideração explícita, sem afastar a necessidade de fundamentar as decisões.

A incorporação de uma tecnologia também gera responsabilidades de implementação. Aquisição, distribuição, capacitação e monitoramento são etapas indispensáveis para que a decisão normativa produza efeitos assistenciais. A análise da judicialização pode ajudar a identificar a diferença entre ausência de incorporação e indisponibilidade de uma tecnologia incorporada.

7 GOVERNANÇA, REGIONALIZAÇÃO E PARTICIPAÇÃO SOCIAL

7.1 Coordenação federativa e desigualdades territoriais

A governança compreende os arranjos pelos quais os atores institucionais definem prioridades, coordenam responsabilidades e respondem pelos resultados das políticas. Diferencia-se da gestão operacional porque inclui a formação das decisões e a distribuição do poder necessário para implementá-las. No SUS, essa dimensão é inseparável do federalismo.

Padilha et al. (2019) analisam a fragilidade dos arranjos regionais em contexto de crise. Cavalcanti et al. (2024) focalizam a relação gerencial entre agentes públicos e privados em uma rede interestadual. Os trabalhos têm objetos distintos, mas permitem considerar complementarmente as condições políticas e operacionais da coordenação assistencial.

Aleluia, Medina e Vilasbôas (2026) acrescentam evidências de dificuldades de coordenação em fronteiras interestaduais, relacionando limitações institucionais à capacidade fiscal e à regulação da assistência. O estudo reforça a necessidade de tratar os acordos entre estados como instrumentos de organização efetiva, sem presumir que os resultados de um território sejam generalizáveis.

A organização regional é especialmente importante quando municípios pequenos dependem de serviços de referência situados em outros territórios. A pactuação deve considerar não somente o número de vagas contratadas, mas o transporte, a comunicação de resultados e o seguimento do cuidado após o atendimento especializado. A regionalização é incompleta quando se restringe à indicação formal do estabelecimento de referência.

A fragilidade de uma etapa da rede pode produzir consequências em outras. Se o serviço especializado não comunica sua conduta à equipe de origem, o usuário pode retornar sem acompanhamento adequado. O resultado é uma perda de continuidade cuja origem não se encontra necessariamente na falta de competência clínica, mas na ausência de mecanismos de integração.

7.2 Participação social, transparência e prestação de contas

A Lei nº 8.142/1990 prevê conselhos e conferências de saúde como componentes da participação comunitária no SUS. O conselho é definido como órgão de "caráter permanente e deliberativo" (Brasil, 1990b, art. 1º, § 2º), cuja atuação abrange a formulação de estratégias e o controle da execução da política de saúde, inclusive em seus aspectos econômicos e financeiros (Brasil, 1990b).

A participação social não deve ser reduzida à apresentação de relatórios técnicos de difícil compreensão. Para exercer controle, os representantes precisam conhecer os critérios de prioridade, as metas e os obstáculos que condicionam a execução. A linguagem acessível é, nessa perspectiva, uma condição para a qualidade da deliberação.

As manifestações encaminhadas às ouvidorias também podem contribuir para a identificação de problemas, embora não representem necessariamente todos os usuários. Um território com menor número de reclamações pode ter menos problemas ou simplesmente

oferecer menos oportunidades para que sejam relatados. A interpretação dessas informações deve reconhecer a desigualdade na capacidade de manifestação.

A prestação de contas deve relacionar decisões, justificativas e resultados. Quando uma meta não é alcançada, é necessário distinguir ausência de recursos, problemas contratuais, mudanças epidemiológicas e dificuldades operacionais. A transparência qualificada permite reconhecer essas diferenças e direcionar responsabilidades de forma mais precisa.

8 DISCUSSÃO

8.1 Convergências e tensões entre os campos disciplinares

A síntese das fontes indica que a articulação entre saúde, gestão e direito pode ser compreendida pela relação entre três planos: reconhecimento normativo, capacidade institucional e acesso efetivo. O primeiro define obrigações e garantias; o segundo organiza os meios para cumpri-las; o terceiro expressa a experiência concreta da população. A distinção é uma proposta analítica desta revisão, não um modelo empiricamente validado.

Paim (2018) e Funcia (2019) conferem destaque às condições políticas e financeiras que sustentam o sistema. Massuda et al. (2018) e Castro et al. (2019) situam os avanços e desafios brasileiros em perspectiva de sustentabilidade e cobertura universal. Essas abordagens convergem ao permitir compreender que o desempenho do SUS depende de condições estruturais. Diferem no foco analítico, não sendo possível inferir que defendam soluções idênticas para todos os problemas.

As revisões sobre judicialização deslocam a atenção para a resolução de conflitos que emergem quando o usuário não obtém a prestação pretendida. Freitas, Fonseca e Queluz (2020) oferecem uma visão abrangente da diversidade do fenômeno, enquanto Diniz e Carvalho (2024) enfatizam sua natureza contraditória. Anjos, Ribeiro e Morais (2021) examinam respostas institucionais colaborativas. Em conjunto, essas contribuições sustentam a necessidade de distinguir os tipos de demanda e as formas de resposta, sem reduzir o debate a uma posição favorável ou contrária à intervenção judicial.

