**CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA - CEUB**
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM DIREITO**
**PROGRAMA DE DOUTORADO EM DIREITO**

RÔMULO GUSTAVO DE MORAES OVANDO

# ENTRE A HUMANIZAÇÃO E O LITÍGIO: O MÉDICO-CLÍNICO COMO AGENTE DE MITIGAÇÃO DA JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL

**BRASÍLIA - DF**
**2026**

**RÔMULO GUSTAVO DE MORAES OVANDO**

# ENTRE A HUMANIZAÇÃO E O LITÍGIO: O MÉDICO-CLÍNICO COMO AGENTE DE MITIGAÇÃO DA JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Direito do Centro Universitário de Brasília – CEUB como parte das exigências do Doutorado Acadêmico em Direito, para a obtenção do título de Doutor.

Orientador: Prof. Dr. Arnaldo Sampaio de Moraes Godoy

**BRASÍLIA - DF**
**2026**

Ovando, Rômulo Gustavo de Moraes Ovando

Entre a Humanização e o Litígio: o médico-clínico como agente de mitigação da judicialização da saúde no Brasil / Rômulo Gustavo de Moraes Ovando. – Brasília: CEUB, 2026.
373 p.
Inclui bibliografia.
Tese de Doutorado – Centro Universitário de Brasília – CEUB, Curso de 2022/2, Brasília, 2026.
Orientador: Prof. Dr. Arnaldo Sampaio de Moraes Godoy.

**RÔMULO GUSTAVO DE MORAES OVANDO**

# ENTRE A HUMANIZAÇÃO E O LITÍGIO: O MÉDICO-CLÍNICO COMO AGENTE DE MITIGAÇÃO DA JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Direito do Centro Universitário de Brasília – CEUB como parte das exigências do Doutorado Acadêmico em Direito, para a obtenção do título de Doutor.

Orientador: Prof. Dr. Arnaldo Sampaio de Moraes Godoy

**BANCA EXAMINADORA**

**Prof. Dr. Arnaldo Sampaio de Moraes Godoy (Orientador - UNICEUB)**

**Prof. Dr. Jefferson Carlos Carus Guedes (UNICEUB)**

**Prof. Dr. João Carlos Souto (UNICEUB)**

**Prof. Dr. Fábio Luiz Gomes Monteiro (Universidade de Salamanca)**

**Prof. Dr. Leonardo Cardoso de Magalhães (Universidade Pablo de Olavide)**

Brasília, em 14 de agosto de 2026.

**BRASÍLIA - DF**
**2026**
**DEDICATÓRIA**

Dedico esta tese a todos os profissionais da saúde e, de modo especial, aos médicos que, dia e noite, dedicam sua vida, seu conhecimento e sua solidariedade ao cuidado daqueles que padecem diante das fragilidades de um sistema de saúde marcado por desafios estruturais, desigualdades e limitações assistenciais.

Aos médicos que, mesmo em meio à sobrecarga, à escassez de recursos, às pressões institucional e social e à crescente judicialização da medicina, permanecem comprometidos com a missão de aliviar o sofrimento humano, restabelecer a saúde, preservar a vida e reconhecer, em cada paciente, uma pessoa dotada de história, vulnerabilidade, dignidade e esperança.

Dedico, ainda, aos médicos da minha família, verdadeiros médicos de corpo e alma, que representam, na vida, a nobreza, a responsabilidade e a grandeza desse sacerdócio. Ao meu pai, Luiz Alberto Ovando, exemplo de amor, dedicação, zelo, competência, coragem e compromisso com a profissão; aos meus irmãos, Luiz Alberto Ovando Filho e Ramon Gustavo de Moraes Ovando, que honram a medicina com seriedade, sensibilidade e vocação; e à minha namorada, Gabriela Taila da Silva Hoff, cuja trajetória revela entrega, humanidade e prudência no exercício da profissão.

Por fim, dedico esta tese ao meu filho, Luiz Gustavo Araujo Ovando, meu maior amor e fonte de inspiração, que praticamente nasceu e cresceu juntamente com este curso de Doutorado. A ele, que acompanhou, ainda que sem compreender plenamente, os dias de estudo, as ausências necessárias, as renúncias e os desafios desta caminhada, dedico o resultado de um percurso que também foi vivido por nós dois. Que esta tese represente, um dia, o testemunho de que o amor, a perseverança e a fé no conhecimento podem transformar sacrifícios em legado.

## AGRADECIMENTOS

Ao final deste percurso desafiador, intenso e profundamente transformador, torna-se impossível não voltar o olhar para aqueles que, de diferentes formas, sustentaram esta caminhada. A realização desta tese, além de um processo acadêmico, foi uma travessia, marcada por abdicações, viagens, madrugadas, angústias, amadurecimento e fé. Foram incontáveis horas entre Campo Grande - MS e Brasília - DF, conciliando as exigências do Doutorado com as demandas da advocacia, da docência e da vida familiar. Em cada partida, em cada chegada, em cada aula, em cada página escrita sob o peso do cansaço, houve sempre uma razão maior para seguir adiante.

Em primeiro lugar e acima de tudo, agradeço a Deus, fonte de força, sabedoria, paciência e resiliência. Foi Ele quem me sustentou nos momentos em que o corpo já se encontrava exausto e a mente parecia não suportar mais as exigências desta caminhada. A Ele devo a serenidade para permanecer firme, a coragem para continuar e a fé para compreender que nenhum esforço seria em vão. A Deus, toda honra, toda glória e toda gratidão.

Ao meu filho, Luiz Gustavo Araujo Ovando, meu maior amor, minha inspiração diária e a razão mais profunda de todas as minhas lutas. Você foi o meu combustível nas madrugadas silenciosas, nos dias difíceis e nas viagens que tantas vezes me afastaram de casa. Esta tese foi, de certa forma, gerada junto com você, meu filho, pois o Doutorado acompanhou o seu nascimento, os seus primeiros passos e o seu crescimento. Ao nascer, você me concedeu o maior título que eu poderia receber: o de pai. Peço perdão pelas ausências necessárias, pelos momentos em que precisei estar longe e pelas horas que este sonho acadêmico me retirou do seu convívio. Prometo recompensar cada segundo com amor, presença e dedicação. Esta conquista também é sua, porque foi por você que encontrei forças quando já não parecia haver mais.

Aos meus pais, Luiz Alberto Ovando e Clotildes de Moraes Ovando, agradeço pelo amor incondicional, pelos valores transmitidos, pelos princípios que formaram o meu caráter e pelo exemplo de vida que sempre guiou os meus passos. Tudo o que sou carrega a marca da educação, da hombridade, da honestidade, da generosidade e da coragem que recebi dos

senhores. Muitas vezes, renunciaram aos próprios sonhos para que eu pudesse realizar os meus.

Pai, este título também é seu. Compartilho-o com o senhor porque sei que, quando jovem, teve a oportunidade de realizar o Doutorado na Alemanha, mas optou pela família, assumindo com galhardia o caminho que permitiu que nós pudéssemos seguir os nossos próprios sonhos. De alguma forma, ao concluir esta tese, sinto que também realizo um sonho que ficou guardado em sua história. E não houve um só dia, ao longo desta caminhada, em que o senhor não me perguntasse, com carinho e expectativa: "E aí, como está essa tese?". Essa pergunta, repetida tantas vezes, foi cobrança amorosa, incentivo e lembrança permanente de que eu não caminhava sozinho.

Mãe, seu amor, sua presença, suas orações e sua forma silenciosa de cuidar sempre foram abrigo nos momentos mais difíceis. Por isso, compartilho esta conquista com imensa gratidão, reconhecendo que nenhum título acadêmico teria sentido sem a base familiar que me sustentou desde o início. Os senhores são e sempre serão meu alicerce, minha referência e minha motivação diária para seguir adiante.

Aos meus irmãos, Sanmila de Moraes Ovando, Luiz Alberto Ovando Filho e Ramon Gustavo de Moraes Ovando, agradeço pelo carinho, pela torcida, pela presença, pelo apoio e pela certeza de que a família permanece unida mesmo quando a rotina, a distância e os compromissos tentam nos afastar. Cada um de vocês ocupa lugar especial em minha vida e no meu coração. Esta conquista também é reflexo da história que compartilhamos, dos vínculos que nos formaram e do amor que permanece apesar de qualquer circunstância.

Aos meus sobrinhos, Luiz Paulo Kalsing Ovando, Lucas de Moraes Ovando Teles, Lara Luiza de Souza Ovando, Samara de Moraes Ovando Teles, João Luiz Rubio Ovando, Sarah de Moraes Ovando Dal Bello, Eloah Morais dos Santos Ovando e Melissa Luiza Hoff Ovando, agradeço pela alegria, pela pureza, pelo carinho e pela leveza que trazem à minha vida. Que esta tese possa, de algum modo, servir-lhes como testemunho de que os sonhos exigem esforço, disciplina e renúncia, mas também podem ser alcançados quando há perseverança e responsabilidade.

À minha namorada, Gabriela Taila da Silva Hoff, agradeço com especial carinho e profunda emoção. Você dividiu comigo momentos de angústia, dor, medo, tensão e incerteza; esteve ao meu lado quando a coragem parecia insistir em me abandonar; ofereceu-me acolhimento quando o cansaço me tornava frágil; e foi luz em dias nos quais o caminho parecia pesado demais. Se esta tese chega ao fim, você tem uma parcela imensa de

responsabilidade nessa conquista. Obrigado por ser apoio, presença, afeto, paciência e amor. Obrigado por acreditar em mim, inclusive nos momentos em que eu mesmo duvidei da minha capacidade de prosseguir. Te amo!

Ao meu amigo e parceiro de escritório, Vinícius Carlotto Gonçalves, agradeço pela amizade, pela lealdade e pela parceria construída nas alegrias e nas mazelas da advocacia. Sua presença foi fundamental, especialmente nos últimos meses, quando sustentou com firmeza muitas das demandas do escritório para que eu pudesse concluir esta etapa. A você, minha sincera gratidão pela compreensão, pela confiança e pelo companheirismo profissional.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Arnaldo Sampaio de Moraes Godoy, registro minha profunda admiração e gratidão. Agradeço pela orientação, pela paciência, pela confiança e por acreditar nesta pesquisa. Mais do que referência acadêmica e intelectual, o senhor me ensinou, pelo exemplo, que a grandeza verdadeira não se manifesta em vaidades, cargos ou títulos, mas na simplicidade, na generosidade e na capacidade de tratar todos com respeito. Ter a oportunidade de aprender com alguém de tamanha envergadura intelectual e humana foi um privilégio que levarei comigo por toda a vida acadêmica e profissional. Sou eternamente grato por cada ensinamento.

À minha ex-orientadora, Profa. Dra. Cleonice Alexandre Le Boulergat, externo minha sincera e profunda gratidão por todo o apoio, incentivo, orientação e suporte concedidos ao longo da construção desta tese. Sua presença foi fundamental em momentos importantes desta caminhada, especialmente pela maneira generosa, cuidadosa e firme com que sempre contribuiu para o amadurecimento da pesquisa. Agradeço pelas palavras de encorajamento, pelas leituras, pelas reflexões compartilhadas e pela confiança depositada em mim e no tema desenvolvido. Sua trajetória acadêmica e seu compromisso com o conhecimento permanecerão como referência especial em minha formação. Receba meu reconhecimento, respeito e gratidão por ter participado de modo tão significativo de mais esta etapa de minha vida acadêmica.

Aos estimados professores do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Direito do Centro Universitário de Brasília - CEUB, agradeço pelo conhecimento transmitido, pela seriedade acadêmica, pela convivência respeitosa e pelas reflexões que contribuíram para ampliar minha compreensão sobre o Direito, a pesquisa científica e a responsabilidade social da produção acadêmica. Cada disciplina, cada debate e cada orientação recebida ao longo do curso foram essenciais para o amadurecimento desta tese e para a consolidação do percurso doutoral.

Estendo, ainda, meus agradecimentos aos colegas de curso, com os quais compartilhei dúvidas, desafios, inquietações, deslocamentos, cansaços e conquistas. Juntos, ainda que em trajetórias individuais, vivenciamos a intensidade do Doutorado, muitas vezes fraquejamos diante das exigências do caminho, mas também encontramos uns nos outros apoio, incentivo e força para seguir adiante até o fim.

À Faculdade Prime e à Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, nas unidades de Aquidauana e Campo Grande - MS, instituições em que exerço a docência, agradeço pelo espaço de ensino, aprendizado e amadurecimento profissional. Nesses ambientes, renovo diariamente a convicção de que a educação transforma vidas, desperta consciências e permite que o conhecimento seja posto a serviço da sociedade.

Aos amigos docentes, que compartilham comigo a árdua, nobre e satisfatória missão de ensinar, agradeço pela convivência, pelos diálogos, pelas experiências e pela inspiração constante. A docência exige entrega, estudo, empatia e responsabilidade, mas também oferece a alegria incomparável de participar da formação de outras pessoas. Caminhar ao lado de professores comprometidos torna essa missão ainda mais prazerosa e significativa.

Aos meus alunos, agradeço de forma muito especial. Direta ou indiretamente, vocês participaram deste processo de conclusão do Doutorado. Cada aula ministrada, cada dúvida levantada, cada debate em sala, cada questionamento provocador e cada orientação acadêmica reafirmaram em mim a importância do conhecimento como ferramenta de transformação social. Ensinar também foi, durante esta caminhada, uma forma de aprender, resistir e renovar o propósito desta pesquisa.

Por fim, agradeço a todos que, de maneira direta ou indireta, contribuíram para a realização desta tese e para a concretização do sonho de concluir o Doutorado. Cada palavra de incentivo, cada gesto de compreensão, cada oração, cada ajuda e cada demonstração de carinho tiveram importância nesta caminhada. Hoje, ao encerrar este ciclo, não vejo apenas um trabalho acadêmico concluído. Vejo uma história de fé, resiliência, renúncia e perseverança. Vejo o resultado de muitas mãos, muitos afetos e muitas presenças. A todos que fizeram parte desta travessia, minha gratidão mais verdadeira.

*"Não temas, porque eu sou contigo; não*

*te assombres, porque eu sou teu DEUS; eu te fortaleço, e te ajudo, e te sustento com a destra da minha justiça."*

Bíblia Sagrada (Isaías 41:10)


**RESUMO**

A tese examina em que medida a judicialização da saúde e da medicina pode ser mitigada pela humanização institucionalizada da prática médico-clínica e por mecanismos de gestão legal de riscos, sem comprometer o acesso à justiça. O objetivo geral consiste em investigar, sob perspectiva jurídico-humanística e interdisciplinar, como o médico-clínico pode atuar como agente de mitigação da litigiosidade da saúde, especialmente por meio da comunicação qualificada, da escuta ativa, do consentimento, da documentação clínica, da segurança do paciente, da decisão compartilhada e de instrumentos autocompositivos. Metodologicamente, a pesquisa adota abordagem dedutiva e desenvolve investigação bibliográfica e documental, de natureza teórica, descritivo-analítica e crítico-propositiva, com análise de doutrina, legislação, políticas públicas, documentos oficiais, dados institucionais, literatura médica e bioética, além de decisões judiciais pertinentes à judicialização da saúde, à responsabilidade médica, à gestão de riscos e à relação médico-paciente. A pesquisa demonstra que o direito à saúde não se satisfaz com o mero acesso formal ao serviço, exigindo cuidado efetivo, seguro, informado, contínuo, humanizado e compatível com a dignidade da pessoa humana. Verifica-se, ainda, que a litigiosidade médica, além de decorrer do erro técnico, também está intrinsecamente relacionada à quebra de confiança, à comunicação ignóbil, à fragilidade, à despersonalização do cuidado e à ausência de respostas institucionais. Conclui-se que a humanização institucionalizada, quando articulada à gestão legal de riscos, à segurança do paciente, à formação do médico-clínico e aos mecanismos consensuais de resolução de conflitos, não restringe o acesso ao Poder Judiciário, mas qualifica a assistência, reduz conflitos evitáveis, fortalece a autonomia do paciente e confere maior segurança ética, técnica e jurídica à prática médica. A contribuição científica da tese está em reposicionar o médico-clínico como sujeito estratégico na prevenção da judicialização, compreendendo-o como executor técnico da terapêutica e também como coordenador do cuidado, mediador de expectativas e agente de reconstrução da confiança na relação médico-paciente.



**Palavras-chave**: Judicialização da saúde; Direito Médico; Clínica médica; Humanização; Gestão legal de riscos.

## ABSTRACT

This thesis examines the extent to which health and medical litigation may be mitigated through the institutionalized humanization of clinical medical practice and legal risk management mechanisms, without compromising access to justice. Its general objective is to investigate, from a legal-humanistic and interdisciplinary perspective, how the clinical physician may act as an agent for mitigating health-related litigation, especially through qualified communication, active listening, informed consent, clinical documentation, patient safety, shared decision-making, and consensual dispute resolution mechanisms. Methodologically, the research adopts a deductive approach and develops bibliographic and documentary investigation of a theoretical, descriptive-analytical, and critical-propositional nature, based on the analysis of legal doctrine, legislation, public policies, official documents, institutional data, medical and bioethical literature, as well as judicial decisions concerning health litigation, medical liability, risk management, and the physician-patient relationship. The research demonstrates that the right to health is not fulfilled by mere formal access to healthcare services, since it requires effective, safe, informed, continuous, humanized care compatible with human dignity. It also verifies that medical litigation, although it may arise from technical error, is intrinsically related to the breakdown of trust, deficient communication, fragility in the therapeutic relationship, depersonalization of care, and the absence of adequate institutional responses. The thesis concludes that institutionalized humanization, when articulated with legal risk management, patient safety, clinical physician training, and consensual conflict resolution mechanisms, does not restrict access to the Judiciary; rather, it qualifies healthcare assistance, reduces avoidable conflicts, strengthens patient autonomy, and provides greater ethical, technical, and legal security to medical practice. The scientific contribution of the thesis lies in repositioning the clinical physician as a strategic subject in the prevention of judicialization, understanding this professional not only as a technical executor of therapy, but also as a coordinator of care, mediator of expectations, and agent for rebuilding trust in the physician-patient relationship.



**Keywords**: Health litigation; Medical Law; Internal Medicine; Humanization; Legal risk management.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES


**Figura 1** Cadeia jurídico-institucional da judicialização da saúde e da medicina..... 27

.

**Figura 2** Notícia Projeto Câmara Municipal de Saúde CG/MS..... 54

.

**Figura 3** Processos por mil habitantes por região..... 170

**Figura 4** Processos por médico em cada região do país..... 170

.

**Figura 5** Estados com maior número absoluta de processos contra médico por Estado..... 171

## LISTA DE TABELAS

**Tabela 1** Média da judicialização em saúde em Campo Grande - MS..... 5 8

## LISTA DE GRÁFICOS


**Gráfico 1** Casos novos de judicialização da saúde pública e suplementar no Brasil (ago./2024-jul./2025)..... 26

.

**Gráfico 2** Evolução do número de processos de saúde em 1ª instância (2008-2017) ..... 48

.

**Gráfico 3** Distribuição dos processos de judicialização da saúde e da medicina por competência..... 169

.

**Gráfico 4** Especialidades médicas com maior percentual de processos no STJ..... 172

.

**Gráfico 5** Perfil dos réus nas ações no STJ..... 173

**Gráfico 6** Resultados dos processos éticos no CREMESP ano de 2022..... 175

## LISTA DE QUADROS


**Quadro 1** Judicialização da saúde: panorama nacional e recorte de Mato Grosso do Sul..... 49

**Quadro 2** Instrumentos de Planejamento em Saúde..... 57

**Quadro 3** Critérios de concessão de medicamentos fora da lista do SUS (Tema 106 STJ)..... 94

**Quadro 4** Critérios de concessão de medicamentos registrados na ANVISA, mas não incluídos no SUS (Tema 6 STF)..... 94

**Quadro 5** Linhas de análise da judicialização para fornecimento de medicamentos..... 116

**Quadro 6** Ideais da relação dialética entre bioética e direito..... 142

**Quadro 7** Comparativo técnico-jurisprudencial..... 153

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|---|---|
| ABCG | Associação Beneficente Santa Casa de Campo Grande |
| ACCR | Acolhimento com Classificação de Risco |
| ADI | Ação Direta de Inconstitucionalidade |
| ADPF | Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental |
| AHRQ | Agency for Healthcare Research and Quality |
| AME | Atrofia muscular espinhal |
| ANS | Agência Nacional de Saúde Suplementar |
| ANVISA | Agência Nacional de Vigilância Sanitária |
| CAPS | Centros de Atenção Psicossocial |
| CBC | Colégio Brasileiro de Cirurgiões |
| CBD | Canabidiol |

| | |
|---|---|
| CDC | Código de Defesa do Consumidor |
| CEJUSC | Centro Judiciário de Solução de Conflitos e Cidadania |
| CF | Constituição Federal |
| CFM | Conselho Federal de Medicina |
| CIJEMS | Centro de Inteligência da Justiça Estadual de Mato Grosso do Sul |
| CMPA | Canadian Medical Protective Association |
| CNJ | Conselho Nacional de Justiça |
| CNRM | Comissão Nacional de Residência Médica |

| | |
|---|---|
| CNS | Conselho Nacional de Saúde |
| CONITEC | Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde |
| CONPEDI | Conselho Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Direito |
| Covid-19 | Coronavirus Disease 2019 |
| CPC | Código de Processo Civil |
| CREMESP | Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo |
| CRM/MS | Conselho Regional de Medicina de Mato Grosso do Sul |
| DataJud | Base Nacional de Dados do Poder Judiciário |
| DATASUS | Departamento de Informação e Informática do Sistema Único de Saúde |
| e-NatJus | Sistema Nacional de Pareceres e Notas Técnicas |
| ENAMED | Exame Nacional de Avaliação da Formação Médica |
| FONAJUS | Fórum Nacional do Judiciário para a Saúde |
| HRMS | Hospital Regional de Mato Grosso do Sul |
| Humaniza SUS | Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão |
| HUMAP/ UFMS | Hospital Universitário Maria Aparecida Rosa Pedrossian/Universidade Federal de Mato Grosso do Sul |
| IESS | Instituto de Estudos de Saúde Suplementar |
| IOM | Institute of Medicine |
| IPEA | Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada |
| ISO | International Organization for Standardization |
| LOA | Lei Orçamentária Anual |
| MAC | Média e Alta Complexidade |

| | |
|---|---|
| MEC | Ministério da Educação |
| MPE/MS | Ministério Público de Mato Grosso do Sul |
| NATJus | Núcleo de Apoio Técnico do Judiciário |
| NATS | Núcleo de Avaliação de Tecnologias em Saúde |
| NBR | Norma Brasileira |
| NHS | National Health Service |
| NICE | National Institute for Health and Care Excellence |
| NPSA | National Patient Safety Agency |
| OAB/MS | Ordem dos Advogados do Brasil – Seccional de Mato Grosso do Sul |
| OCDE | Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico |
| OMS | Organização Mundial da Saúde |
| ONU | Organização das Nações Unidas |
| OSCE | Objective Structured Clinical Examination |
| PGE/MS | Procuradoria-Geral do Estado de Mato Grosso do Sul |
| PGM/CG | Procuradoria-Geral do Município de Campo Grande |
| PGY2 | Post-Graduate Year 2 |
| PIB | Produto Interno Bruto |
| PIDESC | Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais |
| PL | Projeto de Lei |
| PNH | Política de Humanização da Atenção e da Gestão |
| PNHAH | Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar |
| PNSP | Programa Nacional de Segurança do Paciente |

| | |
|---|---|
| PNUD | Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento |
| PPI | Programação Pactuada Integrada |
| REMUME | Relação Municipal de Medicamentos Essenciais |
| RENAME | Relação Nacional de Medicamentos Essenciais |
| REsp | Recurso Especial |
| RNDS | Rede Nacional de Dados em Saúde |
| SARS-CoV-2 | Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 |
| SES-DF | Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal |
| SESAU | Secretaria Municipal de Saúde |
| SinMed/MS | Sindicato dos Médicos de Mato Grosso do Sul |
| SIOMS | Sindicato dos Odontólogos de Mato Grosso do Sul |
| STF | Supremo Tribunal Federal |
| STJ | Superior Tribunal de Justiça |
| SUPPORT | Supporting Policy Relevant Reviews and Trials |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| TCLE | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido |
| TCU | Tribunal de Contas da União |
| TICAMER | Tribunal Internacional de Conciliação e Arbitragem do Mercosul |
| TJMS | Tribunal de Justiça de Mato Grosso do Sul |
| TJSP | Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo |
| UBS | Unidades Básicas de Saúde |
| UBSF | Unidades Básicas de Saúde da Família |

| | |
|---|---|
| UFMS | Universidade Federal de Mato Grosso do Sul |
| URSS | União das Repúblicas Socialistas Soviéticas |
| WFME | World Federation for Medical Education |

## SUMÁRIO

**1 INTRODUÇÃO.....24**

**2 JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE: NECESSIDADE IMINENTE OU INTERESSE SUBJETIVO 43**

2.1. Tutela individual, coletiva e urgência sanitária.....45

2.2 Necessidade assistencial, interesse subjetivo e riscos de distorção..... 50

2.3 Impactos orçamentários e financeiros da judicialização da saúde.....56

2.4 Demandas funcionais judicializadas na gestão municipal de Campo Grande – MS..... 63

2.5 Os efeitos da judicialização em saúde em Campo Grande – MS.....68

**3 JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL: O PARADOXO ENTRE A EFETIVAÇÃO DE DIREITOS E OS LIMITES DA GESTÃO PÚBLICA 74**

3.1. Marcos legislativo e conceitual da judicialização da saúde 76

3.1.1. Aspectos sociais e jurisprudenciais da judicialização da saúde.....91

3.2 Reserva do possível e análise econômica do direito: implicações nos cenários nacional e internacional 104

3.3 Perspectivas e recomendações 110

**4 JUDICIALIZAÇÃO DA MEDICINA 121**

4.1. Direito médico e a relação médico-paciente: fundamentos históricos, sociais e bioéticos.....121

4.2. O papel do médico na sociedade: entre expectativas sociais e vulnerabilidades jurídicas.....128

4.3. Evolução da medicina e seus reflexos no direito: da arte de curar à judicialização.....133

4.4. O surgimento da bioética e do biodireito: paradigmas na relação médico-paciente .....137

4.5 Impactos da escalada judicial na relação médico-paciente.....142

4.5.1. A distinção técnica entre judicialização da saúde e judicialização da medicina 148

4.5.2 Expansão do ensino médico, formação profissional e riscos indiretos de judicialização..... 155

4.6. O cotidiano terapêutico e a relação médico-paciente como objetos de litígios nos tribunais.....166
4.7 Efeitos colaterais da judicialização.....176
4.8 Análise crítica da jurisprudência e dos padrões decisórios nos tribunais pátrios.....183
4.9 Pandemia de Covid-19, fragilidade da relação médico-paciente e judicialização em tempos de crise.....198
**5 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E GESTÃO LEGAL DO RISCO HOSPITALAR.....206**
5.1 Políticas públicas de saúde e sua implementação prática 208
5.2. Os óbices da ausência de política pública de saúde voltada para a medicina fundamentada na resolubilidade.....212
5.3 Gestão legal do risco hospitalar como política pública de saúde.....216
5.3.1 Promoção da saúde como direito humano e o princípio da equidade sanitária.....226
5.3.2 Humanização no modelo de assistência hospitalar 232
5.4 Gestão hospitalar no modelo de saúde humanizada: princípios e diretrizes 240
5.5 Eventos adversos oriundos da ausência de política de gestão legal do risco no ambiente hospitalar.....243
**6 A RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE COMO PILAR PARA A PREVENÇÃO DE LITÍGIOS.....249**
6.1 Fundamentos jurídicos da relação médico-paciente: Código de Defesa do Consumidor, Código de Ética Médica e dever de informação.....254
6.2 Comunicação, confiança e crise relacional na medicina moderna.....269
6.3 O médico-clínico como agente de prevenção de conflitos.....273
6.4 Medicina preventiva, ética do cuidado e humanização como fatores de mitigação dos impactos judiciais na prática médica.....291
6.5 Consentimento, documentação e responsabilidade civil.....299
6.6 Mediação, termos de ajustamento e protocolos ético-jurídicos como soluções jurídico-terapêuticas.....
..... 323
**7 CONCLUSÕES.....332**
**REFERÊNCIAS.....**
**342**

# 1 INTRODUÇÃO

A expansão da judicialização da saúde no Brasil decorre de um conjunto articulado de fatores estruturais que operam de forma cumulativa. Referidos fatores são materializados na insuficiência de acesso a serviços e insumos, na fragmentação das redes assistenciais e na assimetria informacional entre profissionais e pacientes, que produzem um ambiente em que a via judicial se converte em mecanismo recorrente de obtenção de tratamentos. Soma-se a isso a consolidação de uma cultura de reivindicação de direitos, ancorada na constitucionalização da saúde como dever estatal, o que desloca demandas antes circunscritas ao campo clínico para a arena jurídica. Nesse arranjo causal, a resposta administrativa frequentemente se mostra incapaz de absorver a complexidade das necessidades individuais, abrindo espaço para a intervenção do Poder Judiciário como instância decisória substitutiva.

Nessa perspectiva, a judicialização da saúde não será examinada apenas como mecanismo de efetivação judicial de prestações sanitárias, mas também como possível sintoma de violação prévia do próprio direito à saúde, na medida em que o paciente recorre ao Poder Judiciário porque não obteve, em tempo adequado, resposta administrativa, clínica ou institucional suficiente. Essa insuficiência, contudo, não se limita à demora ou à negativa de acesso aos serviços de saúde. Ainda que a prestação seja disponibilizada em prazo aparentemente razoável, poderá subsistir violação material ao direito à saúde quando o atendimento oferecido se revelar inadequado, inseguro, desumanizado, incompleto, tecnicamente deficiente ou incapaz de responder às necessidades do paciente.

O direito à saúde, portanto, não se satisfaz com o mero acesso formal ao serviço, exigindo prestação efetiva, qualificada, segura, contínua, informada e compatível com a dignidade da pessoa humana.

A partir desse cenário formula-se a hipótese de que o crescimento da judicialização da saúde não se explica apenas por falhas operacionais do sistema, mas se enraíza em práticas médicas marcadas pela redução da experiência do paciente a protocolos técnicos, pela fragilização da escuta clínica e pela limitação do reconhecimento das condições sociais que atravessam o processo de adoecimento. A ausência de empatia na prática médica, associada à baixa incorporação de perspectivas inclusivas, compromete a construção de vínculos e a mediação de expectativas terapêuticas. Desse modo, o médico-clínico deixa de atuar como

agente de contenção de conflitos e passa, ainda que indiretamente, a contribuir para sua intensificação, deslocando o centro de resolução para o campo jurídico.

Por outro lado, a crescente tecnificação da medicina redefine o exercício profissional, orientando-o por métricas de produtividade, padronização de condutas e adesão estrita a diretrizes clínicas. A prática médica assume contornos operacionais, nos quais o tempo de consulta se reduz e a singularidade do paciente perde densidade interpretativa. Em paralelo, a advocacia especializada em saúde estrutura demandas com base em evidências biomédicas e normativas, enquanto o Poder Judiciário, diante do volume de ações, adota mecanismos de racionalização decisória que incluem o uso de sistemas de inteligência artificial para triagem e apoio à decisão. A convergência desses elementos produz um campo interdisciplinar em que decisões sobre a vida e a saúde passam a ser mediadas por lógicas técnico-jurídicas e algorítmicas.

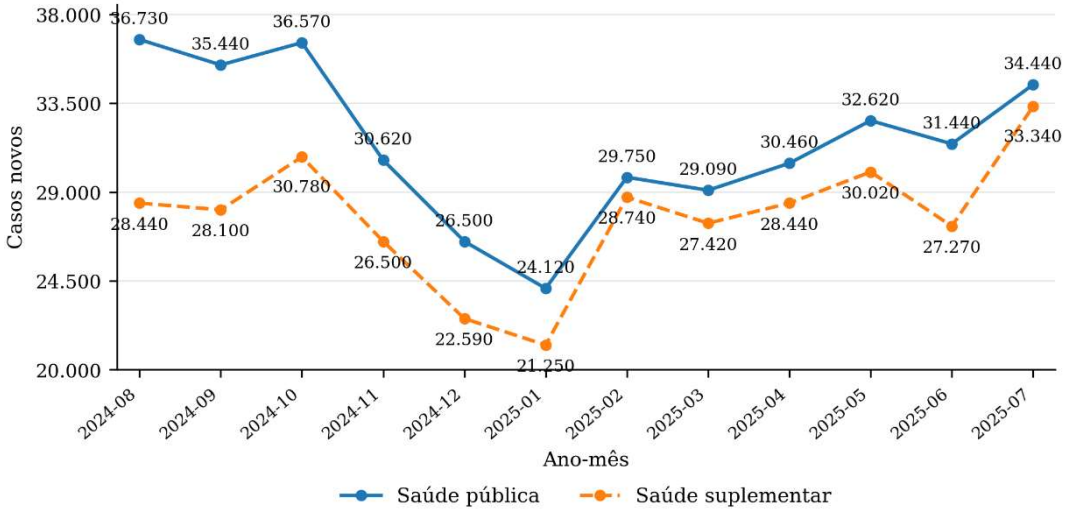
Assim, estabelece-se um circuito no qual medicina, direito e tecnologia operam de forma interdependente, porém sem a devida incorporação de dimensões relacionais e sociais do cuidado. A automatização de procedimentos, tanto no atendimento clínico quanto na tramitação processual, reforça padrões de distanciamento entre profissionais e sujeitos atendidos. Nesse contexto, o médico-clínico ocupa uma posição estratégica no fato de que a sua atuação pode reconfigurar a dinâmica que conduz à judicialização, desde que se reoriente por práticas que reinstalem a escuta qualificada, o reconhecimento das desigualdades e a construção de decisões compartilhadas. A mitigação do litígio em saúde, portanto, não se limita a reformas normativas ou tecnológicas, mas exige a reconfiguração do *ethos* da prática médica.

A judicialização da saúde, em suas múltiplas manifestações, consolidou-se como uma das principais alternativas contemporâneas de disputa por efetividade de direitos fundamentais no Brasil, tensionando, simultaneamente, a organização administrativa do Sistema Único de Saúde (SUS), a regulação da saúde suplementar e os próprios contornos dogmáticos do direito à saúde enquanto direito social fundamental.

Paralelamente, a dimensão estrutural e transversal desse fenômeno pode ser observada nos dados oficiais do Conselho Nacional de Justiça. No período de agosto de 2024 a julho de 2025, a série histórica de casos novos relacionados à saúde evidencia que a judicialização não se restringe ao SUS, alcançando também a saúde suplementar. Essa comparação, entre os dois segmentos, é relevante para esta pesquisa porque sobressai que a litigiosidade decorre tanto de

insuficiências administrativas e assistenciais do sistema público quanto de conflitos regulatórios, contratuais e prestacionais no setor privado regulado.

**Gráfico 1** Casos novos de judicialização da saúde pública e suplementar no Brasil (ago./2024-jul./2025)




**Fonte:** Conselho Nacional de Justiça, 2025.

Por meio da leitura da série histórica, os dados revelam que os casos novos de judicialização da saúde pública foram superiores aos da saúde suplementar durante todo o período analisado, muito embora ambos os segmentos tenham apresentado movimentação semelhante. Essa aproximação entre as curvas, especialmente nos meses finais, reforça a compreensão da judicialização da saúde como fenômeno institucionalmente complexo, que não pode ser explicado apenas pela omissão estatal ou pela expansão do acesso ao Poder Judiciário.

Da mesma forma, o fenômeno não pode ser reduzido a uma narrativa simplista de "ativismo", porque se trata, antes, de uma área de conflito normativo e institucional na qual colidem com os deveres de prestação, limites de capacidade (orçamentária, administrativa e informacional), expectativas sociais de proteção e diferentes racionalidades decisórias de natureza médica, ética, econômica e jurídica. Em síntese, quando a resposta institucional falha em produzir confiança, previsibilidade e informação adequada no cuidado, o conflito tende a migrar do plano assistencial para o contencioso, convertendo frustrações clínicas e organizacionais em demandas juridicamente estruturadas.

Para a compreensão dessa dinâmica exige-se a identificação das etapas pelas quais uma deficiência assistencial, situada no plano clínico, administrativo ou comunicacional, pode converter-se em demanda judicial. A figura a seguir sintetiza essa cadeia jurídico-institucional, evidenciando o percurso que pode conduzir a experiência frustrada do cuidado ao espaço judicial:

**Figura 1** Cadeia jurídico-institucional da judicialização da saúde e da medicina




**Fonte:** Elaborada pelo autor

De acordo com os elementos da cadeia, extrai-se que a judicialização é resultado de um processo progressivo de deterioração da resposta assistencial e institucional. Por essa razão, a mitigação da judicialização não se trata pura e simplesmente da contenção de demandas ou à restrição do acesso à justiça; ela exige a qualificação material da prestação em saúde, a institucionalização da humanização, o fortalecimento da comunicação clínica, a gestão legal de riscos e a criação de mecanismos adequados de tratamento do conflito.

É nesse cenário que a tese propõe uma inflexão analítica no sentido de investigar de que modo a humanização do cuidado e a gestão legal de riscos no ambiente hospitalar podem operar como mecanismos concretos de mitigação da litigiosidade, sem desfigurar o princípio constitucional do acesso à justiça, mas deslocando, quando possível, o eixo do conflito para

respostas preventivas, organizacionais e consensuais (Cappelletti; Garth, 1988; CNJ, 2010; Brasil, 2015).

Já o recorte da especialidade da clínica médica é assumido como ponto privilegiado de observação e intervenção por razões simultaneamente clínicas, organizacionais e jurídico-institucionais. Por suas características generalista, integradora e longitudinal, a especialidade ocupa posição estratégica na interface entre atenção primária, especialidades e atenção hospitalar, lidando rotineiramente com multimorbidades, riscos iatrogênicos, decisões terapêuticas complexas e transições de cuidado.