O confronto entre essas perspectivas revela uma tensão de escala: o atendimento a uma necessidade imediata pode ser plenamente justificável no plano individual, enquanto sua generalização exige previsão de recursos e capacidade assistencial. A solução não consiste em tornar invisível o requerente nem em ignorar os demais usuários. Consiste em fundamentar a

decisão e examinar como a necessidade pode ser tratada de modo consistente em situações equivalentes.

8.2 Implicações para a tomada de decisão

A primeira implicação é a necessidade de classificar problemas antes de selecionar respostas. A inexistência de um serviço, a falta temporária de um produto, a ausência de incorporação de tecnologia e a demora assistencial possuem causas e possibilidades de correção distintas. Um diagnóstico inadequado pode conduzir a uma medida formalmente correta, mas incapaz de solucionar a necessidade.

A segunda implicação é a integração das informações clínicas, administrativas e financeiras. A decisão sobre acesso exige conhecer a indicação clínica, as alternativas disponíveis, o percurso do usuário e a capacidade de atendimento. A fragmentação dessas informações aumenta o risco de que cada instituição decida com base em uma parcela insuficiente do problema.

A terceira implicação refere-se à revisão sistemática das falhas recorrentes no âmbito da própria gestão. Demandas semelhantes podem indicar necessidade de aperfeiçoar protocolos, rever contratos ou fortalecer a distribuição de insumos. Essa leitura não elimina o exame individual, mas possibilita transformar conflitos repetidos em oportunidades de aprendizado institucional.

A quarta implicação é a avaliação de resultados para além da produtividade. O número de procedimentos realizados é relevante, porém não demonstra integralidade, equidade ou segurança. A análise deve considerar continuidade do atendimento, resolução das necessidades, diferenças territoriais e qualidade da informação fornecida. Esses parâmetros são sugestões derivadas da síntese e requerem adaptação e avaliação em contextos específicos.

8.3 Lacunas e agenda de investigação

Uma limitação do conjunto selecionado é a heterogeneidade dos objetos de estudo. Trabalhos de análise fiscal, revisões sobre litígios e pesquisas regionais não utilizam necessariamente os mesmos indicadores. A integração conceitual é possível, mas a comparação quantitativa de seus resultados exigiria delimitação adicional e métodos que ultrapassam esta revisão.

Outra questão diz respeito à avaliação dos mecanismos colaborativos. O registro de experiências favoráveis não substitui estudos que comparem resultados ao longo do tempo e

examinem efeitos sobre diferentes grupos. É relevante investigar se a resolução administrativa de demandas reduz a demora, melhora o acesso e preserva a possibilidade de proteção judicial.

A dimensão territorial também merece aprofundamento. Pesquisas em municípios com diferentes capacidades fiscais e distâncias dos centros especializados podem esclarecer como as mesmas normas produzem experiências assistenciais distintas. Estudos comparativos devem considerar características locais para evitar que resultados de uma região sejam automaticamente extrapolados a outra.

A incorporação das orientações judiciais de 2024 constitui uma agenda específica. Investigações futuras podem examinar alterações nos fluxos administrativos, na fundamentação das decisões e na distribuição de responsabilidades. Esta revisão não dispõe de evidência suficiente para atribuir aos precedentes efeitos causais sobre despesas, volume de litígios ou resultados clínicos.

Por fim, a integração entre participação social e avaliação de políticas merece atenção. É pertinente examinar se mecanismos de deliberação permitem que demandas de grupos com menor capacidade de manifestação sejam incorporadas às prioridades. A questão envolve não apenas o funcionamento formal das instâncias participativas, mas a qualidade e a representatividade das informações que sustentam suas decisões.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A literatura selecionada articula saúde, gestão e direito ao demonstrar que o reconhecimento jurídico da saúde precisa ser acompanhado por condições de financiamento, organização assistencial e coordenação institucional. A efetivação do direito depende da capacidade de converter obrigações normativas em acesso oportuno, contínuo e equitativo. A gestão constitui, nessa perspectiva, uma dimensão operacional da realização dos direitos sociais.

Os eixos examinados indicam que a judicialização não admite interpretação uniforme. Pode atuar como instrumento de proteção diante de omissões, ao mesmo tempo que suscita questões sobre evidências, prioridades e distribuição de recursos. A resposta institucional precisa considerar a natureza da demanda e preservar tanto a tutela individual quanto a responsabilidade pelo funcionamento coletivo do sistema.

O financiamento adequado, a regulação orientada por necessidades, a avaliação de tecnologias e a governança regional integram uma agenda comum de qualificação das políticas públicas. A fundamentação das decisões e a participação social contribuem para

conferir legitimidade às escolhas, especialmente em cenários de restrições materiais. Não se trata de substituir o direito por critérios econômicos, mas de aproximar a proteção jurídica das condições concretas de sua implementação.