A literatura médica clássica reconhece que o médico-clínico estrutura o raciocínio diagnóstico e terapêutico a partir de uma visão sistêmica do paciente, operando como coordenador do cuidado em contextos de incerteza e vulnerabilidade (Jameson *et al*., 2022). Essa posição de coordenação repercute diretamente na rastreabilidade das decisões, na qualidade da documentação e na comunicação clínica, dimensões particularmente sensíveis à produção de prova e à estabilização da relação terapêutica.

No plano normativo-profissional, o Conselho Federal de Medicina (CFM) identifica competências do médico-clínico que incluem manejo de síndromes prevalentes, estratificação de risco, coordenação interprofissional, comunicação, tomada de decisão compartilhada e atenção à segurança do paciente (CFM, 2016). Esses elementos constituem precisamente o ponto de conversão entre humanização e prevenção de danos, pois a falha comunicacional, a assimetria informacional e a ruptura de confiança tendem a operar como gatilhos jurídicos para reclamações administrativas e demandas judiciais. Por tais motivos, a humanização, quando institucionalizada em rotinas de comunicação, registro e decisão compartilhada, opera como medida simultaneamente ética e preventiva, reduzindo zonas de ambiguidade que frequentemente alimentam a escalada do conflito.

A escolha da temática é fundamentada basicamente no aspecto pessoal-profissional, fator epistemologicamente relevante para delimitar o olhar de pesquisa e tornar explícitos os seus pressupostos. O interesse advém da atuação como advogado especializado em direito médico e hospitalar e do convívio diário com profissionais de saúde no seio familiar, circunstância que permite observar o impacto de decisões organizacionais e de cultura institucional sobre a qualidade do cuidado e sobre a propensão à litigância. Essa posição de observação, longe de substituir o rigor científico, exige explicitação de pressupostos e reforça

o compromisso metodológico com transparência, controle de vieses e verificabilidade dos achados.

Ao longo dos anos, a atuação cotidiana em casos administrativos e judiciais envolvendo responsabilidade civil médica, negativas assistenciais, falhas informacionais, eventos adversos e conflitos entre usuários, profissionais e instituições evidenciou que o litígio, frequentemente, nasce menos do ato técnico em si e mais da quebra de confiança, notadamente em virtude da comunicação deficiente, ausência de consentimento informado, falhas de acolhimento ou manejo inadequado de expectativas. A isso se soma o contato diário com a prática clínica no âmbito familiar (pais e irmãos médicos), que permite compreender a ambivalência do cuidado em ambientes de alta pressão, sendo que decisões clínicas exigem prudência técnica e governança, documentação, comunicação e suporte institucional para não se converterem, a posteriori, em conflito juridicizado.

No recorte documental e contextual, a pesquisa reporta-se aos principais complexos hospitalares de Campo Grande, como a Associação Beneficente Santa Casa de Campo Grande - ABCG, o Hospital Regional de Mato Grosso do Sul – HRMS e o Hospital Universitário Maria Aparecida Rosa Pedrossian – HUMAP/UFMS, enquanto referências institucionais relevantes para a compreensão da assistência hospitalar integrada ao SUS e das tensões relacionadas à clínica médica, à humanização, à segurança do paciente, à gestão legal de riscos e à judicialização em saúde. Esse recorte assume a forma de delimitação analítica apoiada em fontes bibliográficas, documentos oficiais, dados públicos, relatórios institucionais disponíveis e decisões judiciais.

O recorte territorial de Campo Grande - MS justifica-se por razões de pertinência documental e institucional. Enquanto polo regional de assistência, a capital sul-mato-grossense concentra fluxos de pacientes e conflitos assistenciais que permitem examinar, a partir de fontes públicas e documentos disponíveis, como a judicialização da saúde e da medicina se relaciona com acesso, qualidade assistencial, gestão de riscos, comunicação clínica e políticas de humanização. Essa análise local pretende oferecer um estudo situado e documentalmente controlado, capaz de dialogar com a realidade nacional.

A pesquisa mostra-se relevante porque permite analisar os serviços de saúde sob a perspectiva da pessoa submetida ao cuidado, sem reduzir o paciente a dado administrativo, leito, órgão ou número. A centralidade da pessoa e o modo como ela é reconhecida no

processo assistencial são elementos que perpassam tanto a legitimidade ética do cuidado quanto a estabilidade jurídica da relação terapêutica.

Do ponto de vista das políticas públicas, humanizar o trabalho em saúde pressupõe mudanças no processo de gestão e na organização da oferta dos serviços, porque exige levar em conta como usuários e trabalhadores interagem, como participam da gestão e como constroem adesão e criatividade na execução das atividades que qualificam o trabalho.

Tais mudanças são construídas de forma coletiva e compartilhada, orientadas a estimular novas maneiras de cuidar e novas formas de organizar o trabalho. A gestão hospitalar humanizada proposta pelo SUS fundamenta-se na transversalidade das políticas e práticas de saúde, na indissociabilidade entre gestão e atenção e no protagonismo, na autonomia e na corresponsabilidade dos sujeitos envolvidos. Esse modelo pressupõe o diálogo entre diferentes saberes, bem como a participação ativa de trabalhadores e usuários nos processos decisórios e na organização dos serviços de saúde (HUMANIZASUS, 2013). Sua implementação orienta-se pelas diretrizes do acolhimento, da gestão participativa e cogestão, da ambiência, da clínica ampliada e compartilhada, da valorização dos trabalhadores e da defesa dos direitos dos usuários. Busca-se, assim, promover relações de confiança, espaços adequados, decisões compartilhadas e práticas assistenciais sensíveis à singularidade do paciente e à complexidade do processo saúde-doença (HUMANIZASUS, 2013).

Em que pesem esses preceitos, a maioria dos hospitais brasileiros ainda apresenta dificuldades em incorporar o novo modelo de gestão, ainda que sejam de extrema importância para as organizações em geral nos hospitais. Trata-se de um processo de inovação orientado para resultados, fundamentado em uma gestão empreendedora capaz de aprimorar o desempenho institucional (DRUCKER, 2003).

É precisamente nesse ponto que se evidencia a conexão estrutural entre humanização e mecanismos de tratamento adequado de conflitos. Métodos alternativos de resolução emergem como elementos essenciais no debate sobre gestão hospitalar, porque o conflito em saúde é atravessado por linguagens e racionalidades distintas.

> A complexidade das relações na área da saúde são também verificáveis na diversidade de diálogo entre as múltiplas partes que se relacionam, identificando nos conflitos mais comuns, pelo menos, três tipos de linguagens, de acordo com os intervenientes: Médicos; Staff - linguagem ética e técnica, Famílias; Pacientes; Acompanhantes - linguagem emocional, Empresas; Operadoras e Seguradoras - linguagem financeira. (Nascimento, 2016, p. 208)

Denota-se, portanto, que a comunicação em ambientes hospitalares envolve múltiplas partes, com diversidade de linguagens e expectativas, podendo culminar em conflitos que, judicializados, nem sempre recebem tratamento compatível com a complexidade clínica e institucional do caso.

Em face dos argumentos expostos, a tese se debruça sobre o seguinte problema de pesquisa: em que medida a judicialização da saúde e da medicina, compreendida como instrumento legítimo de tutela jurisdicional e, ao mesmo tempo, como sintoma de insuficiências na concretização material do direito à saúde, pode ser mitigada pela humanização institucionalizada da prática médico-clínica e por mecanismos de gestão legal de riscos, sem comprometer o acesso à justiça?

Ao tratar dos serviços de saúde existentes no território nacional, mostra-se importante frisar que, não obstante os esforços do SUS, fatores como longas filas, tratamentos desrespeitosos, insensibilidade diante do sofrimento, isolamento do paciente de redes sociofamiliares, práticas de gestão autoritárias, deficiências nas condições de trabalho e degradação ambiental contribuem para eventos adversos e para a escalada de litígios, caracterizando a denominada judicialização da saúde.

Parte significativa desses conflitos poderia ser mitigada e, em certos casos, evitada, se os serviços incorporassem de modo consistente a humanização e a inclusão social do paciente. Por outro ângulo, a humanização supõe paciente inserido em decisões sobre procedimentos, adequadamente informado e participante do processo terapêutico, superando o modelo despersonalizante que converte pessoas em “números” ou “órgãos”. Trata-se de exigência compatível com o Direito à Saúde como direito social fundamental (art. 6º, CF) e com sua conexão com o direito à vida (art. 5º, CF), bem como com a centralidade da dignidade humana como fundamento da República (art. 1º, III, CF).

A hipótese central sustenta que a humanização institucionalizada da prática médico-clínica, integrada à gestão legal de riscos, pode mitigar a judicialização da saúde e da medicina ao qualificar a comunicação, fortalecer a confiança, ampliar a participação do paciente e reduzir insuficiências assistenciais, sem afastar o acesso à tutela jurisdicional quando necessário.

Hipóteses complementares indicam que: (i) a efetividade da humanização depende de sua articulação com segurança do paciente, consentimento informado, comunicação qualificada e registro clínico adequado; (ii) a clínica médica possui potencial diferenciado

para prevenir litígios; e (iii) mecanismos autocompositivos, quando vinculados a ouvidorias, comissões de humanização e protocolos de gestão de riscos, qualificam o tratamento do conflito sanitário e reduzem o custo social, institucional e emocional do contencioso.

Com base nessas premissas, o objetivo geral consiste em investigar, sob uma ótica jurídico-humanística e interdisciplinar, como a humanização institucionalizada da clínica médica, integrada à gestão legal de riscos, pode contribuir para mitigar as ações judiciais relacionadas à saúde e ao ato médico no Brasil. Para atingir tal objetivo, delineiam-se objetivos específicos:

(i) contextualizar a formação histórico-normativa do direito à saúde e do SUS, evidenciando sua relação com o acesso universal, a integralidade, a inclusão social e a judicialização das prestações sanitárias;

(ii) analisar práticas de humanização, protocolos de gestão legal de riscos, segurança do paciente, consentimento informado e registros clínicos como instrumentos de qualificação do cuidado e de prevenção de conflitos judicializáveis;

(iii) examinar a contribuição da humanização e dos mecanismos autocompositivos para a inclusão social e o tratamento adequado dos conflitos de saúde, sem prejuízo da tutela jurisdicional;

(iv) sistematizar protocolos institucionais, dados oficiais e decisões judiciais relevantes sobre judicialização da saúde e da medicina, com atenção aos critérios de acesso, qualidade assistencial, responsabilidade médica e gestão de riscos;

(v) avaliar em que medida as fontes bibliográficas e documentais analisadas indicam que práticas de humanização, inclusão social e gestão legal de riscos podem contribuir para reduzir a necessidade de judicialização e para qualificar a resposta institucional aos conflitos em saúde.

A justificativa histórico-normativa do tema exige, ainda, recuperar o percurso de positivação do direito à saúde no constitucionalismo brasileiro. A década de 1980 foi marcada por movimentos em favor de eficácia, acessibilidade e universalidade dos direitos sociais; no campo sanitário, a Reforma Sanitária, nascida na década de 1970, exigiu dignidade e efetividade na saúde e foi fundamental para a constitucionalização do direito.

> O direito à saúde, por exemplo, foi decorrente, principalmente, da organização e mobilização do chamado movimento da Reforma Sanitária com a participação de profissionais da saúde, organizações sociais e população engajados nos movimentos de lutas pelo acesso à saúde pública, gratuita e universal. O movimento da Reforma Sanitária promoveu espaço de debates, reflexões e proposições acerca do modelo de sistema de saúde que pudesse atender a toda a população brasileira, independentemente de sua condição e inserção na sociedade. (Martins, 2018, p. 116).

Diante dessa análise, oportuno traçar a linha cronológica da regulamentação do direito à saúde ao longo dos anos e das constituições federais brasileiras, a fim de demonstrar que tal direito passou por diversas mudanças e, graças ao contexto histórico de cada constituição, foi contemplado de formas diferentes até se concretizar em sua forma atual.

Na Constituição de 1824, o direito à saúde era assegurado apenas como um socorro, pois as enfermidades eram vistas como um castigo divino, sendo certo que tal socorro se dava exclusivamente nas denominadas Santas Casas de Misericórdia, administradas por instituições de caridade. O saneamento básico somente chegou à cidade do Rio de Janeiro com a chegada da Família Real.

Posteriormente, na Constituição de 1891, houve um retrocesso, uma vez que, mesmo que as enfermidades fossem vistas como um castigo divino, a constituição não apresentou, em sua redação, nada relacionado ao direito à saúde, de forma que o Estado só atuava em situações de surtos de algumas doenças.

A Constituição de 1934 definiu que a saúde e a assistência pública fossem atribuídas como uma obrigação da união para com a população. Na Constituição de 1937, o retrocesso foi maior ainda do que em 1891: com a única preocupação de fortalecer o poder executivo, o período ditatorial extinguiu as garantias existentes na constituição de 1934, entre elas o direito à saúde, que havia sido conquistado há apenas 3 anos.

Na Constituição de 1946, além de recuperar as garantias de 1934, muitas delas foram ampliadas. Nesse período de mudanças, o direito à saúde passou a ser um direito fundamental,

tendo até a criação de um novo ministério para tratar exclusivamente de assuntos relacionados à saúde.

Anos depois, na Constituição de 1967, o Brasil se deparou com um novo retrocesso na regulamentação de seus direitos fundamentais e, embora o direito à saúde não tenha sido extinto dessa vez, ele também passou a ser altamente controlado pela ditadura militar, assim como todos os direitos básicos dos cidadãos.

Após um longo lapso temporal de vigência da constituição retro, foi promulgada a Constituição Federal de 1988, a atual Carta Magna, de forma que o direito à saúde foi revolucionado, sendo ampliado e recebendo a devida atenção. Além de todos os cidadãos terem esse direito garantido, essa constituição prevê assistência especial para aqueles desfavorecidos que foram esquecidos pelas outras constituições. Inclusive, no Título de Direitos e Garantias Fundamentais estão previstos os direitos sociais e, dentre eles, está o Direito Social à saúde, entendido como:

> Os direitos sociais, no entanto, são garantias da sociedade civil, com eficácia nas relações privadas, o que retira do Estado qualquer pretensão estatizante ou tutelar, ao mesmo tempo em que delas não se abstém, pois deve tomar a iniciativa de sua efetividade, por meio do poder judiciário e de políticas públicas. No Brasil é possível destacar, por exemplo, a aprovação da Constituição Federal (CF) de 1988, chamada de Constituição cidadã, a partir da pressão popular e da mobilização social. O marco sobre a discussão acerca dos direitos sociais na Constituição Federal de 1988 é apresentado especialmente nos títulos sobre direitos e garantias fundamentais e ordem social. (Martins, 2018, p. 116).

Dentro disso, foi redigida, a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011), a qual prevê, em linhas gerais, que todo cidadão tem direito ao acesso ordenado e organizado aos sistemas de saúde; a um tratamento adequado e efetivo para seu problema; a um atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação, que respeite a sua pessoa, seus valores e seus direitos, bem como, todo cidadão tem responsabilidades para que seu tratamento aconteça da forma adequada e comprometimento dos gestores da saúde.

Apesar da universalização da saúde ter gerado um enorme impacto positivo na vida da população, garantindo o direito à vida e à dignidade, é possível constatar que o sistema de saúde brasileiro falhou e falha diariamente na prestação de inúmeros serviços médicos e hospitalares, seja nos serviços dispensados à população, seja na qualidade de trabalho proporcionada aos profissionais da saúde.

Nessa acepção, é importante destacar que a pesquisa almeja não somente refletir a respeito ou analisar a finco as falhas da saúde no Brasil e suas políticas públicas, mas também as expor a partir de fontes bibliográficas, dados oficiais e documentos institucionais disponíveis, para proporcionar uma análise fundamentada a respeito dos potenciais fatores que acarretam a judicialização da saúde, compreendidos:

> São inúmeros os problemas facilmente perceptíveis em relação a prestação de saúde no Brasil: escassez de recursos financeiros e materiais para manter os serviços; atrasos no repasse de verbas públicas e pagamentos aos servidores; filas frequentes de pacientes; atendimento de baixa qualidade; falta de leitos; tempo de espera muito longo para realizar procedimentos; denúncias de abusos cometidos por planos privados e seguros de saúde; e outros. Outro problema enfrentado no país possui relação com baixo orçamento dedicado ao sistema de saúde público que é um dos piores da lista dos países que possuem um sistema de saúde público universal. (Ignácio, 2020, p. 6).

Mesmo que o debate judicial seja positivo para a mudança das injustiças no ordenamento jurídico, a judicialização, muitas vezes, pode ser extremamente negativa devido à sobrecarga do Poder Judiciário, levando em conta que, mesmo antes da judicialização do direito à saúde se tornar tão popular e frequente, a justiça brasileira já se deparava com um lapso de produtividade por causa da judicialização excessiva de tantos problemas que poderiam ser facilmente resolvidos através de conciliações extrajudiciais, por exemplo, ou outras formas consensuais de solução de controvérsias, conforme destacado anteriormente.

Com base nas premissas levantadas, a pesquisa tem enfoque teórico-prospectivo e visa também ao alcance da almejada pacificação social, no sentido de contribuir para a redução dos processos judiciais relacionados à saúde (judicialização do direito à saúde), caracterizando-se como ação endógena que lança seus efeitos “de baixo para cima”. Essa perspectiva permite compreender os profissionais da saúde, especialmente o médico-clínico, como agentes de desenvolvimento humano, na medida em que favorecem a participação informada do paciente, a decisão compartilhada, a prevenção de eventos adversos e a valorização do trabalho assistencial.

Verifica-se, por oportuno, que a análise dos métodos de mitigação da judicialização da medicina com foco na humanização e inclusão social dos serviços de saúde abrangidos pelo SUS é o início de uma longa trajetória de conscientização profissional e social acerca de sua

importância, sendo o presente trabalho apenas um passo em direção a estudos mais aprofundados sobre o tema.

No referencial teórico, o eixo constitucional repousa na dignidade da pessoa humana e sua projeção sobre o direito à vida e à saúde. O princípio em voga está previsto na Constituição Federal de 1988, em seu artigo 1º, inciso III, como um dos fundamentos da República Federativa do Brasil, e consiste na busca da equidade entre os cidadãos sujeitos de direito, estabelecendo-se assim critérios para o desenvolvimento da sociedade, desde que devidamente respeitada a igualdade entre as pessoas.

O princípio abordado teve grande relevância no universo jurídico, pois reformou os critérios relativos à definição e aplicação daquilo se conceitua como justiça, bem como a criação de normas jurídicas abstratas a serem aplicadas em situações concretas. Além disso, trouxe consigo a ideia de valorização da pessoa humana, deixando expresso que o desenvolvimento humano é o valor máximo da democracia vigente no Estado Democrático de Direito brasileiro.

Com base na abordagem teórica, o primado da dignidade da pessoa humana possui intrínseca ligação com o direito à vida e à saúde, também proclamados constitucionalmente no rol dos direitos e deveres individuais e coletivos. Isso se justifica levando-se em consideração que sem saúde e, portanto, sem o alcance de uma vida digna, resta inalcançada a dignidade, materializada como:

> [...] a qualidade intrínseca e distintiva de 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 fundamentais 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 corresponsável nos destinos da própria existência e da vida em comunhão dos demais seres humanos. (Sarlet, 2010, p. 70).

O direito à saúde é dever do Estado e um direito garantido a todos os cidadãos residentes no País, conforme disposto no artigo 196 da Carta Magna, cujo nascedouro é a adoção do princípio da dignidade da pessoa humana como fundamento do Estado Democrático de Direito Brasileiro, previsto no artigo 1º do mesmo diploma legal.

Não se pode conceber um Estado Social, com caracteres de igualdade, solidariedade e de promoção do bem de todos, sem o irrestrito acesso aos meios que proporcionem saúde e

bem-estar à pessoa humana. E, dessa forma, fez-se o Estado brasileiro, moldado pelo constituinte de 1988.

A obstaculização à efetivação de um direito previsto na Carta Maior rompe o alicerce de toda uma ordem principiológica que originou os dispositivos constitucionais. Podem eles advir de valores essencialmente sociológicos, como os de igualdade, liberdade e fraternidade, ou de valores jusnaturalistas, como o direito à vida. Verdade é que os princípios inspiradores de uma Constituição idealizam como o Estado vai atuar em prol de sua comunidade. Os dispositivos constitucionais, por sua vez, representam cada pilar da edificação constitucional, e aos operadores do direito cabe, em especial, a efetivação do quanto idealizado na construção do Estado.

A Constituição Federal de 1988 montou um Estado social, cujos princípios maiores repousam na vida e na dignidade da pessoa humana. O artigo 196 da CF/1988 conduz o Estado a impulsionar sua comunidade para a segurança de um serviço de saúde de acesso irrestrito e igualitário, de modo que a sua não efetivação ou, ainda, a sua má efetivação, é passível de ser levada ao Poder Judiciário para compelir o Ente Federativo a prestá-lo em sua integralidade, sob pena de responsabilização do agente/administrador omisso.

Logo, para a efetivação do direito a saúde nos moldes constitucionais, deve o Estado garanti-lo de forma ampla e plena. Para isso, é necessária a inclusão de todos os meios capazes de proporcionar saúde à população, seja com a finalidade de cura, tratamento, ou seja, simplesmente visando a proporcionar qualidade de vida ao portador de doença incurável ou de cura improvável, como forma de garantia de uma existência digna.

A dignidade da pessoa humana é o principal direito fundamental, constitucionalmente garantido e protegido, consubstanciando-se no alicerce e no vetor de todo o sistema constitucional, sendo o último refúgio dos direitos constitucionais individuais. Cabe à dignidade apontar o norte a ser considerado pelo intérprete quando da aplicação das normas ao caso concreto. Assim, a vida e a saúde, direitos fundamentais levados à efeito para promover o desenvolvimento humanitário, devem ser garantidos de forma a representar a concretização efetiva e plena da dignidade da pessoa humana.

Constata-se, então, que o direito à saúde é de cunho social fundamental, previsto no artigo 6º da Constituição Federal que integra o próprio direito à vida, previsto no artigo 5º da referida Carta Maior.

De outro vértice, é nítido que a arte da medicina sofreu um extraordinário e vertiginoso avanço, o que obrigou o profissional da saúde a enfrentar situações inéditas, sendo que muitas delas em evidente descompasso à sua formação. Surgiram problemas inquietantes e de difícil solução, tais como o aborto, eutanásia, antinatalidade, reprodução assistida, uso de órgãos e tecidos em transplantes, experiência científica em seres humanos, esterilização humana, coronavírus (Covid-19), etc.

À vista dessa problemática, cumpre frisar que face a inovação frequente das questões intrínsecas à saúde, tal fator também contribuiu para o aumento expressivo de processos judiciais envolvendo as situações supramencionadas, inclusive, aquelas relacionadas à humanização do tratamento prestado ao paciente.

O Poder Judiciário tornou-se a principal via para solucionar conflitos relacionados ao acesso a medicamentos, próteses, vagas para internação no SUS e hospitais privados, erros médicos, negativas de tratamentos por planos de saúde, a falta de informação aos pacientes sobre o tratamento, dentre outros.

E, nesse ponto, no que tange ao aspecto empírico-institucional, o Conselho Nacional de Justiça (CNJ) aponta um crescimento contínuo do contencioso sanitário e registra a judicialização como fenômeno estrutural, com impacto sobre políticas públicas, organização do sistema de justiça e sustentabilidade do setor (CNJ; PNUD, 2025). No âmbito suplementar, registra-se a expansão de ações envolvendo negativas e reembolsos, o que motivou iniciativas institucionais de prevenção e conciliação (IESS, 2024), incluindo o Termo de Cooperação Técnica nº 139/2024 entre CNJ e ANS, voltado à prevenção e redução da judicialização na saúde suplementar (CNJ; ANS, 2024).

Para evitar ambiguidades conceituais, impõe-se a distinção entre judicialização da saúde (busca judicial por prestações sanitárias, frequentemente contra o Estado ou operadoras) e judicialização da medicina (litígios centrados no ato médico e na relação médico-paciente, incluindo responsabilidade civil, penal e ético-administrativa), conforme sistematizado por Vasconcelos (2017) com base em Oliveira (2013), Gontijo (2010) e Campos *et al*. (2016).

Embora distintos, os dois planos se interpenetram, ao passo que a intervenção judicial em prestações pode reforçar percepção de risco jurídico, enquanto a litigiosidade médico-paciente tende a estimular medicina defensiva e reconfigurar a clínica. É fundamentado nessa premissa que, nos últimos anos, houve aumento vertiginoso dos casos

apresentados ao Poder Judiciário contra profissionais da saúde, envolvendo, principalmente, indenizações cíveis descomunais em decorrência do erro médico, ações criminais decorrentes da omissão de socorro, homicídios, exercício ilegal da medicina, arte dentária ou farmacêutica, etc. Ademais, também se podem mencionar administrativos em face de hospitais, clínicas, dentre outros, em razão de, por exemplo, deixar de atender ao paciente injustificadamente.

Registra-se que, em 2023, teriam sido ajuizadas cerca de 565 mil ações relacionadas à saúde e que haveria salto expressivo de processos envolvendo diretamente atuação médica entre 2023 e 2024, com número elevado de pendências e manutenção da tendência em 2025 (CNJ, 2024). Esses dados, como apresentados, reforçam o argumento sobre magnitude e efeitos sistêmicos, inclusive sobre autonomia profissional, confiança e racionalidade do cuidado.

Em contrapartida, os profissionais da saúde devem assumir o compromisso de serem mais zelosos no exercício de suas funções e atribuições, com o objetivo de evitar desgastes emocionais com seus pacientes e até mesmo dissabores muito maiores com as demandas judiciais eventualmente intentadas por aqueles, as quais podem culminar em inconvenientes de ordem material, financeiro, e moral em desfavor dos profissionais.

Sob o enfoque da gestão legal do risco hospitalar, a governança hospitalar, quando compreendida em perspectiva substancial, deve abranger também a proteção da própria atividade médica, mediante a implementação de condições adequadas de trabalho, capazes de preservar a integridade física e psíquica dos profissionais. Logo, o processo de governança, além de ser compreendido como mecanismo de controle jurídico-institucional, também é instrumento de qualificação do ambiente assistencial, de valorização profissional e de promoção da segurança no cuidado em saúde.

> [...] é necessário ficar bem claro que tal projeto não se destina apenas a identificar os fatores potenciais de risco em face de demandas por responsabilidade civil, penal e ético-administrativa, mas, sobretudo, melhorar as condições de trabalho médico e as perspectivas de vida e de saúde da população. (França, 2014, p. 286)

Em decorrência dessas situações, a humanização é considerada como uma política pública a ser alcançada e defendida por todos os profissionais da saúde e, principalmente, por hospitais privados e públicos, visando ao avanço da qualidade dos atendimentos prestados. Consoante leciona Benevides e Passos (2005, p. 562-563), a “humanização como política

pública deveria criar espaços de construção e troca de saberes, investindo nos modos de trabalhar em equipe. Isto supõe, é claro, lidar com necessidades, desejos e interesses desses diferentes atores".

Enfatiza-se que, naquilo que se refere ao tratamento humanizado adotado pelo SUS nos nosocômios, é adotada a Política de Humanização da Atenção e da Gestão (PNH) criada no ano de 2003, que visa a qualificar e humanizar os atendimentos prestados, além de incentivar a prática de gestão da saúde.

O tratamento humanizado preenche uma lacuna das necessidades humanas, qual seja, o afeto nos momentos de dor e angústia, sendo, assim, um pré-requisito para um atendimento hospitalar satisfatório. Na órbita desse requisito é sensato afirmar que o tratamento com técnicas de humanização proporciona também uma qualidade de vida ao enfermo, eis que se sentirá valorizado, estimado, cuidado e, muitas vezes, até reverenciado. Isso gerará a sensação de felicidade e importância, podendo aumentar suas chances de êxito no tratamento ante o quadro clínico preocupante.

No que se refere à qualidade de vida, ela é obtida a partir de elementos objetivos (sociais) e subjetivos, baseados na percepção que os indivíduos constroem em seu meio (BARBOSA, 1998). Na mesma senda, Almeida, Gutiérrez e Marques (2012, p. 15), "identificam-na em relação ora à saúde, ora à moradia, ao lazer, aos hábitos de atividade física e alimentação, mas o fato é que essa forma de saber aponta que todos esses fatores levam a uma percepção positiva de bem-estar".

Quanto ao aspecto da humanização das práticas de gestão e tratamentos de saúde, a política adotada pelo SUS propõe a inclusão dos distintos sujeitos que participam desde suas singularidades no planejamento, implementação e avaliação dos processos de produção de saúde e de formação do trabalhador de saúde.

Para tanto, os princípios adotados pela referida política são a indissociabilidade entre gestão e cuidado, a transversalidade (ampliação da comunicação; produção do comum) e o fomento do protagonismo das pessoas. Ou seja, o exercício do método, a inclusão, deve considerar, invariavelmente, que não se separe a gestão da clínica, que se promovam processos de comunicação para além da hierarquia e do corporativismo e que se aposte que os sujeitos são capazes de produzir deslocamentos desde seus interesses mais imediatos, construindo processos de negociação, permitindo a criação de zonas de comunalidade e projetos comuns.

Independentemente da abordagem teórica adotada, a investigação parte da premissa de que o desenvolvimento humano é visto como um Direito Humano fundamental (ONU, 1986), voltado diretamente às pessoas, suas oportunidades e capacidades de ter uma vida de qualidade, de forma que esse desenvolvimento é feito em função de ser humano e não somente de questões econômicas. Essa concepção dialoga com os Direitos Universais do Homem, Direito ao Desenvolvimento e anuários do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), a serem oportunamente mobilizados como referências documentais e teóricas no desenvolvimento da pesquisa.

A política de humanização e inclusão social dos atendimentos médicos realizados no âmbito do SUS pode colaborar para a valorização humana e para o desenvolvimento humano, porque reposiciona o paciente como sujeito de direitos, participante do processo terapêutico e destinatário de cuidado qualificado. Em perspectiva jurídico-institucional, tais práticas também podem contribuir para a redução de eventos adversos, falhas comunicacionais e conflitos judicializáveis, desde que incorporadas a rotinas organizacionais, registros clínicos adequados, segurança do paciente e gestão legal de riscos.

Anota-se, em complemento, que não há consenso acadêmico e jurisprudencial sobre a efetividade dos métodos de humanização na redução da judicialização em saúde. Por essa razão, a tese não pretende demonstrar causalidade empírica direta entre humanização e diminuição numérica de processos, mas examinar, com base em literatura especializada e documentos oficiais, em que medida a humanização e a gestão legal de riscos possuem potencial jurídico-institucional para mitigar conflitos e reduzir a judicialização da saúde.

No plano metodológico, a tese adota método de abordagem dedutivo e desenvolve pesquisa bibliográfica e documental, de natureza teórica, descritivo-analítica e crítico-propositiva. Parte-se da compreensão constitucional do direito à saúde como direito fundamental social, relacionado à dignidade da pessoa humana, à integralidade do cuidado, à qualidade assistencial e ao acesso à justiça, para examinar a judicialização da saúde e da medicina como fenômeno ambivalente: instrumento legítimo de tutela jurisdicional e, simultaneamente, sintoma de insuficiências administrativas, clínicas, comunicacionais e institucionais.

Para consecução dos objetivos propostos, orientar o leitor e delimitar o itinerário argumentativo, a tese foi organizada de modo progressivo. Após esta introdução, o Capítulo 2 aborda a judicialização da saúde sob o eixo “necessidade iminente ou interesse subjetivo”,

distinguindo tutela coletiva e individual, examinando impactos orçamentários e discutindo, de forma situada, efeitos e demandas na cidade de Campo Grande - MS.

O Capítulo 3 aprofunda a judicialização da saúde no Brasil, discutindo causas, impactos, jurisprudência constitucional e infraconstitucional, limites da atuação estatal (reserva do possível e mínimo existencial) e uma leitura crítica do ativismo judicial.

O Capítulo 4 desloca o foco para a judicialização da medicina, examinando fundamentos históricos, sociais e bioéticos do direito médico, os efeitos da escalada judicial na relação médico-paciente (incluindo medicina defensiva) e padrões decisórios.

O Capítulo 5 analisa políticas públicas de saúde e a gestão legal do risco hospitalar, com ênfase na implementação prática, humanização na assistência e eventos adversos como categoria central para compreender litígio e prevenção.

O Capítulo 6, por fim, trata da relação médico-paciente como pilar de prevenção de litígios, discutindo comunicação, consentimento (livre e esclarecido), dever de informar, interfaces com ética profissional e, ainda, mediação e protocolos ético-jurídicos como respostas institucionalizadas.

Nas considerações finais, sintetizam-se achados, desafios e propostas, com contribuições para a academia, o sistema jurídico e o setor de saúde.

Por derradeiro, quanto às possíveis contribuições ao Programa, a proposta tem como tema a humanização e inclusão social dos serviços no âmbito do SUS, orientadas à prevenção de eventos adversos e à mitigação de ações judiciais relacionadas ao direito à saúde, em diálogo com a linha “Políticas Públicas, Sociedade Civil e Proteção da Pessoa” do Doutorado em Direito do UniCEUB e com o grupo “CBC - Centro Brasileiro de Estudos Constitucionais”.

Ao estudar a função do gerenciamento legal de riscos em ambientes hospitalares, com foco na atuação do médico-clínico, a tese contribui para compreender como desenho institucional, processos de trabalho, governança clínica e instrumentos autocompositivos podem qualificar a implementação de políticas de humanização e reduzir litigiosidade sanitária, sem abdicar da tutela jurisdicional quando indispensável. Assim, a pesquisa pretende oferecer parâmetros jurídicos e gerenciais para prevenção e tratamento adequado de conflitos em saúde, com especial ênfase no papel estratégico da clínica médica como eixo de coordenação do cuidado e como *locus* privilegiado de recomposição de confiança na relação terapêutica.

# 2 JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE: NECESSIDADE IMINENTE OU INTERESSE SUBJETIVO

Este capítulo examina a judicialização da saúde como fenômeno jurídico-institucional situado entre a necessidade assistencial, a tutela jurisdicional de direitos fundamentais e os limites de planejamento e gestão das políticas públicas. Parte-se da premissa de que a judicialização não pode ser compreendida exclusivamente como excesso de litigiosidade nem como simples expressão de eventuais negligências estatais. Trata-se de fenômeno ambivalente que, em determinadas situações, constitui instrumento legítimo de efetivação do direito à saúde; em outras, revela insuficiências estruturais, administrativas, clínicas ou comunicacionais na concretização desse direito.

A análise desenvolve-se a partir da distinção entre tutela individual e tutela coletiva, da identificação de demandas prestacionais e urgentes, da discussão sobre possíveis distorções no uso da via judicial e do exame dos impactos orçamentários da judicialização no planejamento municipal de saúde, com atenção documental ao contexto de Campo Grande - MS. Com isso, o capítulo prepara a análise mais ampla da judicialização da saúde no Brasil, a ser desenvolvida no capítulo seguinte.

Feitas essas considerações, forçoso reconhecer que no ordenamento constitucional brasileiro, a preservação da saúde configura direito fundamental social e dever do Estado, cuja concretização se estrutura a partir de diretrizes como universalidade, integralidade e equidade. A judicialização emerge, nesse contexto, como uma das formas de acionamento do sistema de justiça frente às insuficiências administrativas, assistenciais ou institucionais.

Diante dos conceitos alinhavados, impõe-se a delimitação conceitual das categorias normativas que estruturam o raciocínio jurídico aplicado à saúde, notadamente a distinção entre normas, regras e princípios. No âmbito da Teoria do Direito, normas jurídicas configuram enunciados prescritivos dotados de coercibilidade, direcionados à ordenação de condutas e à organização das práticas sociais e estatais.

Ressalta-se que a normatividade não se esgota na literalidade dos textos legislativos, pois envolve processos interpretativos que articulam dimensões semânticas, sistemáticas e finalísticas. Nesse quadro, a saúde, enquanto direito fundamental, apresenta-se como campo privilegiado de incidência normativa, no qual a interpretação das disposições constitucionais

e infraconstitucionais condiciona a forma de acesso a prestações materiais e serviços públicos.

A distinção entre regras e princípios é relevante para compreender a judicialização da saúde porque muitas demandas opõem regras administrativas de organização do sistema a princípios constitucionais de proteção da vida, da dignidade humana, da integralidade e do acesso universal. Nessa órbita, a decisão judicial raramente se limita à subsunção normativa, exigindo ponderação entre direitos individuais, critérios técnico-administrativos e limites institucionais de gestão.

Tal diferenciação desloca a atividade jurisdicional de uma mecânica de subsunção para uma prática argumentativa, na qual a decisão demanda avaliação das circunstâncias fáticas e dos valores envolvidos. No campo da saúde, essa dinâmica se manifesta de maneira recorrente, especialmente quando a aplicação de regras administrativas entra em confronto com a proteção de direitos fundamentais.

Por conseguinte, a contribuição de Robert Alexy (2017), no âmago da Teoria dos Direitos Fundamentais, aprofunda essa distinção ao definir princípios como mandados de otimização, cuja realização depende das possibilidades fáticas e jurídicas existentes. A aplicação desses mandados exige o emprego de técnicas de ponderação, estruturadas por critérios de proporcionalidade, mediante os quais se estabelece a precedência entre princípios em colisão.

Diferentemente das regras, cuja violação implica invalidade ou inaplicabilidade, os princípios mantêm sua vigência mesmo quando preteridos em determinado caso, o que evidencia sua função estruturante no ordenamento jurídico. Essa característica assume particular relevância na judicialização da saúde, em que decisões frequentemente envolvem a ponderação entre o direito individual ao tratamento e as limitações orçamentárias e administrativas do sistema público.

No contexto brasileiro, a sistematização dessas categorias encontra desenvolvimento nas obras de Barroso (2010), que analisa o papel dos princípios na concretização dos direitos fundamentais. Barroso enfatiza a força normativa da Constituição e a centralidade dos princípios na interpretação jurídica contemporânea, enquanto Ávila (2006) propõe distinções analíticas rigorosas entre regras, princípios e postulados normativos, atribuindo a cada categoria funções específicas no processo decisório.

Paralelamente, a tradição do Positivismo Jurídico, a partir de Kelsen (1939), fornece os fundamentos para a compreensão da norma como estrutura hierarquicamente organizada, cuja validade decorre de sua inserção no sistema jurídico. A articulação entre essas perspectivas permite apreender o funcionamento do direito como campo de racionalidade prática, no qual normas, regras e princípios operam de forma complementar, condicionando a interpretação e a aplicação do direito à saúde no Brasil.

Não obstante ser considerado um direito constitucional, por vezes identificamos que alguns insumos, medicamentos e até mesmo procedimentos de apoio e condição associada à saúde não são diretamente atendidos pelo Estado. A falha estatal no atendimento individual e, por vezes, coletivo, tem sido o ponto de destaque de diversos embates no aspecto legal, envolvendo atores como o Poder Judiciário em virtude das necessidades populacionais, contra o Poder Executivo.

O combate legal leva a população a utilizar mecanismos como processos judiciais envolvendo a chamada tutela de urgência no atendimento as diferentes necessidades apresentadas, visando sempre à garantia do direito ao acesso em saúde e o bem-estar social. Em uso semelhante ao processo desenvolvido por usuários do SUS, que buscam a garantia do acesso à saúde por meio da judicialização do serviço em saúde, leva a compreensão da luta de profissionais de saúde, através do uso da norma vigente, para a efetivação de direitos e garantias da legalização do trabalho e do apoio ao trabalho realizado na saúde.

Observa-se, para tanto, que a análise da judicialização da saúde exige distinguir ações voltadas à satisfação de necessidades assistenciais urgentes, demandas decorrentes de falhas ordinárias de gestão e situações em que a alternativa judicial pode ser materializada em interesses econômicos ou corporativos. Essa distinção é indispensável para evitar tanto a desqualificação indevida do acesso à justiça quanto a naturalização acrítica de toda demanda judicial como expressão automática de necessidade assistencial em saúde.

O recorte de Campo Grande - MS será utilizado neste capítulo em perspectiva documental e contextual, a partir de dados orçamentários, balancetes, instrumentos de planejamento em saúde, notícias e informações oficiais disponíveis. A finalidade é demonstrar, em escala local, como as demandas judicializadas podem repercutir sobre a programação orçamentária, a assistência farmacêutica e a capacidade administrativa de execução das políticas públicas de saúde.

## 2.1. Tutela individual, coletiva e urgência sanitária

A judicialização representa uma forma de acesso a direitos civis e constitucionais que pode ser de aspecto individual ou coletivo. Esse procedimento, a despeito de implementar a busca de auxílios e benefícios associados, por vezes, à aquisição de medicamentos ou realização de procedimentos médicos, o impacto orçamentário pode influenciar nos recursos públicos destinados à programação anual em saúde.

Sob outro viés, a judicialização da saúde também pode ser utilizada na busca de direitos comunitários, envolvendo questões relacionadas aos direitos trabalhistas e funcionais, acesso a recursos e equipamentos de proteção individual e coletiva, sendo, portanto, utilizada como mecanismo de apoio aos trabalhadores que atuam nessa área especializada.

Nesse cenário, a judicialização tende a representar um mecanismo legal de relevância social ou política para o Poder Judiciário. Isso porque, questões que, anteriormente, seriam decididas ou solucionadas por meio de processos político-administrativos acabam sendo solucionadas por meio de ações judiciais.

Considerando-se os aspectos legais que remetem o direito do uso da judicialização, reportamos a Constituição Federal, em seu artigo 5º inciso XXXV, que, por meio do princípio da inafastabilidade da jurisdição, assegura o acesso a justiça a todos. Indiferente ao tipo de questão, o inciso prescreve que o cidadão possui o direito de buscar proteção do Poder Judiciário, visando a proteger e asseverar seus direitos e interesses.

Por meio da tutela individual, prevista no Código de Processo Civil (Lei nº 13.105/2015), os interesses individuais dispõem da proteção legal decorrente de um processo judicial. Tal proteção pode ocorrer em situações de urgência a fim de evitar um dano iminente ou em decisões por meio da análise do mérito de causa.

Uma forma de promover uma ação judicializada pode ocorrer por meio da antecipação dos efeitos da tutela prevista no artigo 300 do Código de Processo Civil, na qual, diante da atualização da legislação, é compreendida como tutela de urgência ou de evidência. Elas se apresentam na forma de um instrumento correspondente a um tipo de tutela provisória concedida quando há elementos que evidenciem a probabilidade do direito e o perigo de dano ou o risco ao resultado útil do processo. Exemplo da tutela de urgência pode ser visto na imprescindibilidade de uso de determinado medicamento ou realização de um procedimento

cirúrgico no qual incorre em risco iminente de morte e/ou sequelas irreversíveis para o paciente, caso a respectiva terapia não seja realizada em tempo hábil.

Nesse diapasão, a utilização do mecanismo legal por meio da tutela de urgência representa uma forma de atendimento ao direito individual do cidadão, como dispõe expressamente a Constituição Federal em seu artigo 196.

Por sua vez, a tutela coletiva insere-se no microssistema de proteção de direitos transindividuais e individuais homogêneos, especialmente por meio da Ação Civil Pública, do Código de Defesa do Consumidor e de outros instrumentos processuais. No campo da saúde, a sua importância reside na possibilidade de enfrentar falhas estruturais, políticas públicas insuficientes, desabastecimento, filas, ausência de protocolos ou omissões administrativas que afetam grupos determinados ou indeterminados de cidadãos.

A norma que prevê o atendimento à tutela coletiva é a Lei nº 7.347/1985, denominada de Lei da Ação Civil Pública e, em complemento a determinadas situações, há o Código de Defesa do Consumidor. Em vistas aos interesses públicos em termos de saúde, a tutela coletiva, sob outra ótica, pode ser utilizada como instrumento de atendimento a questões de natureza trabalhista, na qual interesses coletivos como direitos dos trabalhadores (médicos, enfermeiros, odontólogos, psicólogos, etc.) possam ser pleiteados através dessa espécie de demanda.

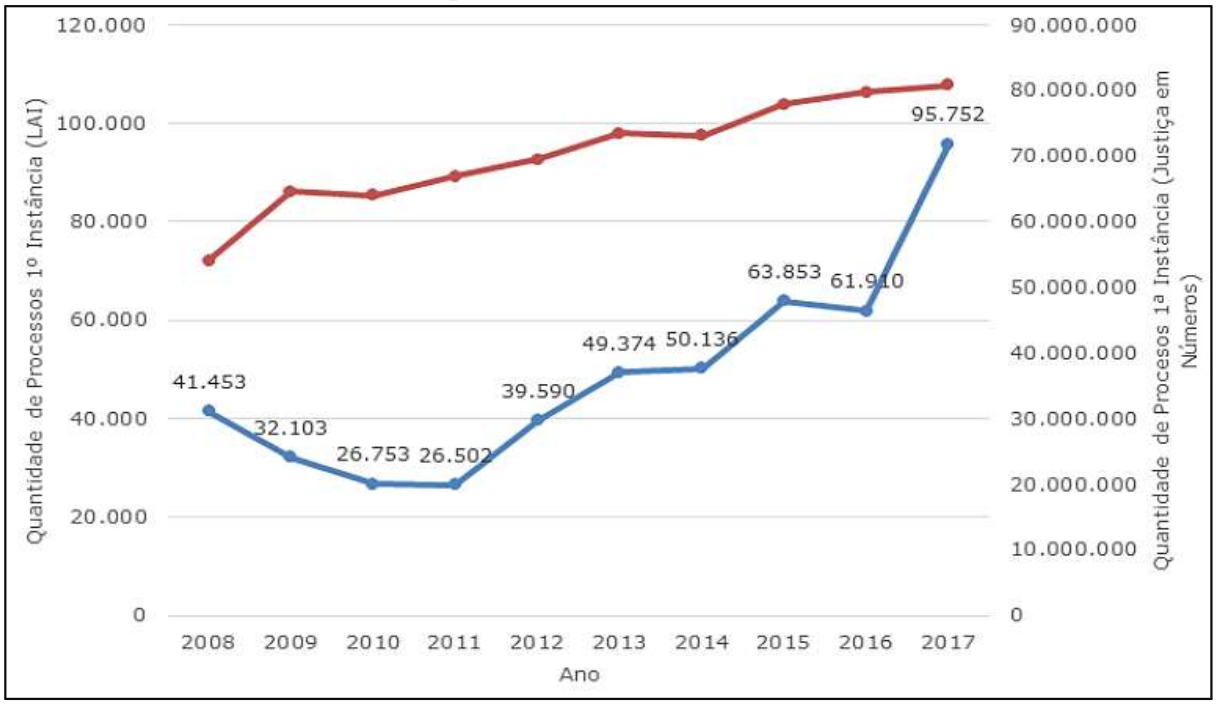
A exemplo de tal situação, a judicialização também pode envolver demandas coletivas propostas por categorias profissionais vinculadas à saúde, como é o caso do SIOMS (Sindicado dos Odontólogos de Mato Grosso do Sul), que, no ano de 2025, promoveu ação coletiva em desfavor da Prefeitura Municipal de Campo Grande - MS, relacionada ao reposicionamento dos vencimentos e à revisão de valores correspondentes a aposentadoria dos profissionais. Todavia, por não se tratar propriamente de demanda assistencial ou prestacional de saúde, essa espécie de conflito será abordada lateralmente, como fator eventual de pressão institucional sobre a gestão pública.

De todo modo, essa modalidade de ação judicial representa uma maneira de atendimento direto aos interesses de uma categoria de profissionais da saúde, na qual tiveram por aspectos semelhantes os seus direitos suprimidos. Por intermédio de uma ação coletiva promovida pelo referido sindicato, os direitos coletivos foram assegurados, sendo concedido prazo para que o Município de Campo Grande - MS revisse os valores de vencimentos dos trabalhadores e aposentados.

Indiferente ao tipo de tutela, seja de urgência, individual ou coletiva, os interesses civis e sociais devem ser protegidos pelo Poder Judiciário, como prevê a Carta Magna. Em aspecto comum, medidas legais referenciadas são tomadas pela população diante de diferentes vertentes, entretanto, aquelas relativas à saúde, objeto de interesse desse estudo, representam a maior parte de ações judicializadas no país, seguidas pelo conjunto de ações promovidas por fatores trabalhistas.

Com o propósito ilustrativo e quantitativo, o Conselho Nacional de Justiça apurou que houve um crescimento de 130% no número de processos judiciais ajuizados em primeira instância no Poder Judiciário relacionados ao direito à saúde no período compreendido entre 2008 e 2017. Esse percentual mostrou-se muito superior ao número total de processos judiciais que tramitavam em primeira instância no Poder Judiciário, consoante se infere do relatório do CNJ "justiça em números" de 2008 a 2017 (CNJ, 2019).

**Gráfico 2** Evolução do número de processos de saúde em 1ª instância (2008-2017)




**Fonte:** Conselho Nacional de Justiça, 2019.

Embora o Gráfico 2 apresente série histórica nacional referente ao período de 2008 a 2017, o diagnóstico pelo CNJ/PNUD no ano de 2025 permite observar a distribuição da judicialização da saúde pública e suplementar por unidade federativa, evidenciando a relevância do Estado de Mato Grosso do Sul no cenário regional. Por esse motivo, a

comparação a seguir não tem finalidade de construir uma série estatística única, mas de articular marcos documentais distintos que, em conjunto, demonstram a expansão, a persistência e os impactos institucionais da judicialização da saúde.

**Quadro 1** Judicialização da saúde: panorama nacional e recorte de Mato Grosso do Sul

| RECORTE | INDICADOR | DADO | PERÍODO |
|---|---|---|---|
| **BRASIL** | Crescimento ações em saúde (1ª instância) | 130% | 2008-2017 |
| **MATO GROSSO DO SUL** | Casos novos (saúde pública) | 74% | 2023 |
| **MATO GROSSO DO SUL** | Casos novos (saúde suplementar) | 31% | 2023 |
| **MATO GROSSO DO SUL** | Casos pendentes (saúde pública) | 64% | 2023 |
| **MATO GROSSO DO SUL** | Casos pendentes (saúde suplementar) | 42% | 2023 |
| **MATO GROSSO DO SUL** | Liminares deferidas (saúde pública na Justiça Estadual) | Acima de 85% | ago./2024-jul./2025 |
| **MATO GROSSO DO SUL** | Procedência (saúde pública na Justiça Estadual) | Entre 80% e 90% | ago./2024-jul./2025 |

**Fonte:** elaborado pelo autor com base em dados do CNJ (2019), CNJ/PNUD (2025)

Os dados comparados indicam que a judicialização da saúde deve ser examinada em múltiplas escalas. No plano nacional, o crescimento expressivo dos processos em primeira instância confirma a expansão histórica do fenômeno. No plano estadual, Mato Grosso do Sul apresenta predominância de demandas relacionadas à saúde pública, com 74% dos casos novos e 64% dos casos pendentes classificados nesse tema em 2023, além de percentual elevado de deferimento de liminares em saúde pública na Justiça Estadual.

Essas estatísticas, apesar de revelarem a importância do acesso à justiça para a proteção de direitos fundamentais, também apontam que a judicialização produz repercussões importantes sobre o planejamento público em saúde, sobretudo quando envolve medicamentos, procedimentos cirúrgicos, internações e prestações assistenciais não absorvidas adequadamente pela via administrativa. A análise, portanto, deve partir da necessidade de compreender suas causas, seus efeitos e os mecanismos institucionais capazes de reduzir o litígio sem restringir a tutela jurisdicional quando necessária.

De acordo com Asensi (2013), a judicialização da saúde intensificou o protagonismo do Poder Judiciário na efetivação dos direitos à saúde e na gestão da saúde. E de outro lado,

Sant'Ana (2009) problematizou a temática apontando que a judicialização tem se tornado uma via mais efetiva, influenciando o cotidiano da gestão e a alocação de recursos públicos.

Referida consideração direciona a uma preocupação sobre a defesa do orçamento público e da programação em saúde, além do uso da medida legal como viés de ação profissional do direito e de intervenção do Poder Judiciário no atendimento público em saúde.

## 2.2 Necessidade assistencial, interesse subjetivo e riscos de distorção

A judicialização em saúde representa uma forma expressa de reivindicar sob modo legítimo e dentro das normas legais o direito à saúde. Nessa configuração, pode-se afirmar que, diante do elevado número de ações concedidas sob o apoio do judiciário, tem se observado um fenômeno de ação legal. Nessa ponderação, há o grande apelo aos direitos e à cidadania amplamente firmados nas leis internacionais e nacionais.

A configuração de fenômeno legal detalha o nível de envolvimento jurídico diante de situações que requerem atenção do Poder Público na proteção dos interesses individuais e coletivos em face não apenas da saúde dos cidadãos, mas também das questões legais associadas ao trabalho prestado na área de saúde.

Segundo Schulze e Gebran Neto (2019), a judicialização da saúde inicia-se a partir de duas hipóteses: a primeira ocorre quando se postula o exercício do direito já reconhecido, mas negado na via administrativa, tais como os medicamentos, tratamentos ou tecnologias já incorporadas ao SUS ou nos planos de saúde. Já a segunda situação ocorre quando a discussão processual gira em torno de direitos não reconhecidos, como em tratamentos ou tecnologias ainda não incorporadas, sem registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), ou sem comercialização no mercado nacional. Cabe, no caso da segunda hipótese, maior rigor na análise, pois não há previsão legal para a concessão do bem ou serviço demandado.

A associação entre o direito e saúde coletiva, intensificada na última década por meio da utilização do recurso judicial, pode ser vista perante o grande número de decisões judiciais em face a garantia do direito individual e coletivo. Nessa configuração, a assistência farmacêutica tem um destaque nas decisões que apontam o apoio a aquisição de medicamentos e a plena necessidade de revisão da lista de medicamentos da chamada RENAME, ampliando assim o número de medicamentos disponibilizados a população, em

destaque medicamentos destinados a tratamentos associados a alta complexidade de atendimento ou medicamentos específicos de uso de tratamentos de doenças como câncer.

Em relação à assistência farmacêutica através do SUS, o Ministério da Saúde, através da Política Nacional de Medicamentos designada pela Portaria MS 3916/1998, estabelece um rol de fármacos que devem estar disponíveis em toda a rede para atender à população, listagem que recebe o nome de Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME).

A ampliação da atuação do sistema de justiça em face ao atendimento farmacológico tem repercussões diretas sobre o planejamento em saúde pública organizado pelo Poder Executivo dentro dos municípios, que têm por controle direto a lista de medicamentos da Rede Municipal de Saúde, denominada de REMUME. A REMUME, constituída sobre o Plano Municipal de Saúde de cada Município, apresenta uma lista específica de medicamentos disponibilizadas para a população local. Para atender essa lista, cada plano municipal dispõe de uma letra orçamentaria destinada aos recursos farmacêuticos.

A intervenção do Poder Judiciário no atendimento dessa norma leva ao interesse social e coletivo a aquisição de medicamentos específicos e, de acordo com Baptista, Machado e Lima (2009), o uso da judicialização no acesso a medicamentos pode ter um efeito benéfico na responsabilização do Estado em desenvolver procedimentos adequados para a incorporação e distribuição de procedimentos terapêuticos pela rede pública.

O apoio do judiciário na luta pelo acesso a medicamentos e a saúde pública representa o reconhecimento legal do acesso da população a garantias constitucionais que, por meio de políticas e ações públicas, permitem o acesso aos meios adequados para o seu bem-estar. O direito à saúde leva a diversas configurações, dentre as quais a disponibilização de insumos específicos de uso ao atendimento em saúde pública, bem como a prestação de serviços específicos como exames, consultas de média e alta complexidade, internações, e realizações de atividades terapêuticas envolvendo não apenas procedimentos cirúrgicos, mas também a rede de apoio com a equipe multidisciplinar em saúde.

Em parte, a atenção judicial no apoio a população destaca a luta pela dignidade humana, construção de novas normativas, políticas públicas e jurisprudências, levando o Estado a ter maior atenção frente às necessidades da população. Isso também inclui situações como revisão do quadro de problemas associados a infectologia e novas doenças anteriormente destacadas como casos individuais agora como necessidade de grupos sociais.

O chamado fenômeno da judicialização, visto nessa condição pelo volume de casos que envolvem a luta social pela garantia das necessidades de atendimento em saúde pública, busca de forma subjetiva uma revisão das responsabilidades sanitárias destacadas por estudiosos como Sant'ana (2009) e Borges (2007).

A demanda judicial brasileira tem sido vista no cenário internacional como a mais recorrente na busca do atendimento aos interesses individuais e coletivos pela busca de medicamentos. Os pedidos judiciais se respaldam na prescrição médica e necessidade de urgência perante a obtenção de insumos, sendo que esses dados possuem como fonte o diagnóstico clinico e a realização necessária de procedimentos considerados adequados à solução de determinadas necessidades ou mesmo problemas de saúde.

Travassos e Martins (2004) apontam para o apelo da indústria de medicamentos associada a determinados grupos clínicos formados por médicos. Todavia, tais profissionais destacam demandas específicas e causam a distorção de uma necessidade iminente em interesse comercial. Essa situação pode promover uma ação judicial que pode ser transformada em jurisprudência, determinando resultados que tendem a afetar o orçamento público em saúde.

O uso da via judicial evidencia uma tensão especificada entre a assistência em saúde pública, a necessidade social e o interesse subjetivo, tendo como mediador do sistema, ou melhor usando como medida intermediadora, o trabalho de profissionais em saúde e a regulamentação do acesso aos serviços públicos e normas sanitárias.

Para o sistema legal brasileiro, o acesso à saúde prescrito sobre determinação clínica é de responsabilidade individual do médico pelo dano ou perda de chance de cura, conforme aponta Rosário (2009). Consequentemente, o ente público pode ser responsabilizado pela ausência do atendimento clínico, pela falta da medicação ou a não realização de procedimentos necessários à manutenção da saúde e bem-estar do paciente.

Baseado nessa responsabilidade civil-pública, o Estado pode ser responsabilizado pelo atendimento levando, assim, o cidadão comum a buscar meios específicos de assegurar seu atendimento. A obrigação do Estado é objetiva, pois o reivindicante deve apenas comprovar a relação causal efetiva entre a omissão/ação do ente público e o dano reclamado pelo cidadão. Em contrapartida, para ilidir sua "culpa", o Estado deve comprovar que o referido dano não poderia ter sido evitado ou minimizado.

Frente a intervenção do Poder Judiciário no aspecto de compelir o Estado a assumir a responsabilidade constitucional sobre o atendimento em saúde da população, vemos o direito subjetivo do cidadão entendendo a existência de lesão ou ameaça a violação a algum direito. Em virtude de tal condição, expressa-se, na tutela de urgência, a garantia pela busca de recursos específicos ou de direcionamento do Estado na materialização de atividades direcionadas aos interesses sociais destinados a saúde.

A Constituição Federal prevê a assistência jurídica gratuita oferta pelas Defensorias Públicas, constituindo uma rede de apoio aos interesses do cidadão, em destaque a responsabilidade do Estado em promover tal atenção.

Qualquer cidadão que se sentir ameaçado ou lesado pela não inclusão de algum medicamento ou procedimento mais adequado para sua terapia, destacada por um protocolo clínico/terapêutico, pode propor uma ação judicial, seja ela de aspecto individual ou coletivo, buscando o apoio judicial perante tal conflito. Apesar de tal condição, é necessário que o Poder Judiciário verifique a comprovação de que o Estado, por algum motivo, não esteja atendendo tais solicitações, analisando, assim, instrumentos públicos de planejamento como o Plano Municipal de Saúde, Programação Anual de Saúde e a Política Sanitária Local.

O uso da ferramenta judicial como elemento de direito subjetivo desperta o indivíduo como sujeito ativo de direitos e não mero alvo de políticas estatais ou interesses da indústria em saúde. O Estado passa a ser indicado como principal responsável pelo cumprimento das obrigações de atendimento e cuidado com a saúde pública, assegurando atenção igualitária e democrática, de modo a atender os interesses reais de toda população.

Conforme leciona Bucci e Duarte (2017), as demandas judiciais que pleiteiam tratamentos devem se basear nos princípios da universalidade, integralidade e gratuidade, principalmente, a parcela hipossuficiente da sociedade que não tem condições de arcar com as despesas de um tratamento, que por direito deve ser fornecido pelo Estado.

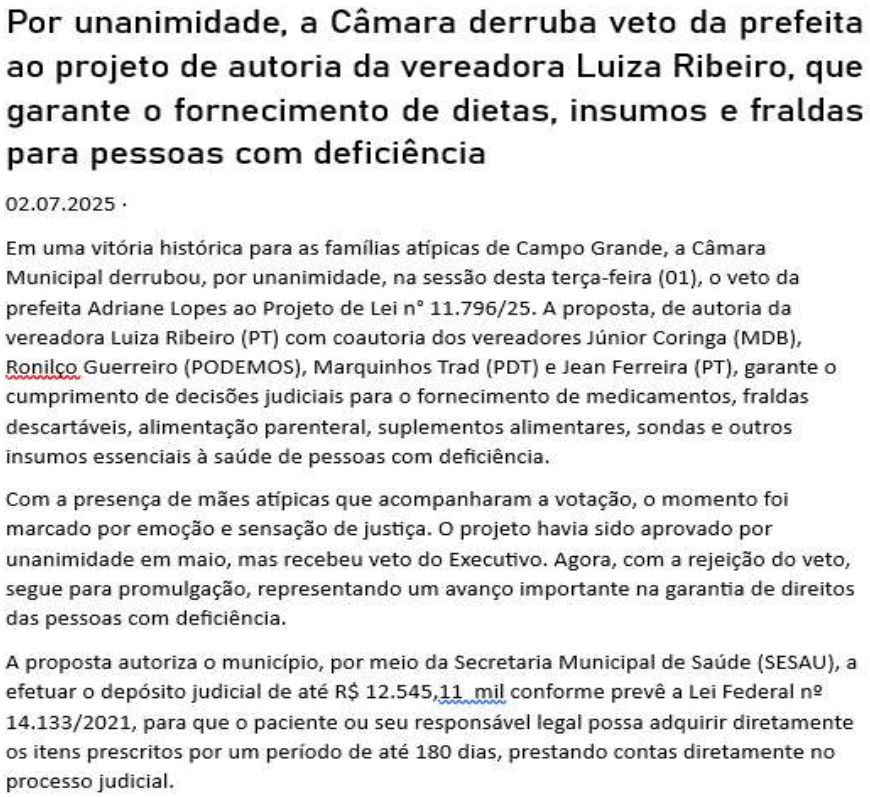
A construção normativa de uma sociedade pressupõe o conflito de interesses e, do mesmo modo, a demanda judicial reflete disputas, conquistas ou retrocessos, estabelecidos para além da esfera jurídica. O grande desafio é pensar na judicialização da saúde como estratégia legítima, porém a ser orquestrada com outros mecanismos de garantia constitucional de saúde para todos. As demandas judiciais não podem ser consideradas como principal instrumento deliberativo, pois, de fato, para o alcance da justiça, deve ser adotado um conjunto de ações por meio das quais se busque implementar as diretrizes constitucionais.

Como modelo de ação legal utilizada recentemente pela população campo-grandense, temos a solicitação do grupo denominado de “mães atípicas” frente a necessidade comum de atendimento de insumos a crianças com necessidades especiais de atendimento em saúde, como uso contínuo de fraldas e nutrição específica. Essa questão constituiu um embate público envolvendo não apenas o Poder Judiciário, mas também o próprio Poder Legislativo na construção de normativas que remetem a responsabilização do Ente Público Municipal, por meio da Secretaria Municipal de Saúde, de realizar a aquisição de insumos específicos para distribuição populacional.

O debate a respeito da disponibilização de fraldas descartáveis para população tem sido uma das medidas judicializadas mais comuns reportadas aos Agentes Públicos. Contudo, a Portaria GM/MS 3.219/2010 descreve que essa condição somente se trata de medida legal destinada a pacientes idosos.

Ainda nessa concepção, importa destacar que o uso de fraldas pode representar necessidade de diferentes pacientes, não apenas idosos, mas também às pessoas com carências de atendimento especializado, desde crianças e jovens classificados como acamados ou com algum problema específico de saúde. A análise de cada caso requer o trabalho da construção de laudos clínicos realizados por meio de profissionais de saúde, em virtude à averiguação das devidas necessidades dos pacientes.

**Figura 2:** Notícia Projeto Câmara Municipal de Saúde CG/MS



**Por unanimidade, a Câmara derruba veto da prefeita ao projeto de autoria da vereadora Luiza Ribeiro, que garante o fornecimento de dietas, insumos e fraldas para pessoas com deficiência**

02.07.2025 ·

Em uma vitória histórica para as famílias atípicas de Campo Grande, a Câmara Municipal derrubou, por unanimidade, na sessão desta terça-feira (01), o veto da prefeita Adriane Lopes ao Projeto de Lei n° 11.796/25. A proposta, de autoria da vereadora Luiza Ribeiro (PT) com coautoria dos vereadores Júnior Coringa (MDB), Ronilço Guerreiro (PODEMOS), Marquinhos Trad (PDT) e Jean Ferreira (PT), garante o cumprimento de decisões judiciais para o fornecimento de medicamentos, fraldas descartáveis, alimentação parenteral, suplementos alimentares, sondas e outros insumos essenciais à saúde de pessoas com deficiência.

Com a presença de mães atípicas que acompanharam a votação, o momento foi marcado por emoção e sensação de justiça. O projeto havia sido aprovado por unanimidade em maio, mas recebeu veto do Executivo. Agora, com a rejeição do veto, segue para promulgação, representando um avanço importante na garantia de direitos das pessoas com deficiência.

A proposta autoriza o município, por meio da Secretaria Municipal de Saúde (SESAU), a efetuar o depósito judicial de até R$ 12.545,11 mil conforme prevê a Lei Federal nº 14.133/2021, para que o paciente ou seu responsável legal possa adquirir diretamente os itens prescritos por um período de até 180 dias, prestando contas diretamente no processo judicial.

Fonte: Câmara Municipal de Vereadores - CG/MS - 2025

O exemplo citado acima constitui o resultado de uma luta social que transformou o conjunto de decisões judicializadas de forma individual e uma alteração da normativa legal do município. Isso interferiu, inclusive, na programação orçamentária, que passa a ter a plena necessidade de atendimento a tais insumos para o grupo denominado de mães atípicas de crianças com necessidades específicas de atendimento e apoio à saúde, promovendo, assim, a seguridade do bem-estar individual das crianças e subjetivamente de suas famílias.

O caso em comento remete a outros embates, como as necessidades de um determinado grupo que reivindica o uso de medicamentos à base de Canabidiol (CBD), para tratamentos de doenças tais como a epilepsia, de modo que um número considerável de pacientes tem forçado uma revisão sistemática da norma frente ao apoio e atendimento à saúde não apenas individual, mas coletiva.

Todavia, as lides são adversas: demandas de fármacos não registrados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); solicitações de medicamentos em fase experimental e de eficácia duvidosa; requerimento de cirurgias de alto risco; pedidos de remédios de custo elevado e incompatível com a faixa etária do paciente; pedidos de

reembolsos por parte do Estados para a União Federal; decisões dos Tribunais que condenam entes federais a aplicarem recursos previstos em lei, na área da saúde; dentre outras.

Um olhar sobre a complexidade das causas que motivam a judicialização da saúde poderia levar a enxergar o interregno, em que os antigos meios de resolver problemas tornaram-se, paulatinamente, inefetivos e, por outro lado, os novos modos de solução de litígios ainda não foram completamente estruturados. Afinal, os meios alternativos de resolução de conflitos, como a negociação, a mediação e a conciliação ainda estão sendo cogitados e, gradativamente, sendo implantados por instituições como a Procuradoria Geral dos Estados, o Ministério Público, a Defensoria Pública, dentre outras envolvidas nas demandas judiciais da saúde

Importa destacar, ainda, que o Poder Judiciário não é responsável por implementar políticas públicas do direito e acesso à saúde pública. Porém, é competente para fiscalizar os órgãos responsáveis pelo atendimento do mandamento constitucional previsto no artigo 196 da Constituição Federal.

Para Bucci e Duarte (2017), quando se pleiteia um determinado tratamento, judicialmente, é possível demandar qualquer dos entes federativos, levando em consideração que eles atuam cooperativamente, como ratifica o dispositivo supramencionado.

A atuação do Poder Judiciário, embora necessária em muitos casos, deve ser pautada pelo equilíbrio entre a proteção individual e o interesse coletivo, respeitando os limites técnicos, orçamentários e normativos. Para tanto, o fortalecimento de políticas públicas eficazes, a valorização dos meios alternativos de resolução de conflitos e a cooperação interinstitucional surgem como caminhos indispensáveis para garantir o direito à saúde de forma mais equânime, sustentável e humanizada.

## 2.3 Impactos orçamentários e financeiros da judicialização da saúde

Os entes públicos, ao organizarem o planejamento público em saúde, necessitam construir instrumentos normativos, administrativos e orçamentários destinados a orientar a aplicação dos recursos públicos, a definição de prioridades assistenciais e a execução das políticas sanitárias. Nessa configuração, Municípios, Estados, Distrito Federal e União possuem responsabilidades previamente estabelecidas quanto ao financiamento das ações e serviços públicos de saúde, observados os limites mínimos constitucionais e legais de

aplicação anual. Esses limites representam um parâmetro de vinculação orçamentária, cuja finalidade é assegurar previsibilidade, continuidade e estabilidade na execução das políticas públicas de saúde.

A Constituição Federal estabelece a centralidade do direito à saúde e impõe ao Poder Público o dever de organizar políticas sociais e econômicas direcionadas à redução do risco de doença e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação. Em caráter complementar, a Lei Complementar nº 141/2012 disciplina os critérios de aplicação dos recursos mínimos em ações e serviços públicos de saúde, bem como estabelece parâmetros de transparência, controle, fiscalização e prestação de contas:

- Municípios - devem investir no mínimo 15% da arrecadação de impostos e transferências constitucionais em ações e serviços públicos de saúde;
- Estados e o Distrito Federal - têm como base o investimento mínimo de 12% da arrecadação de impostos e transferências constitucionais em ações e serviços públicos de saúde;
- União - deve investir o montante correspondente ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, acrescido de, no mínimo, o percentual correspondente à variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) ocorrida no ano anterior ao da lei orçamentária anual.

Essa regulamentação orienta a construção dos instrumentos de planejamento em saúde, especialmente o Plano de Saúde, a Programação Anual de Saúde e a Lei Orçamentária Anual. O Plano de Saúde descreve, para período plurianual, as diretrizes, metas, compromissos e prioridades da respectiva esfera de gestão. A Programação Anual de Saúde operacionaliza, ano a ano, as obrigações previstas no Plano de Saúde. A Lei Orçamentária Anual, por sua vez, estima receitas e fixa despesas, viabilizando a execução financeira das ações planejadas.

**Quadro 2** Instrumentos de Planejamento em Saúde

| INSTRUMENTO ADMINISTRATIVO | FUNDAMENTAÇÃO | MARCO LEGAL |
|---|---|---|

| | | |
|---|---|---|
| **Plano de Saúde** | Define as políticas e compromissos de saúde da respectiva esfera de gestão por período de quatro anos | Art. 15 da Lei 8.080/1990 |
| **Programação Anual de Saúde** | Operacionaliza, ano a ano, as obrigações do Plano de Saúde | Art. 36 da LC 141/2012 |
| **Lei Orçamentaria Anual (LOA) – Programação Orçamentaria em Saúde** | Estima receitas e fixa despesas do Ente Público, inclusive em saúde | Art. 165 CF/1988 |

**Fonte:** Elaborado pelo autor.

Os mecanismos de planejamento em saúde dependem também da participação popular, por meio dos Conselhos de Saúde, audiências públicas e instâncias de controle social. Esses espaços reúnem gestão, trabalhadores, usuários e representantes da sociedade civil, permitindo que as prioridades de saúde pública sejam discutidas de forma transparente e institucionalizada. A judicialização da saúde, nesse contexto, deve ser examinada em diálogo com esses instrumentos de governança, pois decisões judiciais individuais podem repercutir sobre escolhas administrativas e orçamentárias previamente planejadas.

A programação orçamentária anual de saúde, organizadamente, apresenta uma formação destacando determinados grupos destinados a investimentos em saúde, que são:

a- Investimento de Média e Alta Complexidade - MAC;
b- Investimento em Gestão em Saúde;
c- Investimento em Vigilância Sanitária;
d- Investimento em Farmácia;
e- Investimento Atenção Básica.

No âmbito da gestão em saúde, incluem-se recursos destinados à manutenção da rede pública, reformas, planejamento de programas, eventos, capacitações, insumos operacionais, equipamentos e atendimento a demandas judiciais. A partir dessa estrutura, torna-se possível compreender que a judicialização, quando impõe alocações específicas de recursos fora da programação ordinária, pode interferir diretamente no planejamento público e na execução das políticas sanitárias.

Em Campo Grande - MS, os números constantes dos balancetes da Secretaria Municipal de Saúde (SESAU), referentes aos anos de 2020 a 2023, indicam que os valores destinados ao cumprimento de demandas judiciais, em determinados exercícios, superaram os investimentos em assistência farmacêutica. Essa constatação é relevante porque demonstra, em escala local, o impacto financeiro da judicialização sobre uma área essencial da política de saúde, considerando que a assistência farmacêutica envolve aquisição, distribuição e manutenção do abastecimento de medicamentos na rede municipal.

**Tabela 1** Média da judicialização em saúde em Campo Grande - MS

| ANO | PROGRAMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA ANUAL | INVESTIMENTO FARMÁCIA | JUDICIALIZAÇÃO |
|---|---|---|---|
| **2020** | 1.460.306.272,00 | 17.568.719,00 | 19.252.331,00 |
| **2021** | 1.433.196.600,00 | 18.787.842,79 | 20.768.000,00 |
| **2022** | 1.588.535.923,00 | 18.587.289,00 | 16.298.846,52 |
| **2023** | 1.648.377.000,00 | 19.289.116,00 | 27.247.341,45 |

**Fonte**: Balancetes SESAU 2020-2023

Da análise dos balancetes da SESAU, observa-se que, entre 2020 e 2023, os valores destinados ao cumprimento de demandas judicializadas superaram o investimento em assistência farmacêutica em três dos quatro exercícios analisados. Em 2020, a judicialização alcançou R$ 19.252.331,00, enquanto o investimento em farmácia foi de R$ 17.568.719,00. Em 2021, a judicialização somou R$ 20.768.000,00, diante de R$ 18.787.842,79 investidos em farmácia. Em 2022, houve inversão, com judicialização de R$ 16.298.846,52 e investimento farmacêutico de R$ 18.587.289,00. Já em 2023, a judicialização atingiu R$ 27.247.341,45, contra R$ 19.289.116,00 destinados à farmácia.

No acumulado do período, a judicialização somou R$ 83.566.518,97, enquanto os investimentos em farmácia alcançaram R$ 74.232.966,79. A diferença indica que os valores destinados às ações judiciais foram aproximadamente 12,6% superiores ao investimento acumulado em assistência farmacêutica no mesmo intervalo. Essa estatística, contudo, não autoriza a conclusão no sentido de que toda judicialização seja indevida ou que toda decisão judicial comprometa a política pública.