A revisão apresenta limitações decorrentes da seleção intencional, da consulta exploratória, da leitura não uniforme das fontes e da ausência de avaliação formal de qualidade. O recorte não autoriza afirmar exaustividade ou representatividade da produção científica até 2026. Recomenda-se, para futuras investigações, ampliar as buscas em bases bibliográficas, avaliar criticamente os estudos incluídos e examinar os efeitos das estratégias de integração institucional sobre acesso, equidade e qualidade assistencial.

REFERÊNCIAS

ALELUIA, I. R. S.; MEDINA, M. G.; VILASBÔAS, A. L. Q. **Governabilidade do Sistema Único de Saúde em fronteiras interestaduais**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 31, n. 4, e12122024, 2026. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-81232026314.12122024. Acesso em: 24 nov. 2026.

ANJOS, E. C. dos S.; RIBEIRO, D. da C.; MORAIS, L. V. **Judicialização da saúde: uma revisão sistemática de literatura das iniciativas de diálogo institucional intersetorial**. Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário, v. 10, n. 1, p. 113-128, 2021. Disponível em: https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/640. Acesso em: 24 nov. 2026.

BRASIL. [**Constituição (1988)**]. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, Brasília, DF: Presidência da República, 1988. Disponível em: https://www4.planalto.gov.br/legislacao/portal-legis/legislacao-1/constituicao. Acesso em: 24 nov. 2026.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**, Brasília, DF: Presidência da República, 1990a. Disponível em: https://planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 24 nov. 2026.

BRASIL. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**, Brasília, DF: Presidência da República, 1990b. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em: 24 nov. 2026.

BRASIL**. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012**, Brasília, DF: Presidência da República, 2012. Disponível em: https://planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm. Acesso em: 24 nov. 2026.

BRASIL. **Lei Complementar nº 200, de 30 de agosto de 2023**, Brasília, DF: Presidência da República, 2023. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp200.htm. Acesso em: 24 nov. 2026.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal**. Tema 6 da repercussão geral: RE 566.471**, Brasília, DF: STF, 2024a. Disponível em: https://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=2565078. Acesso em: 24 nov. 2026.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Tema 1234 da repercussão geral**, Brasília, DF: STF, 2024b. Disponível em: https://portal.stf.jus.br/jurisprudenciaRepercussao/tema.asp?num=1234. Acesso em: 24 nov. 2026.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Súmulas vinculantes 60 e 61,** Brasília, DF: STF, 2024c. Disponível em: https://portal.stf.jus.br/jurisprudencia/sumariosumulas.asp?base=26&sumula=1184. Acesso em: 24 nov. 2026.

CASTRO, M. C. et al. **Brazil's unified health system:** the first 30 years and prospects for the future. The Lancet, v. 394, n. 10195, p. 345-356, 2019. Disponível em: https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31243-7. Acesso em: 24 nov. 2026.

CAVALCANTI, D. M. A. H. et al. **Multifatorialidade da regulação assistencial para sustentabilidade do território e da regionalização**. Saúde em Debate, v. 48, n. 142, 2024. Disponível em: https://doi.org/10.1590/2358-289820241428705P. Acesso em: 24 nov. 2026.

DINIZ, B. F.; CARVALHO, L. P. de P. e. **Reflexões sobre o caráter ambivalente da judicialização na saúde:** desafio para garantia da integralidade e equidade no SUS. Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário, v. 13, n. 3, p. 42-46, 2024. Disponível em: https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/1257. Acesso em: 24 nov. 2026.

FREITAS, B. C. de; FONSECA, E. P. da; QUELUZ, D. P. **A judicialização da saúde nos sistemas público e privado de saúde:** uma revisão sistemática. Interface – Comunicação, Saúde, Educação, v. 24, e190345, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.1590/Interface.190345. Acesso em: 24 nov. 2026.

FUNCIA, F. R. **Subfinanciamento e orçamento federal do SUS**: referências preliminares para a alocação adicional de recursos. Ciência & Saúde Coletiva, v. 24, n. 12, 2019. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-812320182412.25892019. Acesso em: 24 nov. 2026.

MASSUDA, A. et al. **The Brazilian health system at crossroads:** progress, crisis and resilience. BMJ Global Health, v. 3, n. 4, e000829, 2018. Disponível em: https://doi.org/10.1136/bmjgh-2018-000829. Acesso em: 24 nov. 2026.

PADILHA, A. et al. **Crise no Brasil e impactos na frágil governança regional e federativa da política de saúde.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 24, n. 12, 2019. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-812320182412.25392019. Acesso em: 24 nov. 2026.

PAIM, J. S. **Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 23, n. 6, p. 1723-1728, 2018. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.09172018. Acesso em: 24 nov. 2026.

VIEIRA, F. S.; BENEVIDES, R. P. de S. e. **Os impactos do novo regime fiscal para o financiamento do Sistema Único de Saúde e para a efetivação do direito à saúde no Brasil,** Brasília, DF: Ipea, 2016. Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/entities/publication/55b935f8-aa07-496a-814e-63fd27cd9f13. Acesso em: 24 nov. 2026.