Também se extrai dos dados orçamentários que a judicialização da saúde produz impacto significativo sobre a gestão municipal, principalmente quando ordena alocações específicas de recursos fora do planejamento ordinário. A tensão reside na necessidade de compatibilizar a proteção individual do paciente, o planejamento público, os critérios técnicos da política sanitária e a equidade distributiva. Por isso, a judicialização, além de ser considerada uma resposta a eventuais omissões administrativas, também deve ser examinada como indicador de aprimoramento institucional dos fluxos de atendimento, dos protocolos técnicos, dos canais de mediação e dos mecanismos de gestão legal de riscos.

Importa destacar que, entre os anos de 2020 e 2021, parte dos recursos sequestrados pelo Poder Judiciário pode estar relacionada ao contexto extraordinário da pandemia de Covid-19. Naquele período, diversas demandas judiciais envolveram internações emergenciais, procedimentos especializados, leitos, medicamentos e atendimentos de urgência. Assim, a análise dos dados orçamentários deve considerar a excepcionalidade do período pandêmico, sob pena de atribuir à judicialização ordinária efeitos que podem ter sido parcialmente influenciados por uma crise de saúde pública sem precedentes recentes.

As diferentes ações propostas em juízo envolvem, além da assistência e do fornecimento de medicamentos, questões relativas a internações, procedimentos clínicos, serviços médicos, cirurgias, exames, pagamentos a fornecedores e agentes conveniados. Esses últimos, apesar de possuírem previsão orçamentária e financeira na programação anual de saúde, também reagem perante a administração pública municipal por meio de ação judicializada ao ocorrer inadimplência de pagamentos não realizados pelo ente público. Daí a necessidade de distinguir, metodologicamente, demandas assistenciais propostas por pacientes, demandas relacionadas ao acesso direto à saúde e demandas contratuais ou administrativas formuladas por prestadores, fornecedores ou agentes conveniados. Todas podem repercutir sobre o orçamento, mas não possuem a mesma natureza jurídica nem a mesma função dentro da política pública de saúde.

No ano de 2019, a Comissão de Orçamento e Finanças do Conselho Municipal de Saúde de Campo Grande - MS destacou a utilização de sequestros judiciais em valores superiores aos destinados à assistência farmacêutica. Segundo a comissão, entre fevereiro e maio daquele ano, teria sido observado montante superior a R$ 3 milhões em processos judiciais, totalizando 253 ações propostas por 56 demandantes. Também se registrou que oito escritórios de advocacia teriam movido 33 processos e logrado êxito em sequestros judiciais

no montante de R$ 3.861.473,95. Durante o período detalhado pelo órgão municipal, não foi identificada ação realizada por trabalhadores ou categorias profissionais.

O dado direciona para um aspecto situacional de destaque consistente na necessidade de tratamento cauteloso de eventuais distorções na judicialização. A esse respeito, a Procuradoria-Geral do Município de Campo Grande - PGM/CG, em peça judicial, indicou a existência de suposto arranjo envolvendo médicos e advogados em demandas de saúde, no contexto de ação civil pública proposta pelo Ministério Público de Mato Grosso do Sul para enfrentar uma fila de espera de aproximadamente 7,7 mil consultas e cirurgias ortopédicas (CORREIO DO ESTADO, 2024).

Para a Procuradora do Município, alguns procedimentos discutidos seriam eletivos e poderiam ser realizados pelo SUS, fora de critérios de urgência e emergência. Registra-se, ainda, a crítica à concessão de liminares com pouca análise técnica, baseadas em perigo da demora e fumaça do bom direito, bem como à apresentação de orçamentos cirúrgicos acima dos preços de mercado e à resistência à realização de audiências de conciliação (CORREIO DO ESTADO, 2024). Esses registros ilustram a complexidade da judicialização, que, por um lado, pode proteger situações individuais legítimas e, por outro, pode ser atravessada por assimetrias, custos privados elevados, urgência processual e insuficiência de contraditório técnico.

Na mesma vertente da PGM/CG, a Procuradoria-Geral do Estado de Mato Grosso do Sul - PGE/MS, informou que, em 2023, uma mesma advogada teria ingressado com 32 ações solicitando procedimentos médicos, das quais 28 teriam custo superior a R$ 150 mil. O relatório apontou impacto estimado superior a R$ 5 milhões aos cofres públicos e comparou esse valor a pouco menos da metade dos R$ 14 milhões investidos em cirurgias eletivas no ano anterior, com ajuda do governo federal. Também foram registradas suspeitas de sobrepreço, repetição de profissionais médicos e possibilidade de elevação dos honorários sucumbenciais, que poderiam chegar a 20% do valor da causa (CORREIO DO ESTADO, 2025a).

Nessa conjuntura, forçoso reconhecer que a concentração de demandas em determinados grupos de procuradores ou profissionais pode indicar especialização técnica, repetição de demandas, falhas administrativas recorrentes, dificuldade de acesso ao SUS, incentivos econômicos ou eventual uso estratégico da via judicial. Contudo, não é possível transformar essa constatação em acusação genérica de abuso processual, fraude ou esquema

sem exame dos documentos primários e sem decisão institucional conclusiva. Isso porque, a tese visa discorrer sobre tais aspectos sob o viés acadêmico, em especial para distinguir demandas legítimas de acesso à saúde, demandas decorrentes de inadimplemento administrativo, pedidos de urgência efetiva e eventuais distorções no uso do processo judicial.

O impacto das demandas cirúrgicas de alto custo também foi objeto de análise por parte da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul, que reconheceu a gravidade do cenário e mencionou o NATJus como instrumento de apoio técnico à formação do convencimento judicial. O órgão estadual discorreu que a falta de acesso oportuno a procedimentos, cirurgias ou exames leva o cidadão a buscar a solução por conta própria, frequentemente pela via judicial, sobretudo quando o procedimento possui custo elevado na rede privada (CORREIO DO ESTADO, 2025b)

Esse ponto corrobora o fato de que a judicialização não pode ser interpretada pura e simplesmente como um mecanismo de excesso de litigiosidade ou como comportamento oportunista, mas merece uma análise técnica e aprofundada, principalmente para a compressão de que, em grande parte, as ações judiciais relacionadas a saúde possui como sintoma as insuficiências administrativas, assistenciais e comunicacionais na concretização do direito à saúde.

Quando o usuário não obtém resposta adequada, tempestiva e tecnicamente suficiente no âmbito administrativo ou assistencial, o conflito tende a migrar para o Poder Judiciário. A consequência, de um lado, é que a tutela jurisdicional pode corrigir a omissão e proteger o paciente; de outro, pode alterar filas, deslocar recursos e comprometer a previsibilidade orçamentária.

No plano processual, as decisões judiciais que impõem obrigações ao poder público podem utilizar mecanismos coercitivos, como astreintes (multas), bloqueios e sequestros de valores, para assegurar efetividade à tutela jurisdicional. Referidos instrumentos podem ser indispensáveis quando há risco à vida, à integridade física ou à continuidade do tratamento. Todavia, quando utilizados de forma reiterada e sem adequado suporte técnico, podem produzir efeitos devastadores sobre a gestão financeira, pois deslocam recursos da programação ordinária para o cumprimento imediato de decisões judiciais específicas. Daí a importância de mecanismos como NATJus, mediação pré-processual, protocolos clínicos, análise de incorporação tecnológica e fluxos administrativos de resposta rápida.

Ao reportar o destaque da Tabela 1 supracitada, destaca-se o alto impacto resultante das demandas judiciais inerentes ao planejamento em saúde pública e à assistência da rede municipal de saúde em determinados programas. Considerando-se o número de demandas superior a programação destinada à assistência farmacêutica, é possível afirmar, de um ponto de vista subjetivo, que determinadas demandas individuais, quando judicializadas em valores elevados, podem absorver parcela relevante de recursos originalmente planejados para ações coletivas.

Como forma de esclarecimento, os recursos destinados aos pagamentos relativos a ações judicializadas decorrem, em regra, da fonte vinculada à Gestão Municipal em Saúde, que também contempla manutenção da rede pública, reformas, insumos operacionais, capacitação de equipes, investimentos administrativos e construção de novas unidades. Os recursos da assistência farmacêutica e da vigilância sanitária, em princípio, possuem destinação específica e não devem ser utilizados indistintamente para cumprimento de sequestros judiciais, salvo quando a própria demanda envolver a respectiva fonte orçamentária ou quando houver determinação judicial específica nesse sentido. Tal separação é importante porque evidencia que a judicialização, além de afetar o fornecimento direto da prestação reclamada, também pode refletir no funcionamento global da rede.

De acordo com o impacto financeiro demonstrado, os bloqueios judiciais podem contribuir para atrasos em obras, redução de treinamentos de equipes, postergação da renovação de equipamentos operacionais e limitação de investimentos em infraestrutura, inclusive equipamentos de informática e suporte administrativo.

O quadro resulta em ingerência nos instrumentos de planejamento da saúde pública, sobretudo quando considerada a pactuação existente entre Estado e Município para atendimento de média e alta complexidade. A Programação Pactuada Integrada - PPI possui funcionalidade destacada na organização regionalizada dos serviços, pois estrutura a cooperação entre entes federativos quanto ao financiamento e à execução de ações de vigilância sanitária, especialidades clínicas, procedimentos ambulatoriais, internações e serviços de média e alta complexidade. Quando decisões judiciais determinam prestações que ultrapassam a capacidade ordinária do município ou interferem em fluxos pactuados, surgem tensões entre responsabilidade local, financiamento estadual, organização regional e dever de atendimento integral.

À luz desse cenário, verifica-se que as situações decorrentes do período pandêmico, do pós-pandemia e da intensificação das ações judiciais, visam a atendimentos de especialidades médicas e os recursos, por vezes, sequestrados nas vias judiciais afetam drasticamente o orçamento público do Município e do Estado, interferindo, assim, na Programação Pactuada Conjunta.

Os impactos orçamentários e financeiros da judicialização da saúde em Campo Grande - MS apontam que o problema envolve a necessidade de compatibilizar tutela jurisdicional efetiva, planejamento público, assistência farmacêutica, cirurgias eletivas, média e alta complexidade, pactuação interfederativa, controle de custos, apoio técnico ao Poder Judiciário e qualificação dos fluxos administrativos.

## 2.4 Demandas funcionais judicializadas na gestão municipal de Campo Grande - MS

Além das demandas ajuizadas por usuários do sistema de saúde, a gestão municipal também é impactada por litígios envolvendo categorias profissionais vinculadas ao setor. Muito embora tais demandas não se confundam com a judicialização voltada ao fornecimento de medicamentos, exames, internações, cirurgias ou tratamentos, elas integram o mesmo ambiente institucional de pressão sobre os cofres públicos da administração em termos de saúde, ainda mais quando envolvem progressões, reenquadramentos, adicionais, reajustes, vantagens funcionais e cumprimento de planos de carreira.

Dentro da miríade dos inúmeros assuntos que estão interligados à judicialização da saúde, a distinção entre os aspectos assistencial e funcional se mostra pertinente, levando-se em consideração que o primeiro tem como objeto imediato a prestação ao usuário, ao passo que o segundo discute direitos estatutários, remuneratórios ou funcionais de servidores da rede pública. Ambos, entretanto, repercutem sobre a programação orçamentária, a folha de pagamento, a organização administrativa, a permanência dos profissionais na rede e a qualidade da prestação dos serviços de saúde.

Em Campo Grande - MS, a atuação de entidades sindicais da área da saúde indica a existência de conflitos funcionais recorrentes entre categorias profissionais e Administração Municipal. No âmbito da odontologia, o Sindicato dos Odontólogos de Mato Grosso do Sul - SIOMS aparece como exemplo de mobilização coletiva em defesa de direitos relacionados a progressões funcionais, quinquênios, progressões verticais, insalubridade, adicional noturno e

auxílio-alimentação. Tais reivindicações são vinculadas, em parte, à observância de planos de cargos, carreiras e salários, bem como à implementação administrativa de vantagens funcionais reconhecidas pela categoria (SIOMS, 2025).

Nesse cenário, a atuação sindical constitui forma institucional de defesa de interesses coletivos ou individuais homogêneos de categorias profissionais, de modo que a legitimidade para tanto está insculpida no artigo 8º, inciso III, da Constituição Federal de 1988. Assim, a mobilização de sindicatos de profissionais da saúde merece ser analisada sob a ótica da existência de eventual conflito que, quando não resolvido na esfera administrativa, tende a ser deslocado para o Poder Judiciário.

Esse enquadramento legal, no tocante ao exercício da representatividade das entidades sindicais, foi corroborado no Tema 823 do Supremo Tribunal Federal, que assegura ao sindicato ampla legitimidade extraordinária para defender em juízo direitos coletivos ou individuais homogêneos da categoria, independentemente de autorização expressa dos substituídos ou apresentação nominal dos associados.

Quanto aos aspectos funcionais, incumbe destacar que nas demandas envolvendo médicos da rede municipal, em março de 2026, o Tribunal de Justiça de Mato Grosso do Sul, no julgamento do Agravo de Instrumento nº 1421235-57.2025.8.12.0000, manteve decisão que determinava o reenquadramento na carreira de aproximadamente 420 médicos da Prefeitura de Campo Grande, em ação movida pelo Sindicato dos Médicos de Mato Grosso do Sul - SinMed/MS. A medida foi associada à aplicação do plano de cargos e carreiras da categoria e previu um impacto estimado de R$ 10 milhões aos cofres municipais, com variação remuneratória conforme o enquadramento funcional dos profissionais.

O acórdão reconheceu, em cognição sumária, a probabilidade do direito com base no artigo 43, II e III, da Lei Complementar Municipal nº 377/2020, bem como o perigo da demora em razão da natureza alimentar das verbas decorrentes do enquadramento funcional. O julgado também afastou a alegação de ausência de recursos e de previsão orçamentária, afirmando que, preenchidos os requisitos legais, a administração municipal não dispõe de discricionariedade para deixar de implementar progressão expressamente prevista em lei. Como documento jurisprudencial primário, o julgado demonstra que a judicialização profissional das categorias da saúde pode assumir forma coletiva, projetando efeitos sobre relações individuais de trabalho e na gestão administrativo-financeira do ente público.

Igualmente, decisão liminar proferida no Mandado de Segurança Coletivo nº 0820951-61.2026.8.12.0001 aprofundou a temática concernente à judicialização de direitos intrinsecamente relacionados à atuação profissional ao examinar a base de cálculo da gratificação (adicional) de insalubridade dos médicos credenciados na rede municipal. O Juízo da 1ª Vara de Direitos Difusos, Coletivos e Individuais Homogêneos da Comarca de Campo Grande - MS reconheceu, em análise de cunho perfunctório, que o artigo 25, inciso V, da Lei Complementar Municipal nº 199/2012 prevê a gratificação de insalubridade em percentual incidente sobre o vencimento, enquanto que o Decreto Municipal nº 15.168/2022 estabelecia cálculo sobre o salário mínimo. Com base na Súmula Vinculante nº 4 do Supremo Tribunal Federal, segundo a qual o salário mínimo não pode ser utilizado como indexador de base de cálculo de vantagem de servidor público ou empregado, a decisão deferiu liminar para determinar o pagamento da gratificação sobre o vencimento dos servidores médicos, fixando multa de R$ 1.000,00 por servidor prejudicado, limitada a R$ 500.000,00 em caso de descumprimento.

Além dos fundamentos esposados, o Juízo afastou a alegação de que o mandado de segurança teria sido utilizado contra lei em tese, destacando que a pretensão sindical não se voltava à declaração abstrata de ilegalidade do decreto municipal, mas à correção da forma de pagamento da gratificação de insalubridade. Constata-se, portanto, que o controle judicial pode recair sobre a existência abstrata da norma e na forma pela qual a administração implementa direitos funcionais previstos em lei.

Em face do exposto, os julgados analisados permitem identificar que, no campo das demandas funcionais, o conflito entre orçamento público e cumprimento de direitos é tratado pelo Poder Judiciário sob a perspectiva da legalidade administrativa e da natureza alimentar das verbas discutidas.

E diferentemente de uma demanda individual isolada, ações coletivas ou agregadas da categoria podem ocasionar implementação ampla de progressões, revisão de enquadramentos, pagamento de parcelas vencidas e reestruturação de despesas continuadas. Essa espécie de obrigação afeta diretamente a folha de pagamento e exige compatibilização entre cumprimento de decisões judiciais, planejamento financeiro e responsabilidade fiscal.

Já no campo político-legislativo, o impasse sobre valorização e melhorias remuneratórias dos profissionais médicos que atuam na rede municipal de saúde tem se intensificado. Isso porque, o SinMed/MS, em junho de 2026, manifestou oposição a projeto

legislativo municipal que, segundo a entidade, excluiria médicos e outros profissionais de saúde de reajuste remuneratório, além de manter controvérsias relativas ao cumprimento do plano de cargos e carreiras dos médicos (SINMED/MS, 2026a).

Posteriormente, o órgão sindical referenciado criticou o reajuste de 4,39% aprovado para servidores municipais, parcelado em duas etapas, sendo 2,20% em agosto de 2026 e 2,19% em janeiro de 2027. Não obstante a categoria médica ter sido incluída após alteração legislativa, a entidade sustentou que o percentual seria insuficiente para recompor a defasagem remuneratória e afirmou que continuaria atuando judicial e institucionalmente para garantir o cumprimento do plano de cargos e carreira, a recomposição salarial e o respeito aos médicos da rede pública municipal (SINMED/MS, 2026b).

Dos registros alinhavados, verifica-se que a judicialização funcional possui três dimensões principais. A primeira é jurídica, pois envolve o reconhecimento e a execução de direitos previstos em lei, planos de carreira, decisões judiciais ou atos administrativos. A segunda é administrativa, relacionada à capacidade da gestão municipal de implementar, negociar ou contestar tais direitos por meios institucionais adequados. A terceira é orçamentária, uma vez que o cumprimento de decisões envolvendo categorias inteiras pode produzir efeitos continuados sobre despesas de pessoal e compromissos financeiros futuros.

Sob o viés da transparência, controle e fiscalização dos recursos públicos, o Ministério Público de Mato Grosso do Sul - MPE/MS, através da 76ª Promotoria de Justiça, instaurou procedimento administrativo para investigar o uso de recursos do Fundo Municipal de Saúde de Campo Grande, em situação de dívidas com fornecedores, atrasos de pagamentos, suspensão parcial de serviços e relatos de dificuldades de acesso a exames e medicamentos na rede pública. Segundo os dados divulgados, as despesas pendentes com fornecedores e prestadores entre janeiro de 2021 e fevereiro de 2026 teriam alcançado R$ 285 milhões, dos quais pouco mais de R$ 88 milhões haviam sido pagos, restando saldo em aberto de R$ 197,5 milhões. A Prefeitura contestou parte desse montante e afirmou que a dívida efetiva seria de R$ 53 milhões, dos quais R$ 20 milhões relacionados a fornecedores de medicamentos e insumos da saúde (MPE/MS, 2026).

Registrou-se, também, aumento de reclamações sobre falta de medicamentos, demora nos atendimentos, ausência de exames e falta de profissionais, além de pedido de esclarecimentos pelo Ministério Público acerca de crédito suplementar de R$ 27 milhões para o Fundo Municipal de Saúde (MPE/MS, 2026). Referidas informações, apesar de não

corresponderem, exata e especificamente, a direitos funcionais dos servidores que exercem seus ofícios na rede municipal de saúde, contribuem para contextualizar o ambiente institucional em que a judicialização profissional se insere, consistente em um sistema municipal inflado simultaneamente por demandas assistenciais da população, obrigações com fornecedores, cobrança de órgãos de controle e fiscalização, reivindicações de categorias profissionais e decisões judiciais com impactos de natureza econômica.

Do ponto de vista jurídico, a eventual responsabilização da administração pública quanto aos direitos e garantias funcionais não implementados deve ser tratada com precisão, nos moldes do artigo 37, § 6º, da Constituição Federal, que disciplina a responsabilidade objetiva do Estado perante terceiros e admite ação regressiva contra o agente causador do dano nos casos de dolo ou culpa. Contudo, essa estrutura não se confunde automaticamente com toda demanda profissional ajuizada por servidor ou sindicato.

O complexo e peculiar contexto que, resumidamente, está exposto acima, reflete que as demandas profissionais judicializadas em Campo Grande - MS devem ser compreendidas como um componente anexo da crise de governança da saúde municipal. Elas não substituem a análise da judicialização assistencial, nem se confundem com a judicialização da medicina. Ainda assim, evidenciam que a prestação adequada dos serviços de saúde depende também da regularidade administrativa, da observância de direitos funcionais, da valorização dos profissionais, da estabilidade das equipes e da previsibilidade orçamentária.

Isso posto, verifica-se que a mitigação da judicialização da saúde, por ser multifacetada, exige aprimoramento contínuo da governança interna das instituições de saúde, fortalecimento do diálogo com categorias profissionais, cumprimento tempestivo de deveres administrativos, prevenção de litígios funcionais e criação de canais de solução consensual. A humanização institucionalizada, além de abranger o usuário do sistema de saúde, também envolve a construção de ambiente de trabalho hígido, juridicamente seguro e administrativamente responsável para os profissionais que sustentam a rede pública de saúde.

## 2.5 Os efeitos da judicialização em saúde em Campo Grande - MS

Antes de examinar os efeitos locais da judicialização da saúde em Campo Grande - MS, é necessário situar o Estado de Mato Grosso do Sul no panorama documental mais recente sobre o tema. O diagnóstico CNJ/PNUD de 2025 já indicava a predominância das demandas relacionadas à saúde pública no Estado, com 74% dos casos novos e 64% dos casos

pendentes classificados nesse tema em 2023. Essa característica foi confirmada por levantamento jornalístico baseado em dados do CNJ, segundo o qual Mato Grosso do Sul registrou 18.591 ações judiciais na área da saúde entre janeiro e outubro de 2025, das quais 13.816 foram movidas contra o SUS e 4.775 contra planos de saúde, correspondendo, respectivamente, a aproximadamente 74,3% e 25,7% das demandas (CNJ; PNUD, 2025; CAMPO GRANDE NEWS, 2026a).

Segundo a mesma fonte jornalística, no Brasil, 47% da judicialização da saúde corresponderia a ações contra planos de saúde, percentual proporcionalmente superior ao observado em Mato Grosso do Sul. Desse modo, a análise documental permite afirmar, com a cautela, que o contencioso em saúde no Estado permanece fortemente concentrado sobre o sistema público, embora a saúde suplementar também componha parte relevante da litigiosidade (CAMPO GRANDE NEWS, 2026a).

No plano processual, os números recentes também indicam crescimento da demanda judicial. Notícia baseada em informações do DataJud/CNJ informa que as novas ações de saúde em Mato Grosso do Sul passaram de 18.171 em 2024 para 21.754 em 2025, enquanto as ações pendentes aumentaram de 22.872 para 25.794 no mesmo período. O número de processos julgados, por sua vez, apresentou crescimento discreto, passando de 19.178 para 19.432, insuficiente para acompanhar a expansão dos casos novos. O índice de atendimento à demanda caiu de 102% para 88%, ao passo que a taxa de congestionamento alcançou 57,4% (CAMPO GRANDE NEWS, 2026c).

Esses dados não autorizam concluir, isoladamente, que a judicialização decorra de uma única causa. O crescimento pode estar relacionado a múltiplos fatores, como dificuldades de acesso à rede pública, ampliação da procura pelo sistema de justiça, maior conhecimento dos direitos pelos usuários, insuficiência de fluxos administrativos ou aumento de demandas por procedimentos e tratamentos de maior custo. A cautela é indispensável, porque os números descrevem a expansão do fenômeno, mas não demonstram, por si só, causalidade.

Na cidade de Campo Grande - MS, a judicialização repercute diretamente sobre os instrumentos de planejamento e execução da política municipal de saúde, especialmente o Plano Municipal de Saúde, a Programação Anual de Saúde e a Lei Orçamentária Anual. Referidos instrumentos organizam prioridades, metas, recursos e ações administrativas, de modo que decisões judiciais que determinam fornecimento de medicamentos, realização de

exames, internações, cirurgias ou aquisição de insumos podem alterar a programação originalmente definida pela gestão pública.

A Tabela 1 do capítulo já demonstra esse impacto no período de 2020 a 2023. Segundo os balancetes da SESAU, os valores destinados ao cumprimento de demandas judicializadas superaram os investimentos em assistência farmacêutica em três dos quatro exercícios analisados. No acumulado do período, a judicialização somou R$ 83.566.518,97, enquanto os investimentos em farmácia totalizaram R$ 74.232.966,79. Da análise dos valores apresentados, é possível constatar certa pressão sobre o planejamento municipal, tendo em vista que o Poder Judiciário impõe destinação específica de recursos não prevista originalmente no orçamento.

Em audiência pública realizada na Câmara Municipal de Campo Grande, referente à prestação de contas do terceiro quadrimestre de 2025, a Secretaria Municipal de Saúde (SESAU) informou que, no ano anterior, foram sequestrados quase R$ 38 milhões da conta do Fundo Municipal, com a maior parte da judicialização relacionada a cirurgias. Na mesma audiência, registrou-se que o investimento municipal no Componente Básico da Assistência Farmacêutica, em 2025, totalizou R$ 22.602.893,91, destinado à aquisição de medicamentos padronizados, manutenção do abastecimento da rede, qualificação logística e fortalecimento das ações farmacêuticas na Rede Municipal de Saúde (CÂMARA MUNICIPAL DE CAMPO GRANDE, 2026).

A comparação entre os indicadores de 2020-2023 e a notícia de 2025 deve ser feita com prudência, porque se trata de fontes distintas. Ainda assim, o conjunto documental aponta para uma mesma direção, consubstanciada no fato de que a judicialização da saúde, em Campo Grande - MS, não se limita à discussão abstrata sobre acesso à justiça; ela interfere concretamente na gestão orçamentária, no abastecimento farmacêutico e na programação dos serviços públicos. A informação jornalística não substitui o relatório oficial completo da audiência, contudo, pode ser utilizada como fonte documental complementar a indicar a continuidade do problema.

O impacto financeiro também é reconhecido em âmbito estadual, pois, em janeiro de 2024, o Governo de Mato Grosso do Sul destinou cerca de R$ 29 milhões aos 79 municípios para auxiliar financeiramente os gastos em saúde, inclusive aqueles voltados à judicialização, como demandas para fornecimento de medicamentos ou realização de cirurgias pelo SUS.

Campo Grande - MS, recebeu a maior parcela, no valor de R$ 6,2 milhões (CAMPO GRANDE NEWS, 2024).

No plano assistencial, verifica-se que a judicialização em Campo Grande - MS se relaciona a medicamentos, exames, cirurgias, leitos, internações, órteses, próteses e procedimentos de urgência ou maior complexidade. Periódico local sobre a atuação de médicos e Defensoria Pública em Campo Grande aponta crescimento de 24% nas ações de saúde ajuizadas pela Defensoria Pública Estadual, em comparação entre o primeiro semestre de 2024 e o de 2025, além de registrar que a SESAU admite judicializações relacionadas a procedimentos não cobertos pelo SUS, como órteses e próteses ortopédicas (CAMPO GRANDE NEWS, 2025).

Não se pode afirmar, com base em matéria jornalística, que profissionais médicos, de modo generalizado, induzam a judicialização. Aliás, a mesma reportagem registrou que o Conselho Regional de Medicina de Mato Grosso do Sul - CRM/MS não havia recebido denúncia oficial sobre incentivo de médicos à judicialização e que, para eventual análise ética, seria necessário avaliar as peculiaridades do caso. Na realidade, o que os registros permitem afirmar é que, diante de insuficiências assistenciais, a via judicial pode passar a ser percebida por pacientes, familiares, profissionais e instituições como alternativa para obtenção de resposta em tempo útil. O episódio narrado na notícia, inclusive, registra que a paciente mencionada obteve atendimento sem recorrer ao Poder Judiciário, o que reforça a necessidade de não transformar relato individual em conclusão geral (CAMPO GRANDE NEWS, 2025).

A judicialização local também tem produzido respostas institucionais, levando-se em consideração o material do FONAJUS Itinerante, o qual informou que o CEJUSC Saúde de Mato Grosso do Sul foi criado pela Portaria nº 2.788, de 24 de outubro de 2023, com funcionamento efetivo a partir de 16 de julho de 2024, tendo como objetivo solucionar demandas de saúde pública e suplementar por métodos autocompositivos e de forma pré-processual. Em agosto de 2024, a plataforma passou a ser utilizada pelo aplicativo TJMS Mobile, com acesso à opção “Providências de Saúde” (CNJ, 2024).

O mesmo material apontou a existência de três Comitês Regionais, em Dourados, Três Lagoas e Corumbá, além de varas especializadas em saúde pública no âmbito estadual e federal em Campo Grande - MS. Também registrou a elaboração do Plano Estadual da Política Judiciária de Resolução Adequada das Demandas de Assistência à Saúde, em junho de 2024, e a criação da Coordenadoria de Judicialização da Saúde pela Portaria nº 2.918, de

30 de julho de 2024. Segundo o documento, funcionam perante a Coordenadoria o Comitê Estadual de Mato Grosso do Sul, os Comitês Regionais de Saúde e o NATJus local, além de iniciativas de cooperação técnica e integração com plataformas digitais (CNJ, 2024).

Essas iniciativas demonstram que o enfrentamento da judicialização não se dá tão somente pela via decisória tradicional. Há esforço institucional voltado à construção de fluxos técnicos, mediação, cooperação entre órgãos, atuação pré-processual e apoio especializado ao magistrado. O FONAJUS Itinerante também registra iniciativas como termo de cooperação para atuação no CEJUSC/TJ Saúde, nota técnica da CIJEMS (Centro de Inteligência da Justiça Estadual de Mato Grosso do Sul) sobre ressarcimento de serviços privados prestados a pacientes do SUS por ordem judicial, comunicação com centrais de regulação de vagas, recomendação à OAB/MS para aprimoramento de dados processuais e seminários sobre RENAME, avaliação de tecnologias em saúde, NATJus e CEJUSC/TJ Saúde.

No mesmo caminho de racionalização decisória, constatou-se a presença de novas ferramentas tecnológicas ao Comitê Estadual de Saúde do TJMS, como a Plataforma Nacional de Judicialização da Saúde, destinada a concentrar informações sobre solicitações de medicamentos e tratamentos oferecidos pelo SUS; o JudSaúde, voltado a auxiliar juízes em processos de fornecimento de medicamentos; e o EvidêncIA JUD, ferramenta em desenvolvimento para localizar pesquisas e evidências científicas sobre tratamentos solicitados em ações judiciais (CAMPO GRANDE NEWS, 2026d).

A Portaria nº 45, que trata sobre mudanças na atuação do NATJus, também se insere nesse movimento de racionalização. Isso porque, o NATJus deixou de emitir nota técnica em pedidos considerados comuns, como vagas hospitalares, consultas médicas e exames já incorporados ao SUS, reservando a análise técnica para situações de maior complexidade ou mediante solicitação expressa do magistrado. A medida visa reduzir gargalos internos, acelerar decisões e concentrar o apoio técnico nos casos em que a complexidade científica justifique a intervenção especializada (CAMPO GRANDE NEWS, 2026b).

Esses registros documentais são relevantes para a tese porque demonstram que a judicialização da saúde em Campo Grande - MS e em Mato Grosso do Sul produz efeitos múltiplos. Ela protege situações individuais urgentes, mas também pressiona orçamento, planejamento, assistência farmacêutica, regulação de leitos, gestão de filas, atuação da Defensoria Pública, do Ministério Público, do Poder Judiciário, dos conselhos de saúde e das secretarias de saúde.

Em muitos casos, a judicialização expressa falhas de acesso, insuficiência de resposta administrativa, ausência de medicamento, demora na regulação ou necessidade de procedimento urgente. Em outros, pode exigir maior controle técnico, sobretudo quando envolve tratamentos não incorporados, medicamentos de alto custo, tecnologias sem protocolo, procedimentos fora da rede ou riscos de distorções econômicas. Daí a relevância do NATJus, da CONITEC, dos protocolos clínicos, das plataformas de evidência, dos mecanismos autocompositivos e da gestão legal de riscos.

Dentre as diferentes condições apresentadas, depara-se com um limiar tênue entre o direito individual na luta pela sua própria saúde e bem-estar e o direito coletivo, comprometido por meio do planejamento e programação orçamentaria pública que acaba, por fim, sendo comprometido diante dos números sequestros do orçamento.

Em meio a esta seara, sobressai outro conceito, que é o de poder intervencional do Poder Judiciário em procedimentos administrativos. Isso traz a necessidade do trabalho conjunto para construção de um grupo de consulta e pesquisa sobre o nível de oferta dos serviços de insumos destinados a saúde para a população. Essa ação é direcionada para a definitiva averiguação da possibilidade de que esse serviço de fato não esteja sendo atendido, e a confirmação dos prazos e necessidades estabelecidas pelo quadro médico por meio de perícias clínicas que possam confirmar a necessidade iminente do paciente. O propósito é justamente a redução do número de ações judicializadas, a fim de atender de fato às necessidades classificadas e evidenciadas como reais.

A literatura e os documentos analisados indicam a necessidade de atenção a possíveis distorções na utilização da via judicial, notadamente quando interesses econômicos, prescrições induzidas ou estratégias processuais padronizadas possam deslocar o foco da efetiva necessidade assistencial do paciente. Tal constatação, porém, exige tratamento cauteloso, fundamentação documental e distinção rigorosa entre demandas legítimas de acesso à saúde e eventuais usos estratégicos ou abusivos do processo.

Nessa conjuntura, verifica-se que a revisão e atualização das políticas públicas e a construção de redes de apoio e estudo sobre as demandas crescentes tornam-se uma necessidade real de toda administração pública e do próprio Poder Judiciário, visando ao entendimento do processo de atendimento em saúde pública e a necessidade social.

Em síntese, o capítulo demonstra a ambivalência da judicialização da saúde. De um lado, ela atua como instrumento legítimo de proteção de direitos fundamentais e de correção

de omissões administrativas; de outro, pode produzir efeitos orçamentários e operacionais relevantes, mormente quando decisões individuais repercutem sobre planejamento, programação anual e alocação coletiva de recursos. Essa tensão evidencia a necessidade de racionalidade decisória, gestão institucional qualificada e mecanismos adequados de tratamento de conflitos, pontos que serão aprofundados no capítulo seguinte a partir das causas estruturais, dos impactos sistêmicos e dos parâmetros jurisprudenciais da judicialização da saúde no Brasil.

# 3 JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL: O PARADOXO ENTRE A EFETIVAÇÃO DE DIREITOS E OS LIMITES DA GESTÃO PÚBLICA

Superada a perspectiva local do capítulo anterior, este capítulo examina a judicialização da saúde no Brasil como fenômeno jurídico-institucional situado entre a efetivação do direito fundamental à saúde, a capacidade administrativa do Estado e os limites de gestão das políticas públicas. A análise passa ao plano nacional, com o propósito de compreender como a Constituição Federal de 1988, a organização do Sistema Único de Saúde, a atuação do Poder Judiciário, os dados oficiais de litigiosidade e as balizas jurisprudenciais dos tribunais superiores contornam o atual cenário da judicialização.

A judicialização da saúde no Brasil é um dos entraves mais complexos na interface entre a gestão pública e o Poder Judiciário. É sabido que a Constituição Federal de 1988 declara a saúde como um direito fundamental, impondo ao Estado a missão de promover o acesso universal e equitativo aos serviços de saúde. Entretanto, a materialização desse direito encontra óbices e desafios substanciais, como limitações orçamentárias e financeiras, má administração dos recursos públicos e o ativismo judicial em políticas públicas.

Com base nesse contexto, é possível constatar que o aumento expressivo de ações judiciais intrinsecamente relacionadas à saúde pública, na realidade, retrata o anseio da população por soluções que possam assegurar o fornecimento de insumos, medicamentos, tratamentos e internações. A maioria das demandas está embasada nos princípios da dignidade da pessoa humana e do direito à vida, que são os pilares constitucionais do ordenamento jurídico brasileiro.

O Poder Judiciário, por seu turno, não deve se pautar apenas em aspectos abstratos como os princípios alinhavados, principalmente porque a falta de critérios objetivos e técnicos (materiais) pode ocasionar restrições orçamentárias e estruturais do Sistema Único de Saúde (SUS), comprometendo a distribuição equitativa de recursos e a eficácia das políticas públicas. Por tal razão, deliberações intangíveis favorecem interesses individuais em detrimento da coletividade, fragilizando ainda mais o sistema.

Também há a necessidade de harmonizar o direito à saúde com a responsabilidade do Estado e, sob a ótica doutrinária, Sarlet (2015) discorre que a intervenção judicial funciona como instrumento para a proteção de direitos sociais, mas não deve substituir a ação do Poder Executivo no tocante à elaboração e execução de políticas públicas. Para Canotilho (2003), o princípio da reserva do possível atua como limitador, particularmente nos casos em que as obrigações impostas pelos tribunais possam desestabilizar o equilíbrio econômico e administrativo.

Outro ponto de destaque é a forma como o Poder Judiciário tem influenciado a formulação de políticas públicas de saúde, pois decisões que determinam o fornecimento de tratamentos específicos sem considerar diretrizes técnicas e protocolos clínicos geram distorções na gestão pública, o que favorece o atendimento de demandas individuais em detrimento de ações coletivas mais abrangentes. Consequentemente, o debate sobre a necessidade de um maior diálogo institucional entre os Poderes Executivo e Judiciário tem ganhado relevância.

Nessa senda, é imperativo que o Poder Judiciário avalie, preventiva e cuidadosamente, as repercussões de suas decisões antes de interferir em temas que são, por natureza, de competência da administração pública, independentemente da esfera estatal. Para tanto, os tribunais superiores têm buscado estabelecer diretrizes e parâmetros que conciliem a garantia do direito à saúde com a realidade dos recursos disponíveis.

Nos casos analisados pelo Supremo Tribunal Federal (STF), foi ponderada a proteção do mínimo existencial e a aplicação do princípio da reserva do possível para definir critérios na liberação de medicamentos de alto custo, evitando decisões superficiais ou sem fundamentação técnica. Igualmente, o Superior Tribunal de Justiça (STJ) também estabeleceu critérios técnicos e objetivos para a liberação de medicamentos que não constam nas diretrizes do SUS.

Com base nesse cenário, o princípio da reserva do possível tem se destacado, pois preconiza que o Estado deve assegurar os direitos fundamentais dentro da limitação dos recursos disponíveis, impedindo que deliberações isoladas desestruturem a criação, implementação ou a continuidade das políticas públicas. Nesse ponto, é de uma importância consignar que os tribunais pátrios têm reiterado essa premissa, ressaltando que a alocação de verbas deve priorizar o bem coletivo, para beneficiar o maior número de pessoas.

A judicialização da saúde, portanto, reflete tanto a ineficiência estatal na prestação de serviços quanto a busca da população pelo reconhecimento de um direito fundamental. No entanto, o crescimento descontrolado desse fenômeno impõe desafios para a sustentabilidade do sistema de saúde pública, sendo imprescindível a adoção de medidas que promovam a conciliação entre a efetivação do direito à saúde e a gestão racional dos recursos públicos.

Para lidar de maneira eficaz com esse problema, é imprescindível a adoção de uma abordagem multidisciplinar que inclua a revisão de leis, aprimoramentos na administração dos sistemas de saúde, a promoção de educação em saúde e a implementação de políticas públicas

viáveis e justas. A clareza na divulgação de informações sobre os direitos dos pacientes e os serviços de saúde disponíveis é vital, assim como o aporte de recursos em sistemas que deem ênfase à prevenção e ao atendimento primário.

Diante de tais particularidades, o estudo faz uma abordagem do fenômeno da judicialização da saúde no Brasil, examinando a jurisprudência dos tribunais e investigando a viabilidade de uma abordagem consequencialista para mitigar os impactos negativos dessa tendência. A proposta é avaliar se um modelo decisório, baseado no estudo dos efeitos sociais e financeiros, pode contribuir para um sistema mais equilibrado que resguarde o direito à saúde sem comprometer a gestão dos recursos públicos.

Para cumprir esse objetivo, o capítulo (i) delimita o conceito e os fundamentos do direito à saúde; (ii) examina causas e impactos (econômicos, administrativos e distributivos) da judicialização; e (iii) sistematiza balizas jurisprudenciais e critérios de atuação judicial, encaminhando a transição para o capítulo seguinte, em que a litigiosidade incide de modo mais direto sobre as práticas e decisões médicas.

A análise em âmbito nacional da judicialização, contudo, não se encerra na identificação de impactos orçamentários ou na sistematização de precedentes judiciais. Para os objetivos desta tese, interessa compreender em que medida a judicialização também revela falhas anteriores ao processo judicial, especialmente relacionadas à insuficiência de comunicação institucional, baixa resolutividade administrativa, ausência de escuta qualificada, fragilidade de informação ao paciente, descontinuidade do cuidado e a falta de acessibilidade aos préstimos de saúde. Por essa razão, o capítulo prepara a discussão sobre humanização, clínica médica e gestão legal de riscos como instrumentos de mitigação da necessidade social de judicialização, sem restringir o direito constitucional de acesso à justiça.

Por fim, é sugerida proposições para conciliar o direito à saúde com uma gestão pública eficaz, com a atuação do Poder Judiciário pautada no equilíbrio entre a garantia dos direitos fundamentais e a responsabilidade fiscal-orçamentária, garantindo, assim, a manutenção de um sistema de saúde acessível e sustentável.

## 3.1. Marcos legislativo e conceitual da judicialização da saúde

Com o término do regime militar e a promulgação da Constituição Democrática de 1988, iniciaram as lutas e os debates pelas liberdades individuais, contempladas nos artigos 5º a 17 da norma referenciada.

O direito à saúde é um dos pilares fundamentais da Norma Fundante (CF/1988), e reflete um compromisso do Estado com o bem-estar social e a dignidade da pessoa humana. Esse direito está consagrado no artigo 6º, no capítulo dos direitos sociais, e detalhado no artigo 196, não abrangendo apenas o atendimento médico-hospitalar, mas um conjunto de políticas públicas destinadas à promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde dos cidadãos.

A inclusão desse direito no ordenamento jurídico brasileiro ocorreu em um período de redemocratização do país, quando havia um esforço para corrigir anos de negligência em relação aos direitos sociais e assegurar um modelo de assistência universal e equitativo. Baseado em modelos como o *National Health Service* (NHS), foi estabelecido o Sistema Único de Saúde (SUS), com o objetivo de garantir que todos os brasileiros tivessem acesso gratuito a serviços de saúde de qualidade, sem distinção de sua situação socioeconômica. (FOGAÇA *et al.*, 2021).

O artigo 198 da Carta Política define a estrutura do Sistema Único de Saúde (SUS), alicerçada nos princípios da descentralização, do atendimento integral e da participação da sociedade. Adicionalmente, o artigo 199 autoriza a atuação da iniciativa privada no setor, condicionando-a a complementar as atividades do sistema público.

Nesse contexto, a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/1990) estabelece as diretrizes para a operacionalização do SUS, enfatizando que a saúde é um direito essencial e um dever do Estado. Essa estrutura normativa solidifica a compreensão de que o acesso à saúde deve ser encarado não como um privilégio, mas como uma obrigação estatal inarredável.

Por sua vez, a doutrina constitucional reforça a natureza vinculante do direito à saúde, especialmente porque, para José Afonso da Silva (2014, p. 265), os direitos sociais fundamentais requerem uma atuação concreta e eficiente por parte do Estado, assegurando o fornecimento de serviços vitais para a população. Logo, a simples previsão nas normas não é suficiente: é imprescindível que o Estado desenvolva políticas públicas que realmente garantam a efetividade desse direito.

Na mesma vertente, Ingo Wolfgang Sarlet (2015, p. 205) leciona que os direitos fundamentais sociais impõem ao Estado um dever de atuação positiva, destacando-se a saúde

como um dos direitos que demandam políticas públicas eficazes. Logo, o Estado não pode se furtar ao dever de garantir a universalidade e a integralidade da assistência à saúde, conforme preconizado no artigo 196 da Constituição Federal.

Não obstante as órbitas constitucional, legislativa e doutrinária, é necessário ressaltar que o direito à saúde também integra o rol do Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (PIDESC), tratado internacional ao qual o Brasil é signatário. O tratado afirma, em síntese, que os Estados devem adotar medidas para garantir o direito à saúde, incluindo medidas voltadas à erradicação da mortalidade infantil, à melhoria das condições sanitárias e à prevenção, tratamento e controle de doenças epidêmicas (ONU, 1966).

Esse acordo internacional foi expandido e reforçado pela Declaração de Alma-Ata (1978), que ratificou a saúde como um direito humano fundamental e realçou a importância de ações governamentais coordenadas para assegurar a cobertura universal.

Apesar da positivação e abstratividade de inúmeras normas que versam sobre o direito à saúde, tanto a nível nacional quanto internacional, a execução desse direito muitas vezes não ocorre como o esperado, particularmente em razão da complexidade que envolve a própria eficácia das normas e a exigibilidade judicial do direito em si.

Feitas essas considerações, a compreensão atual do direito à saúde não se satisfaz pura e simplesmente com o mero acesso formal a consultas, medicamentos, procedimentos ou terapias. A prestação constitucionalmente adequada exige resposta efetiva, segura, contínua, informada e compatível com a dignidade da pessoa humana. Dessa forma, constata-se que a humanização constitui dimensão material de sua qualidade, pois situações antagônicas a esse preceito, tais como o atendimento despersonalizado, a ausência de informação compreensível, a fragilidade de escuta e a descontinuidade terapêutica podem produzir sensação de abandono institucional e favorecer a conversão do conflito em demanda judicial.

O distanciamento entre a promessa constitucional e a capacidade material de resposta do sistema de saúde constitui o ponto de passagem entre o direito à saúde como norma fundamental e a judicialização como fenômeno institucional. Quando a resposta administrativa, clínica ou regulatória não se mostra adequada, tempestiva ou suficientemente transparente, o Poder Judiciário passa a ser acionado como instância substitutiva de decisão.

Diante da falta de confiança nos Poderes Legislativo e Executivo em relação à garantia e concretização do direito à saúde, a população brasileira passou a enxergar no Poder Judiciário uma alternativa para atender suas necessidades, resultando, assim, na ascensão da

judicialização. Boaventura de Sousa Santos (2003, p. 2) define a judicialização da política ao afirmar que se pode observar esse fenômeno "sempre que os tribunais, no exercício normal de suas funções, influenciam de maneira significativa as condições da ação política".

Essa conjuntura enfraquece a democracia, levantando preocupações sobre a possibilidade de um colapso na harmonia e autonomia entre os poderes. Desde o advento da Carta Republicana de 1988, os tribunais têm sido constantemente provocados a se manifestarem sobre assuntos que impactam diretamente as políticas públicas, notadamente aquelas que versam sobre saúde.

Verifica-se que a intervenção judicial em voga repercute ampla e diretamente na (des) harmonia e independência dos poderes e, na presença desse quadro preocupante, a judicialização pode ser benéfica ou ruim. Ela será vantajosa se ampliar os cânones liberais do direito (COUSO, 2003); ou, poderá ser proveitosa, contanto que permaneça sob a supervisão e controle popular (YEPES, 2007); de outro norte, ela terá um efeito adverso ao usurpar o espaço da política, restringindo a capacidade de autogoverno e a essência da democracia (HIRSCHL, 2004).

Outro ponto que merece atenção é que a judicialização da política, em especial no que pertence à saúde, está alcançando proporções insustentáveis. Isso se deve ao fato de que, sob os ângulos, constitucional ou infraconstitucional, não há dúvidas de que é dever do Estado garantir assistência de saúde integral à população. Todavia, fatores herméticos como a escassez de recursos, a desvalorização dos profissionais, a burocracia excessiva e a falta de políticas públicas adequadas dificultam a padronização, equidade, eficácia e qualidade dessa assistência.

Dessa forma, esses fatores criam um ambiente fértil e propício para que a judicialização se torne uma alternativa, levando os cidadãos a exigir seus direitos e a buscar a intervenção do Poder Judiciário em negociações e disputas relacionados à saúde.

Muito embora o princípio da inafastabilidade jurisdicional (amplo acesso à justiça), insculpido no artigo 5º, inciso XXXV, da Norma Fundamental, seja considerado um símbolo do Estado Democrático de Direito, por criar condições e mecanismos para que todo e qualquer cidadão, indistintamente, dirija-se ao Poder Judiciário em busca da tutela jurisdicional por seus direitos violados, verifica-se, na realidade, que o princípio referenciado sobrecarregou a máquina judiciária com processos excêntricos de naturezas distintas.

E especificamente na área da saúde, a trivialização das solicitações alcançou um nível alarmante, a ponto de haver uma ação judicial para a concessão de medicamento de alto custo para um animal doméstico (cachorro), que sofria de anemia hemolítica, uma condição autoimune em que o corpo ataca suas próprias células vermelhas. Esse caso foi protocolizado na 1ª Vara da Fazenda Pública do Estado de São Paulo e, apesar do pedido ter sido rejeitado sob o fundamento de que não havia suporte jurídico que compelisse o Estado a fornecer o fármaco a um canino, as despesas decorrentes da tramitação processual e com servidores e procuradores públicos, são aspectos que devem ser considerados e avaliados (COLUCCI, 2016).

Esse episódio é mais um exemplo das nuances que envolvem a judicialização da saúde no Brasil, retratando a diversidade de casos que vão desde sabonetes, xampus e absorventes íntimos até pilhas e álcool em gel.

Com base nessa conjuntura, as determinações judiciais que desconsideram as normas orçamentárias comprometem o planejamento estabelecido para a implementação das políticas de saúde, além de tornar impossível a sua execução (MAZZA, 2013). Portanto, é imprescindível que o Poder Judiciário estabeleça, de forma objetiva e padronizada, parâmetros que garantam um controle justo e eficaz sobre o fenômeno da judicialização da saúde no Brasil.

Observa-se que a efetivação do direito à saúde não depende apenas de sua previsão normativa, mas de uma conjugação de esforços entre o Poder Público, a sociedade e o Poder Judiciário, visando assegurar a concretização desse direito fundamental de maneira ampla e equitativa.

No âmbito da consolidação do direito sanitário brasileiro, a judicialização da saúde passou a representar não apenas um mecanismo de efetivação de direitos fundamentais, mas igualmente um fenômeno de reorganização prática das prioridades administrativas do Sistema Único de Saúde.

A expansão das demandas judiciais relacionadas ao fornecimento de medicamentos, tratamentos e tecnologias médicas produziu um deslocamento relevante das decisões alocativas originalmente submetidas ao planejamento técnico da Administração Pública para a esfera decisória do Poder Judiciário. Tal circunstância alterou, em larga medida, a dinâmica de execução das políticas públicas sanitárias, notadamente diante da crescente multiplicação de ordens judiciais direcionadas ao fornecimento de terapias não incorporadas aos protocolos

oficiais do SUS ou indisponíveis nas redes públicas de assistência (SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE MINAS GERAIS, 2023).

Embora o artigo 196 da Constituição da República estabeleça que a saúde constitui direito de todos e dever do Estado, a materialização desse mandamento não ocorre em ambiente de ilimitada disponibilidade financeira ou material. De acordo com o que explicam Freitas, Fonseca e Queluz (2020), o modelo constitucional brasileiro foi estruturado sob a lógica da universalidade, da integralidade e da equidade, elementos que exigem planejamento epidemiológico, definição de prioridades sanitárias e racionalização distributiva dos recursos públicos. Nesse cenário, a judicialização passa a interferir diretamente na própria engenharia administrativa do SUS, sobretudo quando decisões individualizadas determinam o custeio de tratamentos de elevado valor econômico, muitas vezes dissociados das diretrizes terapêuticas estabelecidas pelas políticas públicas nacionais.

Para Zagurski e Pamplona (2016), a controvérsia assume maior densidade quando se observa que o deferimento judicial de prestações sanitárias individualizadas produz efeitos que extrapolam a esfera subjetiva do processo. O atendimento de ordens judiciais demanda remanejamento orçamentário, aquisição emergencial de medicamentos e reorganização logística das redes de assistência farmacêutica. Em diversas hipóteses, o cumprimento dessas determinações consome parcelas expressivas do orçamento público destinado à coletividade, deslocando recursos originalmente previstos para programas universais de prevenção, atenção primária, assistência especializada e ampliação da cobertura hospitalar.

Ademais, não se trata pura e simplesmente de um debate contábil. Diniz, Machado e Penalva (2014) enfatizam que a questão envolve a própria conformação jurídica do princípio da igualdade material no acesso às prestações de saúde. A utilização recorrente da via judicial para obtenção de tratamentos específicos acabou produzindo uma assimetria perceptível entre os usuários que conseguem acessar o sistema de justiça e aqueles que permanecem exclusivamente submetidos às vias administrativas ordinárias do SUS.

A partir dessa lógica, consolidou-se a percepção de um modelo sanitário com distintos canais de acesso: de um lado, cidadãos capazes de mobilizar aparato judicial para obtenção célere de medicamentos, procedimentos ou tecnologias; de outro, indivíduos dependentes exclusivamente das filas administrativas, dos fluxos regulatórios e da disponibilidade ordinária da rede pública.

Esse fenômeno, para Ferraz (2019), gera repercussões relevantes sob a perspectiva da isonomia distributiva. Afinal, o deslocamento de recursos financeiros, profissionais e estruturais para atendimento de ordens judiciais específicas interfere diretamente na organização das listas de espera e na execução das políticas coletivas de saúde. Em determinadas situações, usuários com quadros clínicos de maior gravidade permanecem submetidos aos protocolos regulares de regulação assistencial, enquanto demandas judicializadas recebem prioridade compulsória em razão da força coercitiva das decisões judiciais. Forma-se, assim, um ambiente de desequilíbrio administrativo que fragiliza a lógica universal do SUS e introduz critérios de acesso condicionados à litigância.

Além disso, o crescimento exponencial dessas demandas não decorre exclusivamente da deficiência estrutural do sistema público. A incorporação contínua de novas tecnologias médicas, impulsionada pela atuação econômica da indústria farmacêutica e dos setores ligados a órteses, próteses e dispositivos terapêuticos, passou a exercer influência significativa sobre o aumento da litigiosidade sanitária. A expansão do mercado biomédico contemporâneo intensificou a circulação de terapias de alto custo e medicamentos inovadores, frequentemente apresentados como indispensáveis ao tratamento individual, ainda que ausentes das avaliações técnico-científicas conduzidas pelos órgãos responsáveis pela incorporação tecnológica no SUS (SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE MINAS GERAIS, 2023).

Diante desse quadro, o processo judicial converte-se, em muitos casos, em instrumento indireto de introdução acelerada de tecnologias sanitárias no sistema público, contornando as etapas administrativas de análise de eficácia, custo-benefício e impacto orçamentário. O debate deixa, portanto, de envolver apenas a tutela subjetiva do direito à saúde e passa a atingir a própria legitimidade das escolhas técnico-administrativas formuladas pelos gestores públicos. Há, nesse aspecto, evidente reconfiguração das fronteiras entre discricionariedade administrativa, separação de poderes e intervenção jurisdicional em políticas públicas (SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE MINAS GERAIS, 2023).

Também merece destaque a insuficiente compreensão, por parcela dos prescritores e dos próprios usuários, acerca da estrutura normativa das políticas públicas de assistência farmacêutica. A ausência de familiaridade com os protocolos clínicos, com as diretrizes terapêuticas e com os fluxos de incorporação tecnológica contribui para a ampliação das demandas judiciais voltadas à obtenção de tratamentos já substituídos por alternativas terapêuticas disponíveis na rede pública ou ainda desprovidos de validação técnico-científica

consolidada. Em consequência, o Poder Judiciário passa a decidir questões sanitárias de elevada complexidade técnica, frequentemente sustentadas apenas em prescrições médicas individualizadas (SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE MINAS GERAIS, 2023).

Nesse ponto, a especialidade da clínica médica assume um papel estratégico dada a sua natureza generalista, integradora e longitudinal. O médico clínico frequentemente ocupa posição de coordenação entre atenção primária, especialidades, internação hospitalar e seguimento ambulatorial, de modo que essa posição permite qualificar a indicação terapêutica, esclarecer alternativas disponíveis, organizar encaminhamentos, registrar adequadamente o raciocínio clínico e reduzir ruídos de comunicação entre paciente, família e instituição. A atuação clínica bem documentada e comunicada pode reduzir a judicialização decorrente da incompreensão, descontinuidade ou ausência de resposta assistencial.

Sob a ótica econômico-financeira, os impactos tornam-se expressivos. O crescimento contínuo das despesas decorrentes do cumprimento de decisões judiciais produz comprometimento significativo do orçamento da saúde, alcançando percentuais elevados das receitas públicas destinadas à manutenção do sistema. Recursos originalmente vinculados à expansão da atenção primária, à implementação de centros especializados e ao aprimoramento da infraestrutura hospitalar acabam redirecionados para o atendimento de ordens judiciais individualizadas. O problema assume relevância ainda maior em unidades federativas marcadas por limitações fiscais persistentes e elevada demanda assistencial (SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE MINAS GERAIS, 2023).

Não por acaso, a judicialização da saúde passou a exigir o desenvolvimento de mecanismos administrativos específicos para operacionalização do cumprimento das decisões judiciais. A criação de fluxos próprios para dispensação de medicamentos, insumos, fórmulas nutricionais e produtos terapêuticos demonstra que o fenômeno deixou de ocupar posição excepcional na gestão pública sanitária. Em Minas Gerais, por exemplo, a estruturação de procedimentos formais para retirada de itens deferidos judicialmente, inclusive mediante representação legal, procuração ou declaração autorizadora, evidencia o grau de consolidação administrativa da litigância em saúde no cotidiano da Administração Pública (SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE MINAS GERAIS, 2023).

A formalização desses procedimentos apresenta aspecto substancial do fenômeno contemporâneo da judicialização: sua transformação em prática administrativa permanente. O Estado passou a desenvolver setores especializados, rotinas próprias de aquisição e

distribuição de medicamentos judicializados, além de mecanismos específicos de controle documental destinados ao cumprimento das decisões jurisdicionais. Não se está mais diante de episódios isolados de intervenção judicial, mas de verdadeira incorporação estrutural da litigância ao funcionamento ordinário das políticas públicas sanitárias (SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE MINAS GERAIS, 2023).

Por conseguinte, a judicialização da saúde deixou de representar simples instrumento excepcional de garantia de direitos fundamentais para assumir papel ativo na redefinição das prioridades estatais em matéria de assistência médica e farmacêutica. A interferência jurisdicional na formulação e execução das políticas sanitárias passou a integrar, de maneira contínua, o modelo brasileiro de concretização do direito à saúde. Esse cenário produz repercussões diretas sobre o federalismo cooperativo, sobre a racionalidade distributiva do SUS e sobre a própria legitimidade democrática das escolhas administrativas relacionadas à alocação de recursos públicos escassos (SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE MINAS GERAIS, 2023).

Diante da expansão contínua da judicialização da saúde no Brasil, parte da produção científica passou a direcionar esforços para a formulação de estratégias capazes de reduzir a litigiosidade sem comprometer a efetividade do direito fundamental à saúde. Nessa realidade, Floriano *et al*. (2023), ao utilizarem as Ferramentas SUPPORT (*Supporting Policy Relevant Reviews and Trials*) para análise de evidências relacionadas ao tema, identificaram alternativas voltadas à reorganização dos fluxos decisórios entre gestão pública, profissionais de saúde, usuários e sistema de justiça. A pesquisa sistematizou quatro possibilidades principais: os serviços de respostas rápidas, os programas de educação permanente, os mecanismos de mediação entre os sujeitos envolvidos e as ferramentas digitais de suporte à decisão.

O estudo desloca o debate da lógica exclusivamente adjudicatória para um modelo de resolução preventiva e administrativa dos conflitos sanitários. Em vez de compreender a judicialização apenas como consequência inevitável da negligência estatal, os autores passam a examiná-la como fenômeno suscetível de mitigação mediante aperfeiçoamento da comunicação intersetorial, qualificação técnica dos agentes públicos e fortalecimento de mecanismos consensuais de solução de controvérsias. A discussão assume especial relevância no âmbito do Direito Sanitário contemporâneo, uma vez que introduz a necessidade de

integração entre evidência científica, gestão pública e racionalidade jurídica na formulação das respostas estatais às demandas assistenciais (FLORIANO *et al*. 2023).

Entre as estratégias destacadas por Floriano *et al*. (2023), merece atenção a proposta de implementação de serviços de mediação e ferramentas técnico-consultivas voltadas ao suporte das decisões relacionadas ao fornecimento de medicamentos e tratamentos médicos. A adoção de mecanismos administrativos capazes de aproximar gestores, profissionais da saúde, pacientes e operadores do Direito tende a reduzir a judicialização decorrente da ausência de informação, da inadequação terapêutica ou da incompreensão acerca das políticas públicas de assistência farmacêutica. Paralelamente, os programas de educação permanente destinados aos prescritores e às equipes técnicas surgem como instrumentos de racionalização das demandas, especialmente diante da frequente prescrição de tecnologias não incorporadas ao SUS ou desprovidas de respaldo científico consolidado.

> A judicialização em saúde, caso não seja gerida de forma intersetorial e considerando as melhores evidências de efetividade disponíveis, representa uma grande ameaça à sustentabilidade dos sistemas de saúde. A implementação das opções descritas neste artigo pode favorecer processos de tomada de decisão judicial mais transparentes e equânimes. Para tanto, é relevante assegurar que diferenças regionais e eventuais barreiras de implementação e equidade sejam abordadas adequadamente, abarcando o desenvolvimento de estratégias para lidar com eventuais desafios (Floriano *et al*. 2023, p. 194).

Os autores observam, contudo, que a implementação dessas medidas depende de reorganização estrutural da Administração Pública, disponibilidade orçamentária, capacitação profissional contínua e articulação entre diferentes setores governamentais. A judicialização da saúde deixa, assim, de ser enfrentada apenas por meio da resistência processual do Estado, passando a exigir políticas administrativas preventivas construídas a partir de soluções dialógicas, tecnicamente fundamentadas e compatíveis com os princípios constitucionais da universalidade, integralidade e equidade do sistema público de saúde (FLORIANO *et al*. 2023).

Também se faz importante consignar que o avanço da judicialização da saúde no Brasil, além de revelar a ampliação do acesso ao Poder Judiciário, também corroborou para a consolidação da tutela jurisdicional como mecanismo recorrente de efetivação do direito fundamental à saúde. Dados apresentados pelo Conselho Nacional de Justiça (2025a) no estudo Diagnóstico da Judicialização da Saúde Pública e Suplementar evidenciam elevado

índice de deferimento das demandas judiciais relacionadas tanto ao sistema público quanto à saúde suplementar.

Entre agosto de 2024 e julho de 2025, aproximadamente 73% das liminares envolvendo saúde pública foram deferidas, percentual semelhante ao observado nas ações relacionadas à saúde suplementar, cujo índice alcançou 69,5%. O levantamento também identificou elevados índices de procedência final das ações, atingindo 84% na saúde pública e 87% na suplementar. Esses números demonstram significativa inclinação do Poder Judiciário à concessão das pretensões formuladas pelos demandantes, notadamente em situações cujo objeto está intrinsecamente relacionado ao fornecimento de medicamentos, tratamentos médicos, procedimentos hospitalares e cobertura assistencial.

A expressiva taxa de procedência das ações retrata a centralidade assumida pelo Poder Judiciário na concretização material do direito à saúde diante das insuficiências verificadas na execução das políticas públicas sanitárias. A atuação jurisdicional passa a funcionar como mecanismo corretivo das limitações administrativas presentes tanto no Sistema Único de Saúde quanto no setor suplementar. Nesse cenário, a intervenção judicial deixa de ser compreendida como fenômeno excepcional e passa a integrar o próprio funcionamento prático do sistema sanitário brasileiro. O estudo desenvolvido pelo CNJ (2025a) demonstra que a judicialização da saúde alcançou dimensão estrutural, refletindo a incapacidade parcial das instâncias administrativas em responder adequadamente às demandas assistenciais da população.

Além disso, o diagnóstico evidencia o crescimento contínuo do número de processos relacionados à saúde no âmbito do Poder Judiciário brasileiro. Entre janeiro e agosto de 2025, aproximadamente 454 mil novos casos envolvendo questões sanitárias ingressaram no sistema judicial, enquanto cerca de 880 mil processos permaneciam pendentes de julgamento no mesmo período. A Justiça Estadual concentrou aproximadamente 90% dessas demandas, consolidando-se como principal porta de entrada da judicialização sanitária no país. A concentração processual na esfera estadual revela a proximidade entre os conflitos assistenciais cotidianos e as estruturas locais do sistema público de saúde, principalmente no que se refere ao fornecimento de medicamentos, tratamentos especializados e acesso a serviços hospitalares (CNJ, 2025a).

O estudo também evidencia que a judicialização da saúde não pode ser analisada exclusivamente sob perspectiva quantitativa. A pesquisa desenvolvida pelo Conselho

Nacional de Justiça (2025a) combinou análise estatística de dados extraídos da Base Nacional de Dados do Poder Judiciário com exame qualitativo de quase duas mil ações judiciais, incluindo petições iniciais, contestações e sentenças. A utilização de ferramentas de inteligência artificial para extração e sistematização das informações demonstra a crescente complexidade do fenômeno e a necessidade de desenvolvimento de mecanismos técnicos capazes de compreender os padrões decisórios presentes nas demandas sanitárias. A judicialização da saúde deixou de representar conjunto episódico de ações individuais e passou a configurar campo jurídico altamente especializado e dotado de dinâmica própria.

Nesse contexto, a atuação dos Núcleos de Apoio Técnico do Judiciário - NATJus assume relevância crescente na tentativa de qualificar tecnicamente as decisões judiciais relacionadas à saúde. Segundo o CNJ (2025a), os NATJus e os Comitês Estaduais de Saúde passaram a desempenhar função voltada à aproximação entre conhecimento científico e atividade jurisdicional, permitindo que magistrados tenham acesso a pareceres técnicos relacionados à eficácia terapêutica, evidências científicas e protocolos assistenciais. A incorporação de subsídios técnicos especializados busca reduzir decisões baseadas exclusivamente na urgência aparente da demanda individual, favorecendo análise mais compatível com os critérios científicos e sanitários aplicáveis ao caso concreto.

E neste ponto, pertinente a observação de que, malgrado a qualificação técnica da decisão judicial seja um fator essencial, ela, por si só, não esgota a prevenção do conflito. O NAJus atua quando o litígio já foi instaurado e está sob a competência do Poder Judiciário; a gestão legal de riscos, por sua vez, deve operar antes da judicialização, por meio de protocolos assistenciais claros, registros clínicos adequados, acessibilidade, comunicação compreensível, consentimento informado substancial, fluxos de resposta administrativa e canais de mediação institucional. A redução objetiva e qualificada da judicialização não se restringe ao aperfeiçoamento técnico das decisões judiciais, abrangendo, também, a construção de práticas assistenciais capazes de produzir confiança, previsibilidade e rastreabilidade no cuidado.

Ao mesmo tempo, o diagnóstico produzido pelo CNJ (2025a) reforça a compreensão de que a judicialização da saúde decorre diretamente da busca dos cidadãos pela concretização de direitos constitucionalmente assegurados. A intervenção judicial é apresentada no estudo como resposta às insuficiências ou omissões das políticas públicas sanitárias, mormente quando o acesso aos tratamentos médicos e medicamentos não se

concretiza pela via administrativa. A tutela jurisdicional passa, então, a operar como mecanismo de proteção da vida, da integridade física e da dignidade da pessoa humana, ainda mais em situações que envolvem risco de agravamento clínico ou ausência de alternativas terapêuticas disponíveis ao paciente.

A dimensão internacional do direito à saúde também aparece vinculada ao fenômeno da judicialização. O reconhecimento da saúde como direito humano protegido no âmbito do sistema interamericano reforça a compreensão de que a tutela jurisdicional das demandas sanitárias ultrapassa os limites estritamente administrativos da política pública. A proteção da saúde passa a ser interpretada em conexão com direitos relacionados à vida, à integridade pessoal e à dignidade humana, exigindo que a atividade jurisdicional seja exercida em consonância com os parâmetros constitucionais e convencionais de proteção dos direitos fundamentais (CNJ, 2025a).

Entretanto, os dados apresentados pelo Conselho Nacional de Justiça (2025a) também evidenciam os desafios relacionados à sustentabilidade financeira do sistema de saúde dada a crescente expansão da litigiosidade sanitária. O elevado número de decisões judiciais favoráveis aos demandantes produz impacto direto sobre o planejamento orçamentário da saúde pública e sobre a organização administrativa dos serviços assistenciais. A necessidade de cumprimento imediato de ordens judiciais frequentemente desloca recursos destinados às políticas coletivas para atendimento de demandas individuais de alta complexidade e elevado custo. O problema deixa de se restringir à legitimidade do direito pleiteado e passa a envolver questões relacionadas à distribuição equitativa dos recursos públicos disponíveis.

À vista do cenário apresentado, o estudo destaca a necessidade de fortalecimento das soluções consensuais em saúde, em especial por meio da mediação e da conciliação. A construção de mecanismos extrajudiciais de resolução de conflitos surge como alternativa à redução da litigiosidade e ao aprimoramento do diálogo entre usuários, gestores públicos e operadoras de saúde. A mediação permite tratamento mais cooperativo das demandas assistenciais, favorecendo soluções menos adversariais e potencialmente mais compatíveis com a racionalidade administrativa do sistema de saúde. Portanto, a judicialização da saúde passa a exigir não apenas atuação jurisdicional qualificada, mas também desenvolvimento de estratégias administrativas e consensuais capazes de enfrentar as causas estruturais dos conflitos sanitários contemporâneos (CNJ, 2025a).

No caminho das estatísticas descritas pelo CNJ, no ano de 2025, o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA, divulgou dados que aprofundam a compreensão da judicialização da saúde como fenômeno estrutural capaz de produzir impactos expressivos sobre o financiamento e a organização da assistência farmacêutica no Sistema Único de Saúde. A pesquisa identificou que, em 2023, os gastos médios dos estados com medicamentos judicializados corresponderam a aproximadamente 32,9% de toda a despesa estadual com medicamentos, enquanto, nos municípios, as despesas decorrentes de judicialização alcançaram 8,4% do total investido na assistência farmacêutica. Os números revelam que a litigiosidade deixou de representar elemento periférico das políticas públicas de saúde e passou a interferir diretamente na capacidade administrativa e orçamentária dos entes federativos.

A amplitude territorial da judicialização também evidencia a consolidação desse fenômeno em praticamente todas as esferas do sistema público de saúde. Todos os estados participantes da pesquisa registraram despesas relacionadas ao cumprimento de decisões judiciais envolvendo medicamentos, enquanto mais da metade dos municípios analisados, aproximadamente 58,7%, também declararam fornecimento de medicamentos judicializados.

Verifica-se que a disseminação das demandas ocorreu independentemente do porte populacional dos municípios, embora tenha apresentado maior incidência nas regiões Centro-Oeste, Sudeste e Sul. A expansão da judicialização para municípios de diferentes dimensões territoriais demonstra que os conflitos relacionados ao acesso a medicamentos não se restringem aos grandes centros urbanos nem às capitais estaduais, alcançando de maneira abrangente a gestão local da assistência farmacêutica (IPEA, 2025).

Os dados do Ipea (2025) permitem identificar movimento de progressiva transferência da pressão financeira da assistência farmacêutica para os municípios. Entre 2019 e 2023, os gastos municipais com medicamentos cresceram aproximadamente 40%, ao mesmo tempo em que houve redução significativa dos repasses federais e estaduais destinados à assistência farmacêutica. Em 2023, os municípios passaram a responder por cerca de 85% do financiamento total relacionado à aquisição de medicamentos, enquanto a participação federal representou apenas 12% e a estadual aproximadamente 3%. O desequilíbrio federativo produzido por essa dinâmica intensifica dificuldades relacionadas ao planejamento sanitário local, especialmente em municípios com menor capacidade financeira e administrativa.

À vista desses fatores estatísticos, a judicialização da saúde passou a repercutir diretamente sobre a estabilidade orçamentária dos entes subnacionais. O fornecimento compulsório de medicamentos de alto custo por determinação judicial frequentemente exige remanejamento emergencial de recursos originalmente destinados a políticas coletivas de saúde. A aquisição de medicamentos não previstos nos protocolos administrativos do SUS compromete a previsibilidade orçamentária da assistência farmacêutica e interfere na capacidade de organização dos estoques públicos de medicamentos essenciais. O problema assume maior gravidade quando as decisões judiciais determinam fornecimento imediato de terapias experimentais, medicamentos não incorporados ou tratamentos de elevado custo financeiro (IPEA, 2025).

Além disso, a pesquisa revela dinâmica de retroalimentação da judicialização sanitária. O fornecimento de medicamentos não incorporados ao SUS, seja por via judicial ou administrativa, reduz a disponibilidade financeira destinada à aquisição regular dos medicamentos padronizados pelo sistema público. Essa redução contribui para desabastecimento de itens essenciais já incorporados às políticas públicas, produzindo novos conflitos relacionados ao acesso aos próprios medicamentos básicos da assistência farmacêutica. A judicialização deixa, assim, de representar apenas consequência das falhas do sistema e passa também a funcionar como fator de agravamento das dificuldades estruturais da política pública sanitária (IPEA, 2025).

Outro aspecto relevante identificado pelo levantamento refere-se à ampliação dos mecanismos extrajudiciais de fornecimento de medicamentos não incorporados ao SUS. Mais da metade dos municípios participantes declarou fornecer administrativamente medicamentos fora das listas oficiais, enquanto dezenove estados afirmaram possuir mecanismos administrativos destinados ao atendimento dessas demandas. A adoção dessas medidas denota tentativa de redução da litigiosidade mediante soluções administrativas prévias ao ajuizamento das ações judiciais. Entretanto, o fornecimento administrativo de medicamentos não incorporados também produz repercussões substanciais sobre a racionalidade técnica da assistência farmacêutica, especialmente diante da ausência de critérios uniformes relacionados à incorporação tecnológica e à avaliação de custo-efetividade das terapias pleiteadas (IPEA, 2025).

A expansão desses mecanismos administrativos demonstra que a judicialização da saúde passou a influenciar diretamente a formulação das práticas de gestão pública em termos

de saúde. Os gestores frequentemente se veem compelidos a criar estratégias extrajudiciais de atendimento como forma de evitar litígios, bloqueios judiciais de verbas públicas e responsabilizações decorrentes do descumprimento de decisões judiciais. O problema ultrapassa a esfera processual e passa a interferir na própria arquitetura administrativa da assistência farmacêutica pública. A gestão deixa de operar exclusivamente a partir do planejamento técnico previamente estruturado e passa a incorporar respostas emergenciais destinadas à contenção da litigiosidade (IPEA, 2025).

Também merece destaque o impacto financeiro da judicialização sobre o orçamento do Ministério da Saúde. Em 2024, as despesas federais decorrentes de demandas judiciais relacionadas a medicamentos alcançaram aproximadamente R$ 3,2 bilhões. Parte significativa desse montante correspondeu não apenas a despesas diretas da União, mas também a ressarcimentos solicitados por estados e municípios em razão do fornecimento de medicamentos realizado em cumprimento de decisões judiciais anteriores. Assim, a judicialização passou a produzir efeitos financeiros acumulativos e prolongados, afetando múltiplos níveis da federação e comprometendo a previsibilidade da execução orçamentária em saúde (IPEA, 2025).

Verifica-se, ainda, que o levantamento realizado pelo Ipea (2025) retrata a fragilidade do modelo de financiamento compartilhado da assistência farmacêutica no âmbito federativo brasileiro. A redução dos repasses federais, simultaneamente ao crescimento das despesas municipais e estaduais, intensifica desigualdades regionais no tocante à capacidade de resposta administrativa dos entes subnacionais. Municípios menores ou financeiramente mais vulneráveis tendem a experimentar maiores dificuldades para absorver o impacto das demandas judiciais, sobretudo em situações envolvendo medicamentos de elevado custo ou tratamentos contínuos de longa duração. A judicialização da saúde, nesse sentido, produz efeitos individuais sobre o direito dos pacientes e repercussões estruturais sobre a própria sustentabilidade financeira do sistema público de saúde.

Os dados reforçam, também, a complexidade do dilema contemporâneo envolvendo proteção individual do direito à saúde e preservação da racionalidade distributiva das políticas públicas sanitárias. A tutela jurisdicional continua desempenhando forte função na garantia de acesso a tratamentos médicos e medicamentos indispensáveis à preservação da vida e da dignidade humana. Entretanto, a expansão contínua das demandas judiciais reflete limites administrativos e financeiros do sistema público diante da crescente incorporação de

tecnologias médicas de alto custo e da ampliação das expectativas sociais relacionadas ao acesso integral à assistência em saúde.

A judicialização da saúde consolidou-se, assim, como fenômeno permanente do constitucionalismo sanitário brasileiro, exigindo desenvolvimento de mecanismos capazes de compatibilizar proteção individual, planejamento orçamentário e sustentabilidade coletiva das políticas públicas de saúde.

### 3.1.1. Aspectos sociais e jurisprudenciais da judicialização da saúde

O reconhecimento do direito fundamental à saúde representa o primeiro elemento jurídico distintivo da judicialização, evidenciando uma exigência do sistema legal e a expectativa da sociedade quanto ao acesso adequado a serviços e tratamentos.

Nessa lógica, é primordial o estudo sobre os principais motivos que levam à apresentação de demandas de saúde pública nos tribunais e compreender de que maneira o Poder Judiciário exerce o direito à saúde nessas situações.

As causas motivadoras da judicialização da saúde são heterogêneas, mas com maior incidência naquelas que versam sobre ausência de recursos destinados à saúde, as disparidades no acesso a serviços de qualidade, a ineficiência na gestão administrativa, além da falta de transparência do Poder Público.

O crescimento da participação cidadã, aliado à ampliação do acesso à informação e ao fortalecimento de organizações e movimentos sociais, têm impulsionado uma mobilização intensa da sociedade em defesa de seus direitos. Como resultado, a judicialização não se limita apenas à busca individual por respostas para necessidades específicas; ela também expõe a fragilidade do sistema de saúde pública diante das solicitações cada vez maiores, suscitando debates sobre a equidade, a eficácia das políticas de saúde e as limitações do Estado em atender a essas demandas.

A propósito, a crescente mobilização da sociedade civil, aliada à atuação de associações de pacientes e da própria mídia, contribuiu para esse avanço da litigância em saúde (SARLET *et al*., 2017).

Sob a perspectiva social, a judicialização reflete e, por vezes, acentua desigualdades no acesso aos serviços de saúde. Indivíduos e grupos com maior capacidade financeira geralmente se mostram mais propensos a utilizar o sistema judicial para garantir tratamentos

ou medicamentos que o sistema público não oferece de modo adequado ou imediato. Tal dinâmica resulta em uma percepção de que a justiça é um recurso numérico e funcional, em que o direito à saúde é mediado por condições socioeconômicas, criando um ambiente em que determinadas classes sociais se veem mais privilegiadas em comparação àquelas que, por fatores financeiros ou informacionais, ficam à margem desse processo. Isso contradiz o próprio conceito de justiça e expõe a fragilidade de um sistema que perpetua desigualdades ao invés de mitigá-las.

Em termos econômicos, a judicialização exerce uma pressão considerável sobre o orçamento da saúde pública e acarreta custos diretos e indiretos para o sistema. As ações judiciais, que muitas vezes envolvem medicamentos caros ou tratamentos complexos, tendem a gerar despesas expressivas, afetando a distribuição de recursos para outras necessidades fundamentais do sistema.

Essa pressão desencadeia um efeito em cadeia, levando à necessidade de ajustes no orçamento que resultam na redução de serviços para a população em geral. Além disso, os atrasos na entrega da tutela jurisdicional frequentemente culminam na deterioração ou agravamento das condições de saúde dos pacientes, o que não apenas provoca sofrimento humano, mas também onera o Poder Público, exigindo, assim, intervenções mais extensas e dispendiosas.

A polêmica sobre os impactos sociais e econômicos da judicialização requer um exame mais aprofundado, que não considere tão somente os direitos das pessoas, mas também a sustentabilidade e a coesão do sistema de saúde, visando à promoção do bem-estar coletivo e ao fortalecimento da justiça social.

Na órbita judicial, as matérias que vêm se tornando cada vez mais corriqueiras nos tribunais pátrios, como sucintamente esposado, são as que versam sobre pedidos individuais por fornecimento de medicamentos e tratamentos médico-hospitalares.

De modo similar, a aplicação do direito à saúde tem sido alvo de intensos debates nas cortes superiores, com destaque para o acórdão prolatado na Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental - ADPF 45 no Supremo Tribunal Federal - STF. Na hipótese *sub-judice*, firmou-se a compreensão de que os direitos sociais, incluindo o direito à saúde, possuem aplicação imediata, não estando condicionados à ação do Poder Legislativo para serem efetivados, restando configurado o dever do Estado em assegurar esse direito de forma eficaz e contínua, mesmo diante de restrições de natureza orçamentária-financeira.

Apoiado nessas premissas, há mais de dez anos, o STF tem reafirmado a relevância crucial do direito à saúde e a obrigação do Estado de concretizá-lo, como se extrai da discussão abordada em três temas, com repercussão geral, que são: i) a obrigação do Estado em fornecer medicamentos de alto custo a pacientes com doenças graves que não têm condições financeiras para adquiri-los (Tema 6); ii) a responsabilidade do Estado em disponibilizar medicamentos que ainda não possuem registro na ANVISA (Tema 500) e; iii) a responsabilidade conjunta dos entes federativos em garantir a assistência à saúde (Tema 793).

O Superior Tribunal de Justiça - STJ também tem se manifestado sobre o direito à saúde, máxime em relação ao fornecimento de medicamentos e tratamentos que não estão incluídos nas políticas públicas. Para proporcionar uma maior segurança jurídica, o Tribunal da Cidadania, ao julgar o Recurso Especial n. 1.657.156/RJ (Tema 106), decisão publicada no ano de 2018, elencou três critérios objetivos para a concessão de medicamentos que não constam na lista de dispensação do SUS, esquematizados e sintetizados para melhor compreensão, nos seguintes termos:

**Quadro 3** Critérios de concessão de medicamentos fora da lista do SUS (Tema 106 - STJ)

| CRITÉRIOS | DESCRIÇÃO |
|---|---|
| **1. Laudo Médico** | Documento detalhado e fundamentado, elaborado por médico responsável, atestando a essencialidade do medicamento para o tratamento e a ineficácia dos fármacos disponibilizados pelo SUS para a patologia diagnosticada. |
| **2. Hipossuficiência Econômica** | Comprovação da incapacidade financeira do paciente para suportar o custo do medicamento prescrito. |
| **3. Registro na ANVISA** | O medicamento deve possuir registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária. |

**Fonte:** Superior Tribunal de Justiça, 2018

Recentemente, em setembro de 2024, o Tribunal Pleno do STF ao concluir o julgamento do Tema 6, fixou a tese de que a justiça não tem a autonomia para ordenar a disponibilização de medicamentos que não estejam incluídos no SUS. Contudo, há certas exceções, desde que o indivíduo comprove, cumulativamente, os requisitos para a obtenção de um medicamento que possui registro na ANVISA, quais sejam:

**Quadro 4** Critérios de concessão de medicamentos registrados na ANVISA, mas não incluídos no SUS (Tema 6 – STF)

| REQUISITOS | DESCRIÇÃO |
|---|---|
| **1. Recusa Administrativa** | Negativa formal na disponibilização do medicamento (item 4 do Tema 1.234). |
| **2. Ilegalidade na decisão da CONITEC** | Decisão de não inclusão do medicamento sem embasamento legal. |
| **3. Impossibilidade de Substituição** | Inexistência de alternativa terapêutica disponível no SUS. |
| **4. Evidências Científicas** | Estudos de alto nível que comprovem eficácia e segurança do medicamento. |
| **5. Necessidade Clínica** | Prescrição médica que justifique a imprescindibilidade da terapia. |
| **6. Hipossuficiência Econômica** | Demonstração da incapacidade financeira para suportar o custo do medicamento. |

**Fonte:** Supremo Tribunal Federal, 2024

De uma análise comparativa entre os quadros esposados, o rol de critérios definido no Tema 6 do STF além de ser maior, é mais elaborado e exigente, pois engloba, entre outros elementos, a recusa administrativa e a imprescindibilidade de evidência científica fundamentada em estudos de alto nível, algo que não estava claramente exigido no Tema 106 do STJ. Observa-se que a única identidade entre os dois temas é aquela retratada na comprovação da incapacidade financeira do interessado.

Malgrado os esforços das duas maiores cortes de justiça do país para solucionar a celeuma e proporcionar maior segurança jurídica, é possível extrair das fundamentações registradas nesses casos emblemáticos que as repercussões práticas ou a relação custo-benefício das decisões não foram analisadas. A preocupação voltou-se tão somente à positivação de requisitos para embasar o processo de tomada de decisão por parte do julgador sem, contudo, considerar os impactos econômicos e sociais que as decisões judiciais possam desencadear nas políticas públicas.

Diante dessas especificidades, impende discorrer acerca de um caso atual e polêmico que trata sobre o fornecimento do medicamento Zolgensma, considerado mais caro do mundo, a uma criança de 1 ano e 10 meses diagnosticada com atrofia muscular espinhal (AME) tipo 2, cuja condição é rara e degenerativa, responsável por causar a perda gradual dos

movimentos em crianças. O medicamento supramencionado deve ser administrado em dose única e possui valor estimado de R$ 6 milhões.

No mês de fevereiro de 2025, a União ajuizou reclamação constitucional (RCL nº 75188/DF) no STF, contra decisão do Juiz Federal da 21ª Vara Federal Cível da Seção Judiciária do Distrito Federal, que deferiu a liminar para o fornecimento do fármaco, sob os argumentos de que o juízo não observou os critérios insculpidos nos Temas de Repercussão Geral n. 6 e 1.234. Particularmente, quanto a não incorporação do medicamento no SUS, a ausência de comprovação da eficácia do medicamento para a doença baseada evidências científicas de alto nível e a falta de demonstração da inexistência de substituto terapêutico do medicamento solicitado por outro constante das listas do SUS.

O relator da ação, ministro Gilmar Mendes, por meio de decisão monocrática, entendeu que foram preenchidos os pressupostos necessários para a concessão do medicamento pela justiça, não havendo afronta aos preceitos insculpidos nos temas da repercussão geral. Para sustentar esse posicionamento, amparou a decisão em quatro fundamentos basilares: i) dados científicos de alto nível e relatórios médicos que apontaram a eficácia do Zolgensma para crianças de até 24 meses de idade, diagnosticadas com AME tipo 2; ii) ilegalidade da decisão da CONITEC de não incluir o medicamento no SUS para AME Tipo 2, até a idade de 2 anos; iii) o medicamento utilizado pela criança (Risdiplam) não tem sido eficaz, não havendo outro medicamento disponível pelo SUS para o tratamento da moléstia e; iv) demonstração cabal da hipossuficiência financeira da família em arcar com as despesas da terapia necessária, já que o medicamento possui o valor elevado de R$ 6 milhões.

O caso em comento retrata o paradoxo entre a efetivação do direito à saúde e a necessidade de manutenção da sustentabilidade econômica do sistema de saúde. De um lado, há um ser humano em tenra idade que requer cuidados especiais frente à morbidade que o acomete; de outro, existe o interesse público (do corpo social), que, por óbvio, é afetado pelos impactos financeiros da decisão judicial, uma vez que a alocação de valores extremamente vultosos para tratamentos individualizados prejudica o financiamento de políticas mais abrangentes, como programas de atenção primária e prevenção de doenças.

É evidente que não se está a menosprezar as particularidades que envolvem o caso objeto da discussão judicial, muito menos propor a defesa radical da supremacia do interesse público sobre o privado, pelo contrário, reconhece-se que a questão é absolutamente sensível, ainda mais porque envolve a vida e a saúde de uma criança. Mas o que se apresenta é a

reflexão a respeito do ativismo judicial que, ao invés de pacificar e mitigar os conflitos relacionados à saúde, cria um precedente sem o exame detalhado dos efeitos prospectivos da decisão, a qual tem a real possibilidade de acarretar um grave desequilíbrio no planejamento e destinação de recursos da saúde pública.

Esse tipo de ingerência, mesmo que com boas intenções, pode fomentar uma judicialização exacerbada da saúde, resultando em impactos econômicos absurdos e dificultar a aplicação de estratégias de saúde fundamentadas em evidências e princípios de equidade. Assim, é imprescindível que o Poder Judiciário atue com prudência, protegendo os direitos individuais, mas sem desconsiderar os limites e critérios técnicos que asseguram a sustentabilidade e o acesso universal à saúde.

Depreende-se ser essencial a busca de um equilíbrio entre os fundamentos do direito à saúde, que é de todos, e o orçamento público necessário para seu financiamento. É importante lembrar que ambos são interdependentes, principalmente quando se considera a sustentabilidade do SUS como um sistema de atendimento integral e universal, conforme estabelecido pela Constituição Federal e pela legislação pertinente.

A problemática é extremamente sensível, e muitas pessoas tecem críticas substanciais sobre a necessidade de aferição do binômio entre custo e efetividade do tratamento, por acreditarem que atribui um valor pecuniário à vida humana. Essa interpretação é equivocada, porque a análise do binômio não visa a estabelecer o valor de uma vida, mas possibilitar a comparação entre diversas intervenções, ajudando a informar as decisões sobre onde investir para obter os melhores resultados em termos de saúde pública.

Como destacado, o excessivo intervencionismo judicial, sem considerar os impactos econômicos e as consequências sociais das decisões, sobreleva ainda mais o número de ações individuais propostas no âmbito do Poder Judiciário e, em muitos casos, o processo judicial que é o instrumento legítimo para a pacificação social, ao invés de ser utilizado para solucionar o conflito acaba por instigá-lo, acarretando na ascensão da judicialização da saúde.

Isso é uma realidade, já que em parâmetros estatísticos, nos tribunais estaduais, houve um aumento expressivo no número de ações judiciais relacionadas ao direito à saúde. Um levantamento realizado pelo CNJ revelou que, entre 2015 e 2020, o número de processos que envolviam pedidos de tratamentos médicos cresceu mais de 130% em estados como São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais. Em Santa Catarina, 70% das ações judiciais referentes à saúde são relativas à solicitação de medicamentos de alto custo que não estão incluídos na

lista do SUS (CNJ, 2021). Dados mais atualizados apontaram que, no estado de Mato Grosso do Sul, nos primeiros 7 meses do ano de 2024 tramitaram mais de 21 mil processos inerentes à saúde (CNJ, 2024).

O exame estatístico do fenômeno indica um crescimento exponencial da judicialização e, com base no relatório extraído do "Justiça em Números" do CNJ, em 2021 foram movidas mais de 400 mil ações judiciais relacionadas à saúde em todo o Brasil, ao passo que, apenas no ano de 2024, foram propostas mais de 660 mil ações, consoante se verifica das estatísticas processuais de Direito à Saúde da base nacional de dados do Poder Judiciário (CNJ, 2024).

Os números atestam o crescimento quase que diário da judicialização da saúde no Brasil sem, contudo, apresentar, ao menos, expectativas de respostas para a solução desse enigma em um ínfimo espaço de tempo, quiçá a longo prazo. Em verdade, o que se observa é um cenário cada vez mais assustador, que se articula de um lado, com uma vasta gama de direitos previstos nas esferas constitucional e legislativa, que o Estado inevitavelmente deve cumprir e, de outro, o aumento da dívida pública, intensificada por uma quantidade gritante de ações judiciais. Essa balança dificilmente encontrará um equilíbrio justo, a não ser por meio de uma racionalização da interpretação adotada pelos tribunais, que detêm a incumbência de concretizar esses direitos.

Para além dos efeitos jurídicos e orçamentários, a judicialização da saúde passou a revelar importantes dimensões sociais relacionadas às desigualdades de acesso, às fragilidades estruturais do sistema público e às diferentes capacidades de mobilização dos indivíduos perante o Estado.

O crescimento contínuo das demandas sanitárias submetidas ao Poder Judiciário evidencia que o acesso formal ao direito à saúde não corresponde, necessariamente, à sua concretização material no cotidiano da população. A busca judicial por medicamentos, tratamentos, procedimentos cirúrgicos e vagas hospitalares demonstra que parte significativa dos usuários do sistema de saúde encontra dificuldades persistentes para obter respostas administrativas compatíveis com suas necessidades clínicas.

Nesse contexto, a judicialização tornou-se expressão concreta das assimetrias presentes na sociedade brasileira. O acesso ao Poder Judiciário depende, muitas vezes, da existência de informação jurídica, suporte técnico, acompanhamento médico especializado e capacidade de mobilização administrativa que não se distribuem de maneira homogênea entre os diferentes grupos sociais. Embora a tutela jurisdicional do direito à saúde represente

importante instrumento de proteção da dignidade humana, sua utilização tende a ocorrer com maior frequência entre indivíduos que conseguem acessar defensores públicos, advogados, prescrições médicas detalhadas e estruturas mínimas de documentação clínica. A desigualdade social, portanto, repercute diretamente sobre a própria possibilidade de judicialização.

Os dados recentes divulgados pelo CNJ (2025a) e pelo IPEA (2025), mencionados anteriormente, revelam que a judicialização da saúde alcançou dimensão estrutural no país, afetando de maneira ampla os sistemas estaduais e municipais de assistência farmacêutica e hospitalar. O elevado índice de deferimento das ações judiciais relacionadas à saúde demonstra a frequência com que o Judiciário reconhece insuficiências ou omissões administrativas no fornecimento de tratamentos médicos e medicamentos. Ao mesmo tempo, a ampliação contínua do número de processos evidencia que as dificuldades de acesso aos serviços de saúde permanecem disseminadas em diferentes regiões do território nacional.

Chagas e Santos (2018, p. 167) reforçam tais perspectivas, afirmando que:

> A judicialização da saúde contribui e tem efeito negativo na execução orçamentária da secretaria, inviabilizando em parte o cumprimento de ações e serviços de saúde previstas no Plano de Saúde além de impossibilitar uma eficiente aplicação dos recursos. A SES-DF acumulou dificuldades de ordem gerencial, orçamentária e financeira, de recursos humanos e materiais de exercícios anteriores, que se agravam cada vez mais. Destaca-se que a estrutura do orçamento federal e o modus operandi da secretaria hoje não oferecem instrumentos capazes para acompanhar, controlar e avaliar gastos de forma efetiva das ações judiciais. Considerando que a judicialização da saúde não é um acontecimento recente e cada ano elevam-se os custos para cumprimento das sentenças dos juízes, infere-se que já teria sido estabelecido formalmente no orçamento público dispositivos, subfunção ou classificação da despesa de natureza específica para processos judicializados.

A dimensão social da judicialização também se manifesta na forma desigual como os impactos financeiros das decisões judiciais recaem sobre os entes federativos. Municípios de menor porte, frequentemente dependentes de recursos limitados e submetidos a estruturas assistenciais precárias, acabam assumindo responsabilidades financeiras elevadas decorrentes do cumprimento de ordens judiciais envolvendo medicamentos de alto custo e tratamentos não incorporados ao SUS. A necessidade de remanejamento emergencial de verbas públicas interfere diretamente na manutenção das políticas coletivas de saúde, especialmente na atenção básica, na assistência farmacêutica regular e nos serviços preventivos destinados à população socialmente mais vulnerável (SILVA; JUCATELLI, 2017; IPEA, 2025).

Além disso, a judicialização passou a influenciar a própria lógica distributiva da política pública sanitária. A destinação prioritária de recursos para cumprimento de demandas individuais frequentemente altera a organização das filas administrativas e interfere nos critérios técnicos originalmente definidos pelos gestores públicos.

Em determinadas situações, pacientes que conseguem acessar rapidamente o Poder Judiciário obtêm tratamentos e medicamentos antes de outros indivíduos submetidos a condições clínicas semelhantes ou até mais graves. O fenômeno produz percepção social de desigualdade no acesso ao sistema público de saúde, especialmente entre aqueles que permanecem dependentes exclusivamente da via administrativa (ZAGURSKI; PAMPLONA, 2016).

A expansão das demandas judiciais relacionadas a medicamentos também evidencia transformações relevantes nas expectativas sociais relacionadas ao direito à saúde. O desenvolvimento acelerado da indústria farmacêutica, a ampliação do acesso à informação médica e a crescente divulgação de novas terapias elevaram significativamente as demandas da população por tratamentos de alta complexidade e tecnologias médicas recentes. A percepção social do direito à saúde passou a incorporar expectativas relacionadas não apenas ao acesso mínimo à assistência, mas também à obtenção de terapias inovadoras, medicamentos de elevado custo e tratamentos ainda não incorporados aos protocolos públicos oficiais (LEITE; BASTOS, 2018).

Ao mesmo tempo, a insuficiência estrutural do sistema público de saúde contribui para fortalecimento da judicialização como estratégia social de acesso à assistência. A demora na realização de exames especializados, a ausência de medicamentos padronizados, a insuficiência de leitos hospitalares e as dificuldades relacionadas à regulação assistencial frequentemente impulsionam usuários do SUS a recorrer ao Poder Judiciário como mecanismo de obtenção mais célere de tratamento. A judicialização deixa, assim, de representar fenômeno excepcional e passa a integrar a própria experiência cotidiana de acesso à saúde para parcela significativa da população brasileira (MARANHÃO; MENDES, 2022).

Outro aspecto social relevante refere-se à ampliação dos mecanismos extrajudiciais de fornecimento de medicamentos e tratamentos não incorporados ao SUS. A adoção de soluções administrativas destinadas a evitar judicialização demonstra reconhecimento, pelos próprios gestores públicos, da incapacidade do sistema em absorver adequadamente determinadas demandas assistenciais. Entretanto, a implementação de vias administrativas

paralelas também produz dificuldades relacionadas à uniformidade dos critérios de acesso e à preservação da racionalidade distributiva da política pública de saúde. A assistência sanitária passa a operar sob múltiplos fluxos de acesso, nem sempre compatíveis com os princípios da universalidade e da equidade (SCHULZE, 2022).

A judicialização da saúde também evidencia conflitos relacionados à produção social da vulnerabilidade. Populações submetidas à pobreza extrema, baixa escolaridade, precariedade territorial e dificuldades de acesso aos serviços públicos frequentemente experimentam obstáculos mais intensos para obtenção de assistência adequada. Em muitos casos, a ausência de acompanhamento médico contínuo, de documentação clínica organizada ou de acesso à orientação jurídica impede que essas populações utilizem os próprios instrumentos judiciais disponíveis para proteção do direito à saúde. A desigualdade sanitária, portanto, não se limita ao acesso aos serviços médicos, alcançando igualmente a capacidade de reivindicação formal dos direitos perante o Estado (JESUS ALVES *et al*. 2022).

Além disso, o crescimento contínuo da litigiosidade sanitária produz impactos relevantes sobre a percepção social do sistema público de saúde. A necessidade frequente de intervenção judicial para obtenção de medicamentos e tratamentos contribui para fortalecimento da ideia de insuficiência administrativa permanente do SUS, mesmo diante da complexidade e amplitude dos serviços prestados pelo sistema público brasileiro. A judicialização passa a integrar o imaginário social como mecanismo ordinário de acesso à assistência em saúde, especialmente em situações envolvendo tratamentos especializados ou medicamentos de maior custo (RODA; INÁCIO, 2025).

Por outro lado, o fenômeno também revela fortalecimento da cidadania sanitária e ampliação da consciência social acerca do direito à saúde como prerrogativa exigível perante o Estado. A busca judicial por tratamentos médicos e medicamentos expressa não apenas carência assistencial, mas também crescente percepção da saúde como direito fundamental dotado de efetividade jurídica concreta. O cidadão deixa de ocupar posição passiva diante das limitações administrativas do sistema público e passa a utilizar instrumentos jurídicos para reivindicação ativa das prestações sanitárias necessárias à preservação da vida e da dignidade humana (SILVA; MENDONÇA, 2025).

A dimensão social da judicialização da saúde, portanto, não pode ser reduzida à análise do aumento quantitativo das ações judiciais ou dos impactos financeiros decorrentes das decisões judiciais. Trata-se de fenômeno relacionado às desigualdades estruturais da

sociedade brasileira, às limitações históricas das políticas públicas sanitárias e às diferentes capacidades sociais de acesso à justiça. A judicialização evidencia simultaneamente avanços relacionados à exigibilidade dos direitos fundamentais e fragilidades persistentes na concretização material da universalidade e da equidade sanitária no Brasil (SALES; MOREIRA, 2025).

Ao analisarem ações judiciais individuais relacionadas ao fornecimento de medicamentos no âmbito do Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro, entre os anos de 2007 e 2008, Ventura *et al*. (2010) identificaram que as decisões judiciais passaram a se apoiar, de maneira recorrente, em três fundamentos principais: a prescrição médica individualizada, a hipossuficiência econômica do demandante e a urgência clínica apresentada nos autos. A conjugação desses elementos contribuiu para a consolidação de uma lógica jurisdicional fortemente orientada pela tutela imediata da vida e da dignidade da pessoa humana, ainda que em detrimento de critérios técnico-administrativos previamente estabelecidos pelas políticas públicas de assistência farmacêutica.

Nesse cenário, a atuação jurisdicional desloca o centro da deliberação sanitária para o caso concreto, convertendo a necessidade terapêutica individual em parâmetro decisório predominante. Conforme observam Ventura *et al*. (2010), o fenômeno da judicialização evidencia não apenas a insuficiência material do Estado na concretização do direito à saúde, mas igualmente a ampliação do Poder Judiciário como instância de mediação das demandas sociais relacionadas ao acesso a medicamentos e tratamentos médicos.

> As discussões sobre os limites e possibilidades da intervenção do Judiciário não se restringem à análise do conteúdo da decisão judicial ao regulamento ou à prescrição médica adequada, mas colocam em jogo novos atores na partilha de poderes e renomeação de domínios. A resistência de se admitir como legítima esta intervenção repousa, em razão das deficiências da atuação judicial nesse novo campo, mais nas dificuldades políticas de se implementar a democracia ampliada e participativa, do que em debilidades operacionais superáveis, com relação às quais os gestores dos dois sistemas vêm avançando. De fato, a judicialização da saúde traz alterações significativas nas relações sociais e institucionais, com desafios para a gestão e para os diversos campos do saber-fazer, representando efetivamente o exercício da cidadania plena e a adequação da expressão jurídica às novas e crescentes exigências sociais (Ventura *et al*. 2010, p. 96).

Por outro lado, Ventura *et al*. (2010) sustentam que a efetividade do direito à saúde não pode permanecer restrita ao cumprimento fragmentado de decisões judiciais individuais, sob pena de substituição das políticas públicas universais por respostas episódicas e casuísticas. A

garantia constitucional do acesso à saúde exige planejamento estatal contínuo, definição racional de prioridades sanitárias e formulação de políticas distributivas capazes de assegurar universalidade e equidade no acesso às prestações assistenciais. As demandas judiciais, embora legítimas no contexto democrático brasileiro, não devem assumir a condição de principal mecanismo deliberativo da assistência farmacêutica no SUS.

Segundo os autores, a judicialização precisa ser compreendida como elemento relevante de controle social e de provocação administrativa, apto a revelar falhas estruturais da gestão pública sanitária, mas incapaz de substituir integralmente os instrumentos técnicos de formulação das políticas de saúde. A superação desse quadro demanda articulação entre sistema de justiça, gestão pública e mecanismos democráticos de participação social, de modo a compatibilizar proteção individual, racionalidade administrativa e efetividade coletiva do direito à saúde.

Na pesquisa realizada por Santos (2021), ele aponta que a consolidação da judicialização da saúde no Brasil conduziu o Supremo Tribunal Federal à formulação de parâmetros interpretativos destinados à uniformização das decisões relacionadas ao fornecimento de medicamentos e tratamentos médicos pelo Poder Público. Nesse movimento, a Corte Constitucional passou a construir teses jurídicas voltadas à harmonização entre a tutela individual do direito à saúde e a preservação da racionalidade administrativa do Sistema Único de Saúde.

Entre os entendimentos mais relevantes, destaca-se o reconhecimento da responsabilidade solidária dos entes federativos na prestação da assistência à saúde, permitindo ao cidadão ajuizar demandas contra União, Estados, Distrito Federal ou Municípios, isoladamente ou em litisconsórcio. Tal orientação decorre da própria estrutura cooperativa do federalismo sanitário brasileiro, fundada nos artigos 23 e 198 da Constituição Federal.

Conforme observa Santos (2021), o STF buscou impedir que disputas burocráticas relativas à repartição de competências administrativas servissem como obstáculo ao acesso material do cidadão às prestações de saúde. Paralelamente, a Corte também firmou entendimento acerca da impossibilidade de diferenciação de classe no âmbito do SUS, vedando a chamada “dupla porta” de acesso mediante pagamento por acomodações superiores ou escolha de profissionais específicos dentro da rede pública. A decisão reafirma a

universalidade e a igualdade como vetores estruturantes do sistema sanitário brasileiro, afastando práticas incompatíveis com a natureza pública e igualitária da assistência estatal.

Em outra dimensão, as teses formuladas pelo STF passaram a estabelecer limites jurídicos ao fornecimento judicial de medicamentos e tecnologias em saúde, sobretudo nos casos envolvendo fármacos experimentais, medicamentos sem registro na ANVISA e terapias de elevado custo não incorporadas às políticas públicas oficiais. A Corte definiu que o Estado não pode ser compelido ao fornecimento de medicamentos experimentais desprovidos de comprovação científica quanto à eficácia e segurança, entendimento que reforça a necessidade de observância dos critérios técnicos e regulatórios inerentes à política nacional de vigilância sanitária (SANTOS, 2021).

Da mesma forma, consolidou-se a orientação segundo a qual a ausência de registro sanitário impede, em regra, a concessão judicial do medicamento, admitindo-se exceção apenas em hipóteses específicas de mora irrazoável da ANVISA, desde que presentes requisitos cumulativos relacionados ao pedido de registro nacional, à aprovação por agências regulatórias estrangeiras de referência e à inexistência de substituto terapêutico disponível no país. Também em relação aos medicamentos de alto custo não incorporados ao SUS, o STF passou a admitir critérios restritivos voltados à demonstração da imprescindibilidade clínica e da incapacidade financeira do paciente (SANTOS, 2021).

Ademais, segundo Santos (2021), essas formulações jurisprudenciais revelam tentativa de contenção da expansão indiscriminada da judicialização, mediante a incorporação de parâmetros técnico-científicos e orçamentários ao debate constitucional sobre o direito à saúde. Ao mesmo tempo, o estabelecimento da condição econômica do usuário como elemento de análise judicial produz controvérsias relevantes, especialmente diante dos princípios da universalidade, da integralidade e da gratuidade que estruturam o sistema público de saúde brasileiro.

A análise dos aspectos sociais e jurisprudenciais da judicialização da saúde demonstra que esse fenômeno resulta da interação entre a busca individual pela efetivação do direito à saúde e as limitações estruturais, financeiras e organizacionais do sistema público de saúde. Sob a perspectiva social, observam-se impactos relevantes sobre a gestão dos recursos públicos, a equidade no acesso aos serviços e a formulação das políticas sanitárias. No campo jurisprudencial, verifica-se a consolidação de entendimentos voltados à harmonização entre a

proteção dos direitos fundamentais dos pacientes e a observância de critérios técnicos, científicos e administrativos na concessão de tratamentos e medicamentos.

Diante dessa realidade, a atuação do Poder Judiciário revela-se simultaneamente como mecanismo de garantia de direitos e fator de reorganização das políticas de saúde, exigindo soluções que conciliem a proteção da dignidade humana, a racionalidade na alocação dos recursos públicos e a sustentabilidade do Sistema Único de Saúde.

## 3.2 Reserva do possível e análise econômica do direito: implicações nos cenários nacional e internacional

O crescimento exponencial de demandas cujo objeto está relacionado a tratamentos médicos, medicamentos e procedimentos hospitalares pressiona os orçamentos dos entes federativos, criando uma dicotomia entre a viabilidade financeira-orçamentária do SUS e a materialização de direitos.

Dentro dessa perspectiva, os princípios da reserva do possível e da análise econômica do direito assumem papel crucial na discussão sobre os limites e as possibilidades de intervenção do Poder Judiciário quanto à garantia e eficácia do direito à saúde. Enquanto a reserva do possível aduz que a administração pública somente pode ser compelida a fornecer prestações de direitos fundamentais na medida de sua capacidade financeiro-orçamentária, a análise econômica do direito propõe uma avaliação à luz do "consequencialismo", que compreende a magnitude das consequências (efeitos) que a decisão possa ocasionar para toda a sociedade, não apenas para as partes litigantes (VENTURI, 2012).

Em complemento, a análise econômica do direito contribui para compreender os efeitos sociais e financeiros das decisões judiciais, especificamente em direitos prestacionais de alta complexidade. Seu uso em matéria de saúde deve ser baseado na cautela, porque não se trata de reduzir o direito à saúde a cálculo orçamentário, mas de avaliar como escolhas individuais, administrativas e judiciais repercutem sobre a coletividade e sobre a sustentabilidade das políticas públicas. Na realidade, a consideração dos custos não significa atribuir valor econômico à vida ou subordinar a dignidade humana a cálculos financeiros. O exame consequencialista, quando adotado de modo constitucionalmente adequado, deve servir para qualificar a decisão pública e judicial, permitindo que a proteção individual seja compatibilizada com a equidade coletiva. Por isso, a avaliação de impacto econômico deve

ser articulada à humanização do cuidado, pois decisões responsáveis precisam se pautar em evidências científicas, alternativas terapêuticas, vulnerabilidade do paciente, qualidade da informação prestada, continuidade assistencial e efeitos distributivos sobre o sistema.

Historicamente, o princípio da reserva do possível surgiu no direito alemão como um critério para modular direitos fundamentais prestacionais, limitando a atuação estatal a recursos efetivamente disponíveis. O instituto foi empregado pela primeira vez no ano de 1972, pelo Tribunal Constitucional Federal da Alemanha, no caso "Numerus Clausus" (BVerfGE 33, 303). Naquela oportunidade, um grupo de estudantes arguiu a inconstitucionalidade de legislações estaduais que restringiam o acesso às faculdades de medicina de Hamburgo e Baviera.

No Brasil, esse conceito evoluiu contextualmente em razão da expansão dos direitos sociais garantidos pela Carta Política de 1988 e o incremento do amplo acesso à justiça pelos cidadãos. Atualmente, e seguindo essa premissa, o Supremo Tribunal Federal tem reconhecido que a concretização plena de direitos depende da disponibilidade de recursos, mas sem deixar de proteger o núcleo essencial dos direitos fundamentais.

Apesar dessas particularidades, a reserva do possível é habitualmente contraposta ao princípio do mínimo existencial**,** que impõe ao Estado o dever de propiciar condições materiais mínimas para a dignidade humana. Questões sobre como e quando aplicar este instituto jurídico são efervescentes devido às necessidades da população por tratamentos não disponíveis ou insuficientes no sistema público de saúde, e o dilema é agravado diante da urgência de conciliar o cumprimento das decisões judiciais com a possibilidade econômica do Estado, o que impacta ainda mais a gestão pública.

Já sob o prisma da análise econômica do direito, investigam-se os impactos financeiros das decisões judiciais, especialmente em temas voltados a direitos sociais prestacionais (POSNER, 2014). No setor de saúde brasileiro, esse enfoque evidencia como ordens judiciais para a disponibilização de medicamentos e tratamentos causam desequilíbrios drásticos na distribuição de recursos, afetando, assim, a estrutura do SUS.

O impacto financeiro é expressivo: o CNJ estimou que os custos totais da judicialização da saúde para União, Estados e Municípios ultrapassaram R$ 7 bilhões (CNJ, 2021); entre 2010 e 2020, os gastos do governo federal com cumprimento de decisões judiciais na área da saúde saltaram de R$ 400 milhões para R$ 1,6 bilhão, evidenciando a sobrecarga do orçamento público (TCU, 2021).

O fornecimento de medicamentos é o principal fator de despesas com judicialização, representando cerca de 80% das decisões judiciais na área da saúde. Em estados como São Paulo e Santa Catarina, apenas 19 medicamentos foram responsáveis por mais de 50% dos gastos com ações judiciais (SANTOS, 2021).

A ascensão da judicialização da saúde exige uma reflexão sobre os limites da atuação do Poder Judiciário na formulação de políticas públicas e, muito embora o direito à saúde seja inegociável, a alocação de recursos de maneira indiscriminada pode comprometer a eficiência do SUS e gerar desigualdades. É essencial que sejam adotados critérios objetivos para a concessão de tratamentos e que os tribunais estabeleçam diretrizes claras para garantir o equilíbrio entre o direito individual e o interesse coletivo.

Outro ponto que merece destaque é a priorização dos recursos, tendo em vista que a concessão indiscriminada de um medicamento de alto custo para um paciente apenas, pode ocasionar a retirada de recursos que beneficiaria toda uma gama de pessoas em tratamentos mais amplos e eficazes.

A distribuição de recursos na área da saúde, quando conduzida pelo Poder Judiciário, muitas vezes ocorre sem estudo prévio e avaliação técnica de impacto financeiro detalhado, comprometendo a eficiência do sistema. Segundo Ribeiro e Hartmann (2021), essa “postura” gera o fenômeno de "desorganização orçamentária", porque os entes públicos são obrigados a realocar recursos destinados a políticas gerais para atender demandas específicas.

Igualmente, em estudo comparativo sobre as ações judiciais associadas à saúde no Reino Unido, Fenn e Rickman (2016) fundamentam que os sistemas que implementam mecanismos de alocação racional de recursos conseguem minimizar os impactos negativos dessa judicialização.

Portanto, a análise consequencialista desempenha a clara função de supervisão sobre a adequação e o impacto socioeconômico causado por uma decisão judicial específica (VENTURI, 2012). A título de ilustração, esse conceito se preocupa em garantir a consistência com o passado na medida em que a decisão alinhada aos precedentes representa a melhor estratégia para gerar resultados favoráveis no futuro (POSNER, 2012).

Além dos fundamentos supramencionados, o princípio da eficiência na administração pública, consagrado no artigo 37 da Constituição Federal, determina que a gestão dos recursos públicos deve ser realizada da maneira mais eficaz possível. No entanto, o ativismo judicial,

que frequentemente ignora aspectos de custo-benefício, acarreta decisões que favorecem direitos individuais em prejuízo do bem comum.

Consequentemente, a ausência de preceitos justos, técnicos e materiais no processo de tomada de decisão das questões relacionadas à saúde pode intensificar e agravar as desigualdades. Isso se dá pelo fato de que aqueles que buscam o auxílio do Poder Judiciário recebem benefícios que não estão plena e amplamente disponíveis a uma parte da sociedade que não faz uso da estratégia do litígio para a implementação e concretização de seus direitos. Logo, a judicialização pode ser vista como um fenômeno de "elitização do acesso", uma vez que aqueles que possuem condições (sociais e econômicas) de recorrer à Justiça frequentemente têm mais sucesso em suas pretensões (GLOPPEN, 2008).

Paralelamente, no cenário global, a judicialização da saúde apresenta características distintas, e a análise econômica do direito é uma ferramenta valiosa para a compreensão de como diferentes países lidam com a problemática.

Nos Estados Unidos da América, o sistema de saúde é predominantemente privado, sustentado por seguradoras, o que impacta significativamente nos conflitos advindos da relação contratual entre os pacientes e as companhias de seguros. Embora o núcleo dessa relação seja privado, as pretensões apresentadas em juízo são similares a de nações que contam com um sistema universal de saúde.

Isso porque as necessidades humanas, em termos de saúde, são basicamente as mesmas, e os litígios tratam especialmente sobre negativas de cobertura para procedimentos médicos, fornecimento de medicamentos e tratamentos inovadores. Como resultado, há o tensionamento entre os interesses econômicos das seguradoras e o direito dos usuários à assistência, fazendo com que a intervenção do Poder Judiciário seja inevitável.

Porém, esse intervencionismo nem sempre é considerado benéfico, sobretudo sob a análise econômica do direito, na medida em que decisões judiciais que porventura imponham às companhias de seguros a disponibilização de tratamentos específicos em prol de apenas uma pessoa ou um seleto grupo de pessoas, em detrimento da coletividade, certamente culminará no aumento dos custos dos planos de saúde. Isso, por sua vez, provocará o incremento gradual das tarifas para todos os usuários (CUTLER *et al*., 2019).

Por questão de justiça, vale ainda frisar que, a despeito de não contar com um sistema público de saúde universal, o governo americano subsidia iniciativas direcionadas que oferecem cuidados e apoio a segmentos sociais mais fragilizados, como idosos a partir dos 65

anos, pessoas com deficiência e aqueles com renda reduzida. Os programas mais significativos são o "Medicare" e o "Medicaid", instituídos por uma emenda à seguridade social sancionada pelo presidente democrata Lyndon B. Johnson em 1965, prosseguindo com os ideais de John F. Kennedy. Esses programas disponibilizam acesso à assistência médica de forma gratuita ou a um custo reduzido (LIBERATO, 2021).

Diferentemente do sistema americano, o Canadá adotou modelo semelhante ao Brasil, tendo a universalidade como um de seus pilares e, assim, propicia à população o amplo acesso ao sistema público de saúde. A cobertura é oferecida pelo programa "Medicare", seguro de saúde financiado com recursos públicos, amparado pela Legislação Federal de Saúde do Canadá (Canadá Health Act).

É forçoso reconhecer que o número de casos judiciais que envolvem a temática de saúde no Canadá é substancialmente menor se comparado às nações que seguem o mesmo modelo, notadamente em razão dos rigorosos padrões e protocolos administrativos insculpidos na legislação pertinente, além da complexidade da organização político-estrutural do próprio sistema de saúde. (FLOOD, 2005).

Em território europeu, o Reino Unido conta com mecanismos de avaliação de custo-benefício por meio do "*National Health System*" (NHS), sistema de saúde com financiamento proveniente majoritamente de impostos e que oferece assistência médica universal e gratuita aos cidadãos que residem legalmente nos países integrantes da união política-administrativa.

Criado em 1948 na Inglaterra, o NHS inspirou o SUS, sendo formado por um complexo de hospitais e clínicas públicas que prestam serviços de saúde gratuitos. Em 1999 foi implementado o "*National Institute for Health and Care Excellence*" (NICE), com os objetivos de estabelecer diretrizes baseadas em critérios econômicos e clínicos para a definição de quais tratamentos devem ser financiados pelo sistema público, bem como melhorar a destinação e alocação dos recursos disponíveis. (KLEIN, 2013).

A Alemanha implementou um sistema híbrido de seguro saúde, consistente na combinação de responsabilidades públicas e privadas, operando sob um modelo de seguro social de saúde, que une subsídios do governo às apólices de seguros privados obrigatórias. Esse modelo foi estabelecido no século XIX pelo governo de Bismarck e mantém-se, em grande parte, inalterado até os dias atuais (COSTA JÚNIOR *et al.*, 2018). Conflitos contratuais entre segurados e seguradoras consequentemente desembocam na judicialização,

mas a forte regulamentação e a existência de tribunais administrativos especializados atenuam os efeitos sobre o sistema pública de saúde. (BLUMEL *et al*., 2020).

No continente sul-americano, a Colômbia, frequentemente comparada ao Brasil no tocante à judicialização da saúde, adotou um modelo de saúde universal baseado na Seguridade Social e organizado em dois regimes: o Regime Contributivo (RC) e o Regime Subsidiado (RS). O primeiro é destinado àqueles que contribuem financeiramente por meio de seus empregos ou de forma autônoma. Já o segundo conta com o suporte Estatal.

Embora o modelo tenha ampliado o acesso à saúde para a população colombiana, a desigualdade social, a escassez de recursos, a corrupção e a gestão ineficiente de políticas públicas são desafios constantes que prejudicam a concretização do direito à saúde. A consequência disso é a judicialização empregada para assegurar o acesso a serviços e tratamentos de saúde, escancarando a contraposição entre o desejo de um direito à saúde plenamente acessível a todos e as dificuldades práticas de concretização desse direito (YAMIN *et al*., 2010).

O modelo brasileiro, por sua vez, traz particularidades tanto dos sistemas universais quanto dos modelos privatizados, apresentando um sistema misto que, ao longo dos anos, tem enfrentado desafios significativos relacionados à judicialização, acessibilidade e à qualidade dos serviços prestados.

Infere-se das experiências internacionais que a judicialização da saúde não é homogênea, variando de acordo com o modelo adotado por cada país. Países com sistemas mais regulados, como o Reino Unido, Canadá e Alemanha, tendem a evitar o excesso de demandas judiciais, enquanto sistemas fragmentados, como nos Estados Unidos, na Colômbia e no Brasil, apresentam maior grau de judicialização.

Em conclusão, averígua-se que, diante da realidade brasileira quanto ao aumento da dívida pública e despesas que ultrapassam o teto orçamentário, não há margem para que o Poder Judiciário profira decisões subjetivas, desajustadas e distantes de dados técnicos. Também não é crível aceitar a implantação de políticas públicas individualistas, ineficazes e onerosas, que inevitavelmente comprometem o direito coletivo à saúde. O órgão julgador deve avaliar, prévia e criteriosamente, todas as alternativas e circunstâncias antes de determinar as prioridades e o propósito da norma.

### 3.3 Perspectivas e recomendações

A judicialização da saúde é um assunto enigmático que causa desconforto não só para aqueles que necessitam dos serviços e têm as suas pretensões frustradas frente as mazelas envoltas sobre o tema, mas também para todos os setores do Poder Público, levando a grande parte dos estudiosos a apresentar múltiplas ideias e sugestões para o seu gerenciamento. Para tanto, são abordadas propostas judiciais e extrajudiciais, que recorrem a inúmeras estratégias formais de contenção e controle do número de processos judiciais sobre saúde.

Entre as proposições na esfera judicial, é importante destacar a implementação do Núcleo de Avaliação de Tecnologias em Saúde (NATS), com o precípuo propósito de orientar os magistrados e respaldar as decisões judiciais.

Criado em Hospitais de Ensino, o núcleo supracitado tem a finalidade de oferecer suporte técnico sobre novas tecnologias e processos, e a sua possível inclusão com base na avaliação do seu valor clínico através da medicina baseada em evidências. Assim, buscou-se dar embasamento às decisões judiciais por intermédio da elaboração de notas técnicas (NT's), e os resultados demonstraram uma significativa diminuição nas despesas públicas associadas à judicialização da saúde, além de evidenciar a necessidade de um constante processo de integração entre os protagonistas da judicialização, em que o NATS atuou como um mediador imparcial (NOGUEIRA *et al*., 2017).

Baseado nas diretrizes do NATS e visando à unificação de um órgão consultivo a nível nacional, o CNJ idealizou e criou, através da Resolução nº 238, o Núcleo de Apoio Técnico do Judiciário - NATJus e, em parceria com o Ministério da Saúde, firmaram o Termo de Cooperação nº 21/2016, cujo objetivo é fornecer aos Tribunais de Justiça estaduais e aos Tribunais Regionais Federais o suporte técnico para que as decisões sejam alicerçadas por evidências científicas no tocante às demandas inerentes à saúde pública e suplementar. O cerne do acordo não é direcionado tão somente a aprimorar o conhecimento dos magistrados para a solução dos casos, mas também propiciar uma maior agilidade nos julgamentos das ações judiciais (CNJ, 2022).

Posteriormente, no ano de 2019, foi instalado o Sistema Nacional de Pareceres e Notas Técnicas (e-NatJus), uma plataforma digital e informatizada, responsável pelo armazenamento do banco de dados nacional com todos os pareceres e notas técnicas do setor de saúde, que são disponibilizados diretamente pela plataforma ou registrados manualmente pelos NATJus regionais.

Em outubro de 2024, o CNJ instituiu o Painel e-NatJus, com a inserção de dados estatísticos que apontam que, no ano de 2025, aproximadamente 287 mil notas técnicas já subsidiaram o Poder Judiciário, enquanto a análise de cerca de 217 mil processos com a temática de saúde (CNJ, 2025). Essa ferramenta tem se mostrado essencial, pois possibilita uma análise estatística e gerencial de relatórios técnicos e pareceres relacionados à saúde pública e suplementar da população no Brasil.

Os impactos positivos dessa rede integrada de informações são notáveis em virtude da mitigação do risco de decisões judiciais conflitantes em assuntos inerentes a fármacos e terapias, concentrando todas as notas, relatórios e pareceres técnicos, forjados por especialistas na área de saúde, em um único banco de dados.

Isso proporciona segurança jurídica à medida em que padroniza e uniformiza as decisões judiciais, porque decisões coerentes, que sejam mais fundamentadas e alinhadas aos estudos e evidências médicas de alto nível, corroboram uma avaliação adequada sobre a verdadeira imprescindibilidade de tratamentos ou medicamentos, evitando-se, assim, concessões automáticas de pedidos embasados pura e simplesmente em aspectos subjetivos ou abstratos. Em contrapartida, o tempo de tramitação dos processos é reduzido diante do rápido acesso ao banco de dados, viabilizando uma resposta ágil para os cidadãos que, verdadeiramente, precisam da assistência de saúde.

Sob o viés econômico-financeiro, as repercussões para o erário são notórias, tendo em vista que decisões criteriosas e apoiadas na ciência médica impedem que recursos públicos sejam utilizados para subsidiar tratamentos ou fármacos ineficazes ou experimentais, o que garante uma melhor alocação da verba destinada à saúde.

A presença de um amplo e completo banco de dados, uma equipe técnica especializada e entidades de saúde conveniadas, geridos por uma plataforma digital e informatizada, têm se apresentado extremamente úteis para respaldar, de forma ágil e justa, as decisões judiciais relativas à saúde. Esse quadro comprova que a tecnologia desempenha um papel substancial para a efetivação do direito à saúde, servindo, inclusive, como parâmetro para a racionalização das ações judiciais.

Todos esses fatores revelam que o e-NatJus é um valioso instrumento capaz de minimizar os efeitos adversos da excessiva judicialização da saúde, porquanto contribui para a filtragem de demandas carentes de suporte técnico-científico, cria óbices à banalização da via judicial e promove a sustentabilidade e consolidação do sistema de saúde.

Em caminhos opostos, mas com os mesmos objetivos, as propostas extrajudiciais diferem das judiciais, por possuírem características preventivas, heterogêneas e direcionadas às estratégias informais ou formais na mitigação da judicialização da saúde (ASENSI, 2015).

À luz desse contexto e na órbita da esfera administrativa, a equidade e a eficiência costumam ser percebidas como antagônicas na criação e implementação de políticas públicas sociais e econômicas. É possível desenvolver uma política de saúde que seja justa, mas, frequentemente, essa justiça pode resultar em ineficiência econômico-financeira. Por outro lado, abordagens que favorecem a eficiência podem não observar o primado de justiça e, apesar dessa dicotomia, tal circunstância não impede que algumas políticas consigam aliar justiça e eficiência econômica, contribuindo tanto para a equidade quanto para o crescimento econômico (HECKMAN, 2011). Esses aspectos, juntamente com decisões orçamentárias e a busca por gestão aprimorada, constituem desafios característicos da administração pública.

No âmago desse debate, e especificamente quanto às competências da administração pública, sobressai a urgência de reformas legislativas e administrativas que não apenas atualizem as normas existentes de acordo com a realidade contemporânea da sociedade brasileira, mas que estabeleçam um arcabouço jurídico robusto, hábil a promover um equilíbrio econômico-financeiro da gestão pública associado à garantia de acesso universal a serviços de saúde de qualidade.

Em vista disso e como amplamente abordado, a gestão do direito à saúde, baseada em dados técnicos e embasada em literatura apropriada, é vital para o aprimoramento de um sistema de saúde que responda aos anseios da população. Adicionalmente, as reformas legislativas e administrativas desempenham um papel importante na materialização desse direito, notadamente se adotados métodos gerenciais eficazes, com a transparência do Estado e controle social, criando-se um autêntico mecanismo de *accountability* na gestão pública (práticas relacionadas à prestação de contas), o que é fundamental para assegurar que os recursos sejam usufruídos adequadamente.

Nessa acepção, a simplificação dos requerimentos e processos administrativos através de um sistema digital unificado para o registro e controle de informações de saúde, a exemplo do e-NatJus, certamente tornaria mais célere a tramitação das demandas, além de proporcionar uma maior transparência e responsabilidade no que tange às contas públicas. Esse sistema integrado facilitaria o compartilhamento de dados, proporcionaria que as

solicitações dos cidadãos fossem rapidamente processadas e, como resultado, evitaria o prolongamento de conflitos que habitualmente desembocam no Poder Judiciário.

Para trazer inovação e implementar a tecnologia aos serviços de saúde, há aproximadamente 6 anos, na gestão do então Presidente da República Jair Messias Bolsonaro, o Ministério da Saúde, através da Portaria nº 1.434/2020, criou um programa voltado para a integração e unificação das informações do cidadão através da Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS) (DATASUS, 2020). À época denominado "Conecte SUS", a plataforma atualmente é intitulada "SUS Digital" e proporciona aos cidadãos inúmeras funcionalidades, como a possibilidade de agendamento de consultas e exames na rede de saúde pública, acesso ao histórico de saúde, prontuário eletrônico e carteira nacional de vacinação, consulta aos medicamentos disponíveis na farmácia popular, bem como atendimento remoto (telemedicina).

É inquestionável que essas utilidades oferecem comodidade e uma gama de benefícios aos usuários, trazendo praticidade e celeridade no acesso aos serviços de saúde. Porém, não pode se perder de vista o fato de que a disponibilidade e eficácia dos serviços estão condicionadas à integração das unidades de saúde ao sistema digital. Embora o Ministério da Saúde promova a adoção e unificação do sistema em todas as unidades federativas, a instalação dessa ferramenta depende das secretarias de saúde nos âmbitos municipal e estadual.

Por tal motivo, nem todas as unidades de saúde, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e as Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF), têm a capacidade de fornecer todas as funcionalidades e serviços de maneira padronizada, o que compromete a eficiência e equidade no acesso aos serviços.

Outro fator que merece destaque é com relação à abordagem na assistência de saúde, que indubitavelmente deve ser centrada na figura do paciente, respeitando-se as suas necessidades e peculiaridades fisiológicas, considerando, ainda, as diretrizes terapêuticas e protocolos clínicos respaldados em evidências empíricas e técnicas.

Todavia, a realidade é absurdamente discrepante daquilo que se espera em termos de assistência de saúde ao paciente, uma vez que problemas versáteis que fogem da alçada da equipe médica. Esses problemas se traduzem como a sobrecarga dos profissionais e das unidades de saúde, a escassez de recursos e a burocracia excessiva, que impedem que os

tratamentos sejam individualizados e humanizados, elementos que colaboram para o gradativo distanciamento entre usuário e profissionais da saúde.

Felizmente, grande parte dos eventos adversos pode ser contornada com uma política de incentivos à atenção primária de saúde, em especial com a valorização dos profissionais da saúde, promoção de ações preventivas, acompanhamento periódico dos pacientes e o diagnóstico precoce de enfermidades que possam evoluir para um quadro clínico mais grave. De acordo com essa premissa, pesquisas realizadas pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (2021) apontam que 85% dos casos podem ser solucionados no âmbito da atenção primária de saúde, sem intervenção emergencial ou urgente.

Os dados sugerem que a atenção primária de saúde, se bem estruturada e organizada, diminui o excesso de serviços de média e alta complexidade, melhora a dinâmica dos atendimentos e corrobora a contenção de despesas no sistema de saúde.

Destaca-se que a pertinência do assunto é tratada sob diversos olhares, inclusive do Poder Legislativo, que visa a aperfeiçoar a atenção primária com a ampliação do acesso e da qualidade da assistência de saúde por intermédio de propostas legislativas, como os Projetos de Lei nº 4.502/2019 e nº 1.804/2021. O primeiro, de autoria do Deputado Federal do Estado de Mato Grosso do Sul, Dr. Luiz Ovando (Partido Progressistas), versa sobre credenciamento do médico clínico e especialista que queira atender em consultório privado o paciente do SUS, para empenhar agilidade no atendimento, reduzir as filas de espera e resgatar a identidade do profissional médico (Ovando; Ovando, 2023); o segundo, apensado ao primeiro, de autoria do Deputado Federal do Estado do Maranhão, Dr. Gonçalo (Podemos), trata sobre o credenciamento de médicos especialistas e de empresas de saúde para o atendimento de pacientes no SUS, em nível ambulatorial.

Essas iniciativas já foram aprovadas pelas Comissões de Seguridade Social e Família e de Constituição e Justiça e de Cidadania da Câmara dos Deputados e, atualmente, tramitam na Comissão de Finanças e Tributação para exame de adequação financeira e orçamentária.

Extrai-se dessas proposições a nítida preocupação com a eficiência da saúde pública na medida em que zelam por tratamentos firmados nas individualidades do paciente e qualidades pessoal e técnica dos profissionais, enaltecendo-se essa relação que há muito é negligenciada, assim como assegura que a população tenha acesso a um atendimento célere, especializado e fundamentado na ciência médica. Portanto, é essencial reconhecer que as propostas representam um progresso substancial para um SUS mais acessível e resolutivo,

que, de fato, atenda às necessidades dos cidadãos e, com isso, desafogue as demandas de saúde de naturezas administrativa e judicial.

Além das especificidades que envolvem os tratamentos médicos, para garantir a alocação racional dos recursos públicos, a modernização e revisão dos critérios de elegibilidade para obtenção de medicamentos reclamam tratamento prioritário.

E, em se tratando de fármacos, a atualização periódica da lista oficial do SUS é uma pertinente recomendação promovida por inúmeros estudiosos, particularmente em razão da incessante busca por medicamentos que não são padronizados pelo sistema de saúde ou nem sequer possuem registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Magalhães (2015, p. 20) ressalta a relevância de manter os protocolos e as listas do SUS sempre atualizados, o que, além de amenizar possíveis litígios, serve como uma ferramenta para a compra planejada e segura de medicamentos, otimizando os recursos.

Revisar as normas que regulam os processos de auditoria e fornecimento de medicamentos pelo SUS é uma medida emergencial, se considerados os indicadores constantes nas Estatísticas Processuais de Direito à Saúde. No ano de 2024, foram propostas 53.905 novas ações judiciais, cujo objeto é o fornecimento de medicamentos não padronizados, enquanto que 48.618 novas demandas tratam sobre padronizados pelo SUS; 6.432 novos casos dispõem sobre a concessão de medicamentos não registrados na ANVISA, ao passo que 8.409 processos abordam fármacos registrados no órgão regulador (CNJ, 2025).

Os dados correspondem a uma realidade crítica para o sistema de saúde brasileiro, que pode ser analisada sob as vertentes ilustradas no quadro abaixo:

**Quadro 5** Linhas de análise da judicialização para fornecimento de medicamentos

| ANÁLISE | PROBLEMA | IMPACTO |
|---|---|---|
| **Busca por opções fora das políticas públicas** | Parte considerável da população opta por tratamentos não previstos no SUS. | Aumento da desigualdade e pressão sobre o sistema público para incorporação de novas terapias. |
| **Judicialização de medicamentos padronizados** | Dificuldades na logística, oferta regional e ineficiências administrativas levam à procura judicial para obtenção de medicamentos já previstos no SUS. | Sobrecarga do Judiciário, custos extras para o Estado e desorganização na gestão da saúde pública. |

| | | |
|---|---|---|
| **Pedidos judiciais de medicamentos não registrados na ANVISA** | O Estado pode ser obrigado a fornecer tratamentos considerados experimentais pela ciência médica, mesmo sem registro oficial. | Risco de tratamentos ineficazes, custos elevados e reflexos na segurança sanitária. |

**Fonte:** elaborada pelo autor

E quanto à terceira e última observação acima, abre-se um parêntese para trazer à tona a reflexão acerca da medicina fundamentada na esperança, que perpetua a prescrição de medicamentos que, a priori, não são indicados para determinadas patologias diante da ausência de eficácia cientificamente comprovada ou até mesmo são considerados experimentais por não possuírem registro na ANVISA. Essa prática pode representar um risco para aqueles que a utilizam, além de comprometer toda a coletividade, considerando que são tecnologias de altíssimo custo para o Estado.

Por tais razões, é crucial examinar a influência que a indústria farmacêutica exerce sobre os litígios à medida que, além dos próprios pacientes, ela também possui interesse em um desfecho positivo para aqueles, visto que lucram com a ampliação e distribuição desses fármacos, impondo um ônus financeiro expressivo aos cofres públicos. Com frequência, esses indivíduos, ludibriados pela promessa de cura e influenciados por agressivas campanhas de marketing da indústria farmacêutica, buscam a obtenção de medicamentos através da judicialização, sem ponderar quanto ao uso responsável e crítico desses produtos.

Ainda que a procura por soluções inovadoras seja fundamental para o progresso da ciência, é indispensável que isso seja harmonizado com a segurança do paciente associada aos fundamentos da medicina baseada em evidências. Caso contrário, gera-se um ciclo de terapias respaldadas na mera expectativa de cura, levantando questionamentos éticos e jurídicos sobre a relação médico-paciente.

Outrossim, a prática em voga, a depender de suas consequências, pode resultar na responsabilização civil, administrativa e até penal dos profissionais da saúde, especialmente quando o tratamento prescrito causa danos à integridade do paciente. Portanto, a conjugação entre a inovação e segurança deve ser o princípio norteador para a prática médica e para a elaboração de políticas de saúde, pois assegura que o progresso científico seja aperfeiçoado de forma ética, responsável e em atenção aos interesses da sociedade, sem prejuízo aos pacientes e tampouco à equidade de acesso a tratamentos eficazes.

Dentro dessa dinâmica do crescente aumento das despesas com medicamentos, e a despeito de a motivação do problema ser variável, foi identificada maior incidência na aquisição exacerbada e sem gerenciamento de fármacos para obstaculizar a judicialização, além das inúmeras ações judiciais para a obtenção de medicamentos que, à primeira vista, deveriam ser fornecidos pelo SUS. Para lidar com esses transtornos, é recomendada a implementação de uma relação genuína de medicamentos essenciais, fundamentada em evidências e com a colaboração de médicos, gestores e da sociedade (PINTO, 2013).

Na verdade, a otimização na gestão da assistência farmacêutica, consubstanciada em um maior conhecimento do Poder Judiciário, dos profissionais de saúde e da população sobre os programas e diretrizes técnicas do SUS, além da disponibilização de suporte técnico para esclarecer as questões relacionadas à saúde, oferece apoio significativo para a contenção desses prejuízos (PINTO, 2013).

O aprimoramento da estrutura e gestão dos estoques de medicamentos padronizados do SUS, associados à otimização dos processos de aquisição e fruição de recursos, eleva a qualidade da assistência farmacêutica, conferindo eficiência no atendimento à população, além de transmitir transparência e legitimidade às decisões administrativas. Esse avanço também fornece uma base mais sólida para eventuais recusas de pedidos judiciais, demonstrando, então, que tais negativas não são meras limitações orçamentárias, mas expõem a indispensável alocação responsável e justa dos recursos públicos, atingindo-se um real equilíbrio entre a sustentabilidade do sistema de saúde e a proteção dos direitos dos cidadãos.

Diante de tantas adversidades e prováveis soluções, uma outra medida que tem surtido efeito é o debate integrado entre os Poderes e o corpo social, com a realização de audiências públicas, conferências, congressos e fóruns acerca dos fatores jurídicos, administrativos, terapêuticos e econômicos envolvidos na judicialização da saúde (DAL MORO *et al.*, 2019). A ampla discussão sobre o tema retrata uma abordagem inteligente no processo de tomada de decisões em todas as esferas, trazendo uma harmonização de interesses para todos os atores integrantes dessa relação complexa.

Como se vê, por se tratar de uma questão volátil, com diversas variáveis, não há uma única solução absoluta, almejando-se ao menos que, através de amplos debates, sejam estabelecidos critérios racionais que busquem a resolubilidade das dificuldades empenhadas no sistema de saúde pública, sendo o diálogo um valioso instrumento para todos os envolvidos.

Por último, mas não menos importante, os métodos autocompositivos materializados na conciliação, mediação e arbitragem, são figuras tradicionais e amplamente direcionadas à resolução de conflitos. Esses mecanismos, que visam à pacificação social, podem ser compreendidos como boas alternativas para minimizar a judicialização da saúde.

O ordenamento jurídico brasileiro há muito tem incentivado a resolução dos conflitos através da autocomposição, além de que os seus benefícios são indiscutíveis, principalmente em um panorama de hiperjudicialidade e assoberbamento da máquina pública em todas as suas esferas de atuação.

Em razão dessa conjuntura, Ovando e Ovando (2023) dissertam que a instalação de câmaras de mediação, arbitragem e conciliação em unidades de saúde e hospitais - públicos ou privados, pode facilitar a resolução de conflitos derivados de serviços inadequados e, como efeito secundário, promove a pacificação social com a consequente redução do número de processos judiciais relacionados à saúde. Logo, o controle da judicialização não se deve à imposição de entraves ao acesso à justiça, o que seria inconstitucional, mas sim pela resolução imediata dos conflitos no âmbito extrajudicial.

Com efeito, a formação de comitês de ética e de resolução de conflitos nos estabelecimentos de saúde servirá como um canal para resolver disputas antes que sejam levadas ao Poder Judiciário. Essa estratégia não apenas eliminará a sobrecarga do sistema judicial, mas também permitirá um retorno mais ágil e focado na prestação de cuidados à saúde, promovendo uma cultura de responsabilidade compartilhada.

Inobstante todas as vantagens apresentadas, os métodos alternativos de solução de conflitos geralmente não são aplicáveis à figura do Estado pelos seguintes fatores: i) ausência de legislação específica que autorize a autocomposição no seio de litígios judiciais que envolvem a administração pública; ii) incidência e prevalência dos princípios da supremacia e da indisponibilidade do interesse público.

Sob uma perspectiva analítica alternativa, o Estado se configura como um dos maiores litigantes na área da saúde e os fatores mencionados não devem ser interpretados como impedimentos insuperáveis para a rápida resolução de conflitos. É essencial a implementação de reformas legislativas e administrativas que possibilitem a atuação do Poder Público em transações extrajudiciais, sobretudo porque tal medida pode contribuir significativamente para a pacificação social, ao reduzir a judicialização e promover, dessa forma, uma gestão mais racional e eficiente das questões administrativas.

Em síntese, verifica-se que todas as medidas elencadas não podem ser compreendidas apenas como uma solução célere e momentânea, mas como uma estratégia a longo prazo para mitigar a judicialização, melhorar a eficiência do sistema e garantir a equidade no acesso à saúde. Sem essa reformulação, o Brasil corre sérios riscos de perpetuar um modelo no qual decisões judiciais individuais moldam políticas públicas de forma fragmentada, comprometendo ainda mais o SUS.

Este capítulo evidencia que a judicialização é simultaneamente resposta e sintoma: resposta à insuficiência/ineficiência de políticas públicas e sintoma de falhas de governança, coordenação e comunicação institucional. Esse diagnóstico permite avançar, no Capítulo 4, para a judicialização da medicina, em que as tensões deixam de ser apenas macro-orçamentárias e passam a atingir escolhas clínicas, autonomia profissional e gestão de riscos.

A judicialização da saúde no Brasil configura um fenômeno que evidencia a tensão existente entre a efetivação do direito à saúde, garantido constitucionalmente, e os desafios da gestão pública frente a escassez de recursos. O estudo analisa a temática sob diversas perspectivas, investigando os impactos da intervenção do Poder Judiciário nas políticas públicas de saúde, bem como os desafios estruturais enfrentados pelo Sistema Único de Saúde que fomentam essa situação.

Identificou-se que a demanda por intervenções judiciais é motivada, em grande parte, pela ineficiência na prestação dos serviços de saúde e pela incapacidade administrativa do Estado em atender às necessidades da população. O crescimento acentuado das ações judiciais tem gerado tanto repercussões positivas quanto negativas: enquanto possibilita o acesso a tratamentos essenciais, pode comprometer a equidade na distribuição de recursos, favorecendo indivíduos com maior acesso ao aparato jurídico em detrimento de uma gestão coletiva eficaz.

Adicionalmente, o papel do Poder Judiciário na formulação de políticas públicas de saúde foi abordado. A ausência de fundamentação técnica em várias decisões judiciais expõe a imprescindibilidade de um diálogo mais intenso entre os poderes, além da criação de câmaras técnicas especializadas que possam subsidiar os magistrados. A falta de padronização nos julgamentos também se apresenta como um obstáculo, resultando na imprevisibilidade da execução das políticas públicas.

Quanto às soluções sugeridas, destaca-se a urgência no aprimoramento da gestão pública e na elaboração de protocolos mais claros para a incorporação de novos medicamentos e tratamentos ao SUS. Ademais, a mediação e a conciliação emergem como alternativas extrajudiciais viáveis para mitigar a sobrecarga de ações judiciais e assegurar respostas mais rápidas e eficazes.

Conclui-se que a judicialização da saúde, em escala nacional, atua simultaneamente como mecanismo de efetivação de direitos e como sintoma de insuficiências estruturais, administrativas, comunicacionais e assistenciais. Sua mitigação deve ocorrer através do aperfeiçoamento da governança, da qualificação técnica das decisões, do fortalecimento de mecanismos consensuais e da melhoria da resposta institucional anterior ao litígio, não por meio da obstaculização ou restrição do acesso à justiça. O diagnóstico nacional apresentado prepara a transição para a judicialização da medicina, no qual a judicialização deixa de ser examinada sob a perspectiva macro-orçamentária e passa a incidir sobre a prática médica, a relação médico-paciente, a comunicação clínica, o consentimento informado, a documentação e a gestão legal de riscos.

# 4 JUDICIALIZAÇÃO DA MEDICINA

Este capítulo examina a judicialização da medicina como desdobramento específico da judicialização da saúde, deslocando o foco da prestação sanitária em sentido amplo para os conflitos formados no cotidiano da relação médico-paciente. A análise parte do pressuposto de que a litigiosidade médica decorre tanto de eventos adversos ou alegações de erro profissional, quanto de falhas de comunicação, deficiência de consentimento informado, fragilidade documental, quebra de confiança e insuficiência de governança clínica.

O objetivo é demonstrar que a medicina contemporânea se encontra tensionada por expectativas sociais elevadas, avanços tecnológicos, maior consciência dos direitos do paciente, expansão da responsabilidade profissional e crescente juridicização do cuidado. Nesse cenário, o médico, especialmente o médico clínico, deixa de ser apenas executor

técnico da terapêutica e passa a ocupar posição estratégica na prevenção de conflitos judicializáveis, mediante humanização, comunicação qualificada, tomada de decisão compartilhada, prontuário robusto e gestão legal de riscos.

## 4.1. Direito médico e a relação médico-paciente: fundamentos históricos, sociais e bioéticos

A relação médico-paciente passou por sucessivas transformações históricas, sociais e bioéticas, acompanhando não apenas a evolução do conhecimento técnico-científico, mas também as mudanças nos modos de compreender autonomia, autoridade, confiança, sofrimento e responsabilidade. O exame dessa trajetória permite compreender como a medicina, antes estruturada em relações predominantemente verticalizadas, passou a ser progressivamente atravessada por exigências de informação, participação do paciente, consentimento, transparência e controle jurídico.

Com base nessa perspectiva, as transformações na dinâmica da relação médico-paciente não podem ser analisadas sem menção à busca constante e incessante pelo conhecimento, responsável pela erradicação de patologias que castigaram a humanidade e persistiram por séculos. Em tempos modernos, especialmente entre as gerações mais jovens e residentes em grandes centros e áreas urbanas desenvolvidas, torna-se difícil conceber que no passado indivíduos sucumbiam a doenças que hoje são de fácil manejo terapêutico.

E no âmago das nuanças que envolvem esse panorama histórico, a figura do médico está presente desde os primórdios da humanidade, estando atrelada, ainda, à própria existência da doença e da dor (SOUZA, 2020). Logo, não há como compreender a ciência da medicina sem antes examinar o protagonista da arte médica.

À vista dessa premissa, na antiguidade, a evolução da medicina decorreu de um conjunto complexo de crenças, práticas e conhecimentos que refletiam os valores culturais e filosóficos de cada civilização (METWALY *et al*., 2021). No Egito antigo (3300 a.C. a 535 a.C.), a medicina se desenvolveu sob forte influência religiosa, sendo os sacerdotes os principais responsáveis pelos cuidados com a saúde, numa prática que mesclava rituais orgânico-espirituais a procedimentos terapêuticos (NUNN, 2002).

Uma das primeiras menções de um médico remonta a 3533 a.C., quando Sekhet'enanch, reconhecido como médico-chefe, teria tratado o faraó Sahura, da Quinta

Dinastia, de uma enfermidade nas vias nasais. Esse episódio revela que, já na gênese dos povos egípcios, a medicina era exercida por indivíduos socialmente reconhecidos por sua vocação curativa, ainda que intimamente ligados ao aparato religioso e à autoridade do Estado (METWALY *et al*., 2021).

Com efeito, as práticas médicas egípcias envolviam o uso de substâncias naturais, como ervas e compostos vegetais, muitas vezes associadas a procedimentos cirúrgicos rudimentares, mas que revelavam um notável conhecimento anatômico e uma concepção integrada do corpo e do espírito. Esse saber empírico, embora envolto em simbolismo religioso, era também registrado e sistematizado (MARK, 2017).

Exemplo emblemático disso é o Papiro de Ebers, datado de aproximadamente 1550 a.C., considerado um dos textos médicos mais antigos da humanidade, e que tem catalogado uma ampla variedade de doenças, tratamentos e prescrições, demonstrando uma compreensão que levava em conta tanto fatores físicos quanto espirituais na etiologia e no tratamento das enfermidades (METWALY *et al*., 2021; WIKIPÉDIA, s.d.).

Percebe-se, portanto, que a prática da medicina se apresentava majoritariamente artesanal e a cura atribuída a um dom divino diante do limitado conhecimento acerca da anatomia e fisiologia humanas. Além disso, os procedimentos e rituais de cura eram considerados dogmas e os médicos eram venerados (DANTAS, 2021).

Em todas as grandes culturas, a arte médica foi ganhando destaque. Na Grécia Antiga, foram realizados estudos que promoveram o avanço da medicina em direção a uma abordagem mais científica, em contraste com os aspectos irracionais e empíricos que predominavam anteriormente. Referidos estudos conceberam o "*Corpus Hippocraticum*", também conhecido como o juramento de Hipócrates, que até hoje é propagado pelos médicos mundo a fora (DANTAS, 2021).

Criador da teoria humoral, também conhecida como teoria dos quatro humores, Hipócrates definia o corpo humano como um estado de equilíbrio entre quatro fluídos principais: o sangue, a fleuma, a bílis amarela (colérica) e a bílis negra (melancólica). Segundo essa proposição, a manutenção da harmonia entre esses fluídos era considerada essencial para o bem-estar físico e o temperamento individual (MARTINS *et al*., 2008). Essa teoria foi aprimorada e sistematizada por Cláudio Galeno (Galeno de Pérgamo), na Roma antiga (século II d.C.), que atribuiu qualidades específicas (quente, frio, seco e úmido) aos humores, correlacionando-os aos temperamentos individuais (MARTINS *et al*., 2008).

A partir desse pressuposto, o temperamento sanguíneo era associado a traços de alegria e sociabilidade, e era caracterizado pela predominância do sangue; o temperamento fleumático inerente à tranquilidade e calma, à prevalência da fleuma; o temperamento colérico ligado à irritabilidade e energia estava associado à predominância da bílis amarela e; por último, o temperamento melancólico relativo à tristeza e introspecção, era definido pela influência da bílis negra (MARTINS *et al*., 2008).

Os estudos referenciados não tiveram impactos significativos apenas para a medicina, mas também para a literatura e psicologia, notadamente por desvendar várias nuanças que envolvem o organismo e comportamento humanos, bem como as dinâmicas nas relações interpessoais (FASSIS *et al*., 2020). De todo modo, é inegável que essas investigações clínicas exerceram influência substancial na medicina ocidental por mais de um milênio, sendo amplamente aceitas e adotadas até a chegada da medicina moderna.

De acordo com Alessandra Souza (2020, p. 10), Hipócrates dedicou sua vida à medicina e ao estudo das doenças; depois de sua morte, foram descobertos escritos que descreviam morbidades como tuberculose, pneumonia e malária. Uma de suas principais contribuições foi afastar a ciência das interpretações religiosas e de ideias fantasiosas, comuns à época.

Antes de Hipócrates, distúrbios neurológicos como a epilepsia eram vistos como punições divinas ou ações de entidades sobrenaturais, e as pessoas eram consideradas possuídas por um espírito maligno. Ao dissuadir a doença do misticismo, o "pai da medicina", como também é chamado, passou a estudar as enfermidades com racionalidade e ética, para, assim, auxiliar os doentes de maneira mais eficaz.

Essa mudança de paradigma foi extremamente benéfica para o reconhecimento da medicina como ciência pois, de um lado buscou-se, através das influências gregas, evidências que pudessem ser comprovadas do ponto de vista científico em detrimento da abstratividade e, de outro, permitiu a interação da medicina com outras áreas do conhecimento. A respeito dessa interdisciplinaridade, é possível afirmar que:

> A efervescência cultural produzida da junção entre filosofia e ciência atingiu seu apogeu na Grécia, permitindo o intercâmbio entre disciplinas antes afastadas, tais como a filosofia e a anatomia, possibilitando que os métodos de análise, diagnóstico e cura pudessem ser exercidos de forma mais racional e lógica. A medicina se transformava cada vez mais em ciência, e na medida em que sua importância crescia, as atenções do Estado para ela se voltavam, cujo efeito era sentido através

> das diversas regulamentações que davam forma a sua natureza. (Dantas, 2021, p. 51, 52)

Por conseguinte, a medicina passou a ser compreendida além do puro conhecimento técnico, compreendendo também como os campos da interdisciplinariedade e regulamentação, em atenção às crescentes demandas sociais. Essa corrente constituiu um progresso na direção de uma percepção mais humanizada da prática médica, estabelecendo um vínculo de confiança que serviu como base para futuras relações entre médico e paciente.

Superado o exame da ciência médica sob determinados aspectos históricos, convém abordar as peculiaridades e os efeitos desta ciência na “alma” da relação médico-paciente.

Conforme superficialmente destacado, na relação em voga, o médico era considerado quase como uma figura sacerdotal, o qual possuía um conhecimento inquestionável e que, por sua formação e experiência, tinha ampla e irrestrita legitimidade para decidir sozinho o melhor caminho para o tratamento do paciente (RIBEIRO JR, 2005; FIORINI e MANSO, 2021). Esse modelo clássico, muitas vezes tachado de paternalista, vigeu por séculos, e era alicerçado na ideia de que o médico, por ser o detentor absoluto da sapiência, impunha a terapia necessária e, portanto, incumbia ao paciente tão somente obedecer e seguir às orientações.

Paralelamente, é de bom alvitre destacar que o modelo em questão além de representar uma particularidade da arte médica à época, também refletia os valores predominantes da sociedade em que estava inserido. Assim, o arranjo da relação médico-paciente espelhava uma sociedade hierarquizada, que valorizava a ordem, a obediência e a confiança na figura do "especialista".

Extrai-se desse cenário que a autonomia do paciente era quase que nula, restringindo-se a uma postura passiva diante das decisões médicas, sem liberdade para questionamentos ou participação ativa no processo terapêutico. Por tratar-se de uma relação verticalizada, estruturada na confiança (cega) e no respeito à autoridade, o médico era o único intérprete das necessidades do corpo e da alma do paciente (SZASZ; HOLLENDER, 1956).

Conforme os autores mencionados, o modelo ativo-passivo na relação entre médico e paciente apresenta-se marcada por uma assimetria significativa, na qual o paciente atua como agente passivo no âmbito da intervenção terapêutica.

Nessa mesma linha de raciocínio, Jacob Jay Katz (1984) disserta que a relação médico-paciente era pautada sob a égide de um "mundo silencioso", em que não havia acesso

à informação ou ao diálogo clínico adequado, sendo que o próprio médico estimulava a supressão da autonomia do paciente, o que invariavelmente evidencia o impacto negativo que o silêncio exerce sobre essa relação, que, frisa-se, deveria ser baseada na transparência, no tratamento humanizado e de qualidade.

À luz dessas considerações, infere-se que o médico detinha não somente o conhecimento técnico necessário, mas também a soberania das decisões terapêuticas, uma autoridade culturalmente estabelecida e reforçada ao longo dos séculos.

Com o advento da modernidade e os avanços do pensamento iluminista, a concepção do indivíduo como sujeito autônomo e racional passou a ocupar lugar central nas discussões éticas e políticas. Ainda assim, no âmbito da medicina, a superação do modelo paternalista ocorreu de forma lenta e gradual, sendo que apenas na segunda metade do século XX, após as atrocidades perpetuadas na Segunda Guerra Mundial e com a promulgação do Código de Nuremberg em 1947, é que se consolidou a noção de autodeterminação, firmada no consentimento voluntário e informado como princípio ético-jurídico fundamental.

À medida que novas correntes filosóficas e científicas emergiam, a figura do paciente passou a ser valorizada, exigindo um reconhecimento de suas vontades e necessidades. Esses ideais, considerados humanistas, trouxeram à tona a importância do diálogo, da empatia e do respeito mútuo, introduzindo uma perspectiva que permitiu ao paciente ser compreendido como um agente ativo quanto às questões voltadas ao seu tratamento, não como um mero objeto de intervenção.

Nas décadas de 1970 e 1980, houve um grande avanço para a ciência médica em termos de bioética, notadamente com os estudos de Beauchamp e Childress (1979), que advogavam que a relação médico-paciente deveria ter uma abordagem focada no paciente, alicerçada na valorização de sua autonomia, na transparência comunicacional, a beneficência, a não maleficência e no dever do médico em prestar as informações inerentes à terapia desempenhada. Esse movimento será retomado adiante, ao se examinar a bioética e o biodireito como bases normativas da responsabilidade médica contemporânea.

De todo modo, com a consolidação dos princípios da bioética, emergiram debates relativos à ética na pesquisa, principalmente no tocante ao tratamento de grupos vulneráveis, visando a assegurar a proteção dos direitos humanos em todos os aspectos do cuidado médico. A nova proposição incentivou na relação médico-paciente a criação de um espaço de comunicação mais horizontal, humanizado e individualizado, no qual os parâmetros éticos

passaram a permear intensamente a ciência médica, garantindo que as decisões considerassem a autonomia e os valores pessoais do cidadão.

O bioeticista e filósofo, Edmund Daniel Pellegrino, um dos mais expoentes da ética médica, discorre que a relação médico-paciente é, em primeiro lugar, pautada na fidúcia, na qual é exigida boa-fé, reciprocidade moral e confiança. Em sua visão, o cuidado deve ser além da técnica, abrangendo também a empatia e o acolhimento, de modo que essas características são o maior propósito da medicina (PELLEGRINO, 1988).

Para sustentar esse conceito, Pellegrino (2008) argumenta que a finalidade da medicina, materializada na cura, define as virtudes e obrigações do médico; ou seja, o próprio objetivo da medicina constitui a base ética que orienta a prática médica. Afirma, ainda, que a adaptação ou reorientação da medicina para outros fins, como econômicos, implica na sua transformação e distorção. Qualquer propósito alheio à finalidade de cura é considerado externo à essência da medicina.

De outro norte, é facilmente perceptível, diante das particularidades que envolvem o desenvolvimento histórico da medicina, que o saber médico se consolidou como um verdadeiro instrumento de poder, desconsiderando, quase que absolutamente, a subjetividade dos pacientes. Todavia, a medicina moderna criou uma espécie de "olhar clínico" que, sob o pretexto da objetividade, reduziu o sujeito ao corpo, promovendo uma despersonalização que ainda reverbera nas práticas hospitalares atuais (FOUCAULT, 2001).

Dentro dessa conjuntura, Foucault (2001) vaticina que a medicina passou por uma transição importante de um "poder absoluto" sobre o paciente para o campo do saber-poder, legitimando práticas de controle sobre os corpos sob uma lógica institucionalizada.

Com exponencial crescimento industrial da medicina, vinculada às principais doenças no mundo ocidental, a qualidade de vida passou a estar diretamente associada ao incremento na produção de serviços e recursos de saúde.

Ivan Illich (1975), que enxergava a empresa médica como um risco prejudicial à saúde, defendia que os protocolos médicos de elevado custo não apontavam aumento na expectativa de vida nem na redução da taxa de morbidade global, resultando em uma nova origem de enfermidade: a iatrogênica (clínica e social). Logo, as intervenções destinadas a mitigar a iatrogênese apresentaram um efeito paradoxal, tendo em vista que a própria profissão responsável pela indução da condição assumia integralmente as ações de controle.

Para o autor, a primeira ilusão disseminada pela empresa médica relacionava-se à história das doenças (iatrogenia clínica), pois considerava equivocado atribuir única e exclusivamente à eficácia dos procedimentos médicos as variações nas taxas de mortalidade global. A título de exemplificação, foram mencionadas doenças como a cólera, disenteria, tuberculose e tifo, que atingiram seus picos de incidência e posteriormente desapareceram, independentemente de intervenção médica, sendo atribuída a esse fenômeno à melhora das condições de habitação e nutrição da população.

Em complementação, a segunda ilusão estava intrinsecamente conectada à medicalização da saúde, pois, segundo Illich (1975), o aumento do orçamento nesse aspecto é um indicativo de iatrogênese social, ao passo que reflete a relação entre o bem-estar e o grau de saúde nacional bruto. Além disso, expõe a falsa percepção de que o nível de cuidado está associado às curvas de distribuição dos produtos das instituições médico-farmacêuticas. Referida mercantilização induz o consumo obrigatório desses produtos.

Outra questão relevante apontada pelo autor concerne ao aumento da prescrição medicamentosa e às despesas farmacêuticas, de forma que as consultas médicas que resultam na ausência de prescrição farmacêutica tornaram-se praticamente inexistentes, contribuindo para o superdimensionamento do consumo de medicamentos.

A partir das críticas supramencionadas, especificamente dos efeitos iatrogênicos da medicina moderna e a crescente medicalização da vida cotidiana, é que se passou a questionar o excesso de intervenções, a tecnocracia e a perda do aspecto humano do cuidado. Tais reflexões contribuíram para o fortalecimento de movimentos em prol da humanização da assistência em saúde, com foco na escuta ativa, na integralidade do cuidado e no respeito aos valores e crenças do paciente.

Diante das premissas apresentadas, a relação médico-paciente, em um panorama atualizado, exige um reequilíbrio: de um lado, reconhece-se a autoridade técnica do médico; de outro, valoriza-se a autonomia e a dignidade do paciente, em uma lógica de corresponsabilidade e diálogo ético. Como se vê, essa transformação, porém, não ocorreu de forma homogênea ou sem resistência, sendo, ainda hoje, objeto de intensos debates conceituais, éticos e jurídicos.

A passagem do modelo paternalista para uma relação fundada em autonomia, informação e corresponsabilidade não eliminou a assimetria técnica entre médico e paciente. Pelo contrário, tornou essa assimetria juridicamente mais sensível, pois o saber médico passou

a exigir tradução comunicacional, registro adequado e respeito à autodeterminação do paciente. É nesse ponto que a relação médico-paciente deixa de ser apenas categoria ética e passa a constituir também espaço jurídico de produção de deveres, responsabilidades e riscos.

## 4.2. O papel do médico na sociedade: entre expectativas sociais e vulnerabilidades jurídicas

O médico é frequentemente idealizado como um profissional dedicado, cujas decisões políticas, éticas e científicas, além de repercutir na vida de seus pacientes, irradiam efeitos para toda a sociedade. A crescente interconexão entre saúde e direitos humanos tem elevado a expectativa da sociedade em relação à responsabilidade moral e ética que os profissionais devem assumir, tanto no tratamento de patologias, quanto na promoção do bem-estar geral e na defesa de práticas justas e equitativas.

Como abordado em tópicos anteriores, a medicina, ao longo da história, passou por diversos marcos que promoveram alterações substanciais na estrutura social e na percepção da função do profissional médico, influenciando também a dinâmica da relação médico-paciente. Na sociedade contemporânea, a atuação médica transcende a função clássica de diagnóstico e tratamento de comorbidades, evidenciando um entrelaçamento complexo de expectativas sociais e obstáculos jurídicos.

Inserido na dualidade em voga, o médico está no centro de uma profunda tensão estrutural: permanece como figura dotada de prestígios técnico e simbólico, mas também é alvo crescente de pressões sociais, institucionais e jurídicas, que o colocam sob constante vigilância e responsabilização. Essa dicotomia decorre das transformações no campo da saúde, da ampliação do acesso à informação e do processo de judicialização da medicina.

Tais singularidades empenharam uma mudança drástica na relação médico-paciente, pois à medida que a medicina evoluiu, principalmente do ponto de vista tecnológico: o profissional foi progressivamente distanciado do conhecimento minucioso de seu paciente, que passou a ser reduzido a uma figura desconhecida, limitada às informações contidas em fichas e registros clínicos ou a uma entrevista inicial superficial (DANTAS, 2021).

De maneira geral, verifica-se nas últimas décadas que o setor de saúde tem passado por uma reconfiguração paradigmática, impulsionada pelo aprofundamento da integração entre ciência, tecnologia e práticas assistenciais. A medicina evoluiu de um modelo

predominantemente reativo e focado na doença para uma visão mais ampla, que inclui a promoção da saúde, a antecipação de riscos e a personalização dos cuidados. Referida transição reflete os anseios da sociedade moderna, caracterizada por maior acesso à informação, conectividade e expectativas inerentes à eficiência, resolutividade e humanização dos serviços de saúde.

Para Dantas e Nogaroli (2020), essa renovação fez emergir o modelo de medicina firmado nas "quatro P's" (preventiva, preditiva, personalizada e proativa), que se destaca pelo desenvolvimento e emprego de ferramentas digitais destinadas ao suporte dos cuidados clínicos, tais como telemedicina, aplicativos médicos em dispositivos móveis e robôs utilizados em procedimentos assistenciais e cirúrgicos. Ademais, a crescente disponibilidade de dados de saúde em larga escala alimenta algoritmos de *deep learning* (aprendizado profundo) oriundos da inteligência artificial. Tais avanços tecnológicos, aliados ao "*Big Data*", estão impulsionando uma absoluta inovação no campo da medicina.

Apesar dos inegáveis benefícios, o modelo em tela suscita reflexões quanto ao iminente risco de distanciamento na relação humana entre médico e paciente. Isso porque a dependência de tecnologias, algoritmos e dispositivos digitais pode, inadvertidamente, reduzir o protagonismo do contato direto e da escuta sensível, elementos historicamente centrais na prática médica. Quando o foco se desloca excessivamente para dados, indicadores e predições automatizadas, o cuidado tende a perder sua dimensão relacional. O risco não está na tecnologia em si, mas em sua utilização desvinculada da escuta, da contextualização clínica e da comunicação compreensível. Essa despersonalização pode fragilizar a confiança terapêutica e ampliar a percepção de abandono ou inadequação assistencial, elementos frequentemente presentes na formação do conflito judicializável.

Simultaneamente, a medicina moderna opera sob o ditame da eficiência técnica, da padronização de condutas (protocolos clínicos, diretrizes terapêuticas) e da pressão institucional (metas, produtividade, controle de custos), especialmente no setor público e nos grandes conglomerados privados. Isso leva, por vezes, à desumanização do cuidado e ao adoecimento do próprio médico, que passa a exercer sua função sob estresse crônico, medo de responsabilização e perda da dimensão vocacional do ofício.

Nesse panorama, a singularidade da experiência subjetiva do adoecimento tende a ser negligenciada, o que fragiliza a construção de vínculos de confiança e empatia, essenciais para uma medicina voltada à humanização. Assim, a reflexão que se impõe não é advogar

contra a tecnologia em si, mas contra seu uso desmedido e desarticulado dos valores humanísticos que devem continuar norteando o exercício da medicina.

Em virtude dessa problemática, Caprara e Franco (1999) indicam a importância de uma maior sensibilidade por parte do médico diante do sofrimento do paciente, abrangendo questões vinculadas à compreensão do processo patológico no contexto individual, à comunicação efetiva com o paciente, à continuidade do cuidado e à elaboração colaborativa do plano terapêutico. Na mesma linha, Sassi *et al* (2020) constataram que o perfil do "bom médico" inclui atributos de profissionalismo "humano", além de ser "estudioso", "atualizado" e "resolutivo".

Quanto à desmistificação e ao desgaste da profissão médica, os autores argumentam que a formação tradicional e a hierarquia na relação médico-paciente encontram-se desatualizadas. A ampliação do acesso ao conhecimento e a valorização da autonomia do paciente tornaram-se elementos essenciais na estruturação da medicina. O paciente, ao obter maior acesso às informações, apresenta-se como um desafio para o médico. Consequentemente, eliminou-se a relação de subserviência e a figura paternalista do profissional, demandando-se o desenvolvimento de novas abordagens que preservem uma relação médico-paciente fundamentada na confiança mútua e na eficácia para ambas as partes.

As abordagens convergem na valorização de um modelo de medicina que ultrapassa a dimensão técnica, fundamentando-se na humanização da relação entre médico e paciente. Embora a competência técnica seja imprescindível, ela se revela incompleta quando dissociada de elementos como a empatia, a escuta ativa e a capacidade de diálogo. O profissional que demonstra sensibilidade às individualidades pessoal, emocional e social do paciente é aquele capaz de estabelecer uma relação terapêutica mais eficaz, contribuindo para maior adesão ao tratamento e redução da desconfiança, frequentemente responsável pela judicialização da saúde.

Portanto, a medicina do século XXI não pode ser reduzida tão somente a conhecimentos técnico-científicos, devendo incorporar valores éticos, afetivos e comunicacionais na prática clínica. Essa postura humanizada enriquece o cuidado em saúde e constitui uma estratégia para gestão de riscos, além de fortalecer vínculos de confiança essenciais para um sistema de saúde mais eficiente, resolutivo e menos propenso à judicialização.

Extrai-se da conjuntura atual da medicina que a função do médico perpassa por uma atuação interdisciplinar, sendo imperativo que o profissional esteja consciente de suas habilidades, reconhecendo sua capacidade em tecnologia e biologia. Além disso, deve compreender a relevância de participar dos processos de gestão e tomada de decisão em esferas macro e micropolíticas sociais. Sua atuação abrange, ainda, funções de cuidador, comunicador e educador nos âmbitos da prática clínica e rotina diária.

Superada a análise preliminar referente à função do profissional médico na sociedade atual, observa-se que, mesmo após os avanços social e tecnológico alcançados, os desafios enfrentados pela profissão tornaram-se mais evidentes, criando um ambiente fértil para a propagação de vulnerabilidades jurídicas no âmago da relação médico-paciente.

Dentre as vulnerabilidades jurídicas de maior relevância para o médico, destaca-se a responsabilidade civil, usualmente fundada na apuração de culpa profissional, sob as modalidades de negligência, imprudência ou imperícia. Em regra, a obrigação médica é de meio, e não de resultado, razão pela qual a responsabilização exige demonstração de conduta inadequada, dano e nexo de causalidade, não bastando o insucesso terapêutico.

Essa responsabilização decorre do descumprimento da lei e exige a comprovação de culpa sob a forma de negligência (omissão no dever de agir), imprudência (ato precipitado sem cautela) ou imperícia (falta de preparo técnico), conforme a sistematização clássica do direito civil (CAVALIERI FILHO, 2026; DINIZ, 2013). A evolução do ordenamento jurídico, especialmente a partir da Constituição de 1988, aliada à crescente conscientização dos direitos do paciente, tem contribuído para o aumento de processos judiciais envolvendo a atividade médica. Estudo conduzido por Vale e Miyazaki (2019) demonstra que o número de ações judiciais contra médicos cresce de forma constante, com reflexos diretos na conduta clínica, exigindo rigor técnico, documental e o pleno entendimento das obrigações legais.

Igualmente, a responsabilidade penal é uma preocupação constante e relevante para o médico, uma vez que condutas ilícitas podem ensejar a propositura de ações judiciais com sanções penais severas, como nos casos de lesões corporais ou homicídio, quando há violação do dever objetivo de cuidado (GRECO, 2021). A responsabilização criminal exige prova técnica qualificada de que o médico se desviou das boas práticas médicas reconhecidas, sendo insuficiente o mero insucesso terapêutico (CFM, 2022). Hipóteses que resultem em desfechos fatais ou na violação de normas éticas e legais, como o abandono de paciente ou a omissão de

socorro, podem gerar responsabilização com repercussões sérias para a carreira do profissional.

O aumento da percepção de responsabilização jurídica atua como fator dissuasor à autonomia médica na seleção de procedimentos e tratamentos, contribuindo para o fenômeno conhecido como "medicina defensiva". De acordo com Cunningham e Wilson (2011), a medicina defensiva positiva está relacionada à redução da confiança do paciente e à limitada capacidade do profissional de tomar decisões sob pressão. Além desses pontos, fatores como o aumento de encaminhamentos e admissões hospitalares, a identificação preventiva de problemas dos pacientes, a documentação e o consentimento excessivos, bem como as alterações nas equipes profissionais, contribuem para a prática da medicina defensiva.

Por outro lado, os autores referenciados afirmam que a medicina defensiva negativa é caracterizada por modificações na resposta a reclamações específicas, exemplificadas pelo encerramento de atendimentos em áreas como obstetrícia e cuidados intensivos. Frequentemente, essa modalidade envolve a transferência de especialidades médicas de regiões rurais para urbanas ou a retirada de cuidados de pacientes em condições de saúde que apresentem risco iminente de demanda judicial.

Em ambas as abordagens, o receio de represálias, tanto por parte do paciente quanto do Estado, conduz o médico a adotar posturas excessivamente conservadoras, como a solicitação de exames prescindíveis ou em demasia e a recusa de pacientes de risco, o que compromete a efetividade da medicina (VALE; MIYAZATO, 2019). Tal postura, além de onerar os sistemas de saúde, compromete a relação de confiança com o paciente, enfraquece o vínculo terapêutico e limita a adoção de condutas inovadoras ou terapias potencialmente benéficas, porém com riscos latentes, prejudicando o avanço da ciência médica e a personalização do cuidado.

Do ponto de vista jurídico, o médico transita entre duas lógicas muitas vezes contraditórias: a lógica clínica, que aceita a incerteza e o risco inerente à natureza biológica, e a lógica jurídica, que busca responsabilidade, causalidade e reparação de danos. A atuação médica é uma obrigação de meio, e não de resultado, o que exige prudência na análise de eventuais falhas ou omissões (CAVALIERI FILHO, 2026). No entanto, a prática forense muitas vezes desconsidera essa distinção, tratando o médico como réu presumido em ações judiciais, o que gera insegurança e defensividade.

Há, também, o aspecto simbólico: como analisa Lucien Sfez (1996), o médico continua sendo depositário de grande carga simbólica na busca utópica pela "saúde perfeita", representando cura, salvação, controle sobre o corpo e sobre a vida. A frustração dessa expectativa (a cura idealizada) pode ser convertida em litígio. Isso evidencia o ressignificado do papel do médico para a sociedade, compreendendo-o não como agente de soluções absolutas, mas como facilitador do cuidado, sujeito à falibilidade humana.

Em síntese, a figura do médico para a sociedade moderna é marcada por uma exigência de humanização da prática, revalorização do vínculo com o paciente e adoção de uma postura ética e comunicacional ativa, ao mesmo tempo em que lida com os riscos e cobranças decorrentes da sua atuação em um ambiente hiperinformado e altamente litigioso. O reconhecimento dessa complexidade é essencial para que se construa uma cultura jurídica e social mais justa e realista em relação à medicina.

### 4.3. Evolução da medicina e seus reflexos no direito: da arte de curar à judicialização

A medicina moderna é fruto de um processo histórico marcado por revoluções científicas, avanços tecnológicos e transformações profundas no modo de compreensão da fisiologia e anatomia humanas, patologia e saúde. Essa transformação, que promoveu a transição da medicina de uma prática empírica e artesanal para uma ciência técnica e institucionalizada, resultou em alterações significativas na relação entre o Direito e o exercício profissional da medicina.

As inovações científicas, aliadas ao aumento do contingente de profissionais médicos e à diversificação de especialidades, impulsionaram uma nova etapa no processo evolutivo da medicina. Consequentemente, surgiram novos propósitos e desafios, dentre os quais se destacam a necessidade de resgatar a identidade na relação médico-paciente, de integrar abordagens multidisciplinares e de compatibilizar os avanços tecnológicos com os princípios éticos da ciência médica.

Paralelamente ao aprimoramento científico e à ampliação das possibilidades diagnósticas e terapêuticas, surgem tensões entre a objetividade técnica e a subjetividade inerente ao sofrimento humano. Essas perspectivas demandam do profissional além de competência técnico-científica, sensibilidade, empatia e discernimento, de forma que o papel do médico transcende a intervenção biomédica, exigindo uma postura humanizada,

responsável e atenta à complexidade das relações interpessoais e às questões jurídicas que envolvem o ato terapêutico.

Considerando tais particularidades e os aspectos históricos abordados sob a ótica da relação médico-paciente, é claramente perceptível que houve uma desconstrução na concepção anterior de imunidade do médico no exercício de suas funções. Referida mudança ocorreu concomitantemente ao desenvolvimento de novas técnicas terapêuticas, à introdução de equipamentos modernos, ao aperfeiçoamento dos medicamentos e à ampliação do conhecimento médico por meio de pesquisa e inovação científicas.

Todos esses fatores mitigaram as possibilidades de ocorrência de eventos adversos considerados "infortúnios" ou "desígnios do destino", resultando na imposição de responsabilidades antes não atribuídas ao exercício da medicina. E, nesse ponto, Dantas (2021) analisa que o aumento no número de ações judiciais instauradas por erros médicos, em todas as regiões do Brasil, evidencia a realidade atual que relaciona Direito e Medicina. Os dados indicam a recorrência preocupante de situações de risco e condições físicas inadequadas, assim como a inaptidão das escolas médicas, a insuficiência de qualificação e comprometimento dos profissionais inseridos no mercado de trabalho sem a devida preparação. Revela-se, de outro lado, uma maior conscientização da sociedade, que visa a assegurar a qualidade no atendimento a ela devido.

Para o autor, o exercício da medicina, enquanto atividade humana, apresenta limitações inerentes ao seu escopo de conhecimentos, sendo inevitável a ocorrência de resultados adversos ou imprevistos. Contudo, é notório que a medicina experimentou considerável desenvolvimento no último século, oriundo de estudos e pesquisas que possibilitaram a identificação de novas patologias e agentes etiológicos, com uma melhor compreensão de suas causas. O progresso favoreceu diagnósticos mais precisos e terapêuticas aprimoradas, por meio de tratamentos clínicos ou procedimentos cirúrgicos cada vez mais especializados e sofisticados. Segundo o autor, tais fatores apontam um aumento na complexidade da prática médica e, assim, na incidência dos riscos associados a medicina.

Souza (2020) vaticina que o desenvolvimento do conhecimento médico ocorreu através de práticas experimentais, que ensejaram inúmeros equívocos e danos, posteriormente documentados pelo Direito. A autora aduz que, ao longo do tempo, a massificação e a despersonalização do atendimento, tal como a expansão das especialidades médicas, promoveram a incorporação dos conceitos de responsabilidade civil, penal e ética na relação

médico-paciente. A atribuição de responsabilidade médica, em todas as suas vertentes, passou a fundamentar o aumento dos direitos dos pacientes, ocasionando uma maior frequência de condenações judiciais.

Ainda de acordo com a autora supramencionada, na França, um dos primeiros casos jurídicos que abordaram os direitos do paciente aconteceu em 1942, relativo à importância do consentimento. Depois disso, vários países europeus criaram leis que reconheciam a importância de obter o consentimento do paciente previamente à realização de qualquer procedimento.

No Brasil, as mudanças mais marcantes se deram a partir da década de 1970, concomitantemente à ampliação dos movimentos sociais e à demanda por formalização de propostas voltadas ao atendimento dos grupos socialmente vulneráveis. Já no início da década de 1980, ocorreu a Reforma Sanitária, oportunidade em que a classe médica passou a questionar os métodos de saúde nacional e a defender o acesso universal ao direito à saúde.

Em 1986, foi realizada a 8ª Conferência Nacional de Saúde, com o propósito de promover a saúde pública no Brasil. Como resultado, o tema foi incorporado à Constituição Federal da República Federativa do Brasil de 1988, que estabeleceu o direito à saúde como dever do Estado, incluindo a previsão de indenização por danos morais decorrentes de condutas médicas ilícitas que prejudiquem os pacientes.

No contexto da luta por igualdade e direitos humanos, a evolução da medicina proporcionou novos tratamentos e possibilidades de cura para doenças anteriormente consideradas incuráveis, ao mesmo tempo em que demandou regulamentações e alterações legislativas no âmbito do Direito relacionado à saúde no país. Acrescido a isso, o desenvolvimento dos campos da bioética e do biodireito fomentou a reflexão sobre a interface entre Direito e Medicina.

À vista dessa interação, o Direito viu-se instado a estabelecer novos instrumentos regulatórios, seja para assegurar o exercício ético da profissão médica, seja para proteger os direitos dos pacientes, sobretudo nos casos de erros de procedimentos ou terapias. Assim, o intervencionismo jurídico intensificou-se a partir das últimas décadas, com o aumento do número de demandas judiciais envolvendo direitos intrínsecos à saúde e os personagens que integram essa complexa rede, como pacientes, médicos, instituições hospitalares e o próprio Estado.

Esse processo foi denominado como “judicialização da saúde”, fenômeno multifacetado que, em síntese, consiste na busca por parte do cidadão pela concretização do direito à saúde de forma abrangente (OLIVEIRA, 2013), com a presença do poder público ou entidade privada a quem se dirige a pretensão administrativa (GONTIJO, 2010). Já a “judicialização da medicina” aborda as questões relacionadas aos conflitos emergentes no âmbito da relação assistencial entre médicos e pacientes (CAMPOS *et al*., 2016).

Com base nas análises propostas, é possível constatar a amplitude da judicialização em matéria de saúde, que tem se apresentado de inúmeras formas perante o sistema judiciário. Em alguns casos, a judicialização ocorre na esfera constitucional, envolvendo dilemas éticos que demandam solução judicial; em outros, refere-se à busca pela efetivação do próprio direito à saúde, influenciando a alocação de recursos públicos; e, ainda, manifesta-se nas relações privadas, como ocorre na relação médico-paciente. Portanto, é fundamental estabelecer distinções didáticas para uma compreensão precisa das diferentes conjunturas, embora todas compartilhem o fenômeno comum da judicialização.

Nesse novo panorama, faz-se imprescindível uma análise crítica acerca do alcance da intervenção jurídica na saúde, em especial na medicina, para evitar tanto a impunidade quanto o excesso punitivista. Como observado por Ronald Dworkin (2002), o Direito deve funcionar como instrumento de justiça, abstendo-se de arbitrariedades e observando os limites técnicos e as peculiaridades de cada caso. De maneira similar, Jürgen Habermas (1997; 2002) enfatiza a importância de processos de deliberação racional e ética nas decisões públicas, principalmente quando envolvem valores essenciais como vida, saúde e dignidade.

Conclui-se, assim, que o avanço da medicina promoveu uma mudança paradigmática na função do profissional médico e na percepção jurídica quanto a sua atuação. Aquela prática tradicional de cura, alicerçada na confiança e na experiência empírica, foi gradativamente substituída por uma ciência regulada, tecnificada e sujeita à fiscalização judicial contínua. Por tais características, exige-se do Direito uma postura dialogada e cautelosa com a Medicina, que leve em consideração a complexidade dos atos médicos e evite tanto a trivialização da judicialização quanto a negação de direitos fundamentais.

### 4.4. O surgimento da bioética e do biodireito: paradigmas na relação médico-paciente

Consoante abordado em tópicos anteriores, a heterogeneidade e a interdisciplinaridade das práticas médicas demandaram a construção de novos referenciais ético-jurídicos hábeis a

abordar dilemas inéditos, como o emprego de tecnologias reprodutivas, a manipulação genética, os cuidados ao final da vida e a experimentação com seres humanos. Para lidar com assuntos tão sensíveis e caros à sociedade, surgiram a Bioética e o Biodireito, áreas distintas, porém inter-relacionadas, que se dedicam ao estudo normativo e à regulamentação das condutas no seio das ciências da vida.

Conceitualmente, a Bioética constitui uma reflexão multidisciplinar, hermética e colaborativa a respeito da adequação das ações relacionadas à vida e ao processo de viver (GOLDIM, 2006). Sua definição, particularmente em relação à competência intercultural, evidencia que, além de sua complexidade intrínseca, a disciplina possibilita abordagens interdisciplinares sobre pontos concernentes à vida. Logo, a Bioética pode ser integrada ao estudo de outras áreas do conhecimento, como as ciências jurídicas.

Historicamente, a expressão bioética (*bio* + *ethik*) foi empregada pela primeira vez por Fritz Jahr (1927), em artigo publicado na revista alemã Kosmos. Naquela oportunidade, o autor definiu a bioética como o reconhecimento de obrigações éticas inerentes aos seres humanos e a todos os seres vivos. Em seus estudos, propôs um "imperativo bioético", que consiste em tratar todos os seres vivos com respeito fundamentalmente como fins em si mesmos e, sempre que possível, agir em conformidade com esse princípio.

Apesar do pioneirismo de Jahr, durante muitos anos, o termo bioética foi atribuído a Van Rensselaer Potter, que o utilizou em um periódico publicado em 1970, descrevendo-o como a ciência da sobrevivência. Em sua fase inicial, Potter caracterizou a bioética como uma ponte capaz de estabelecer uma interface entre as ciências e as humanidades, promovendo a viabilidade do futuro.

Também no ano de 1970, o médico inglês André Hellegers, associado aos novos desafios éticos e humanos, valeu-se da terminologia para designar os novos estudos na área de reprodução humana, ao fundar o Instituto Kennedy de Ética, então intitulado Joseph P. e Rose F. Kennedy Institute of Ethics (GOLDIM, 2006).

Em decorrência das discussões suscitadas, intensificadas pelo progresso da medicina e pela imprescindibilidade de adoção de condutas éticas na abordagem dos problemas envolvidos, em 1979 foi criada a Comissão Nacional Americana para a Proteção de Sujeitos Humanos em Pesquisas Biomédicas e Comportamentais (*National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research*). Essa comissão

estabeleceu princípios éticos que orientavam a realização de experimentações com seres humanos nas áreas de ciências do comportamento e biomedicina (SOUZA, 2020).

Segundo a autora, dois relatores da comissão retromencionada, Tom Beauchamp e James Childress, examinaram os princípios fundamentais da ética e elaboraram a obra que, até hoje, constitui referência global na área, denominada *Principles of Biomedical Ethics*. Nessa pesquisa, abordaram conceitos relacionados aos princípios éticos, incluindo o princípio da não maleficência. A partir de então, a bioética passou a ser estruturada pelos quatro princípios essenciais: autonomia, beneficência, não maleficência e justiça, formando a chamada corrente Principialista que fundamenta e orienta as análises na área.

No que tange aos princípios bioéticos, particularmente o da beneficência, Drumond (2012) observa que a prática médica e os médicos permanecem fortemente influenciados pelo princípio da beneficência de Hipócrates, consignado no Juramento hipocrático: “Aplicarei os regimes para o bem dos doentes, segundo o meu saber e a minha razão, nunca para prejudicar ou fazer mal a quem quer que seja”.

Para o autor, o propósito da medicina deve ser o princípio da beneficência ou benemerência, assegurando o bem-estar do paciente conforme sua vontade e interesses, nos termos e critérios fundamentados na *Lex artis*. Destaca também que, por sua própria natureza, a atividade médica constitui uma prática intrinsecamente relacionada à beneficência.

Entretanto, com base nas premissas do autor, a prática da beneficência pelo médico não deve ser absoluta, devendo respeitar os limites impostos pela dignidade intrínseca de cada indivíduo, incluindo a consideração da liberdade de decisão e autonomia do paciente. A autonomia, enquanto direito do paciente, deve ser adequadamente ponderada em relação à beneficência, que constitui dever profissional do médico.

Assim sendo, a autonomia refere-se à faculdade do paciente de consentir às intervenções médicas; em situações de restrição desse livre-arbítrio, como na hipótese de enfermidade, menoridade civil, retardo mental ou transtornos psíquicos, as decisões deverão ser tomadas por seus representantes legais.

Em paralelo, necessário reconhecer a natureza interdisciplinar dos princípios em comento. A heterogeneidade típica da Bioética, composta por profissionais de diversas áreas, como medicina, enfermagem, psicologia, além de especialistas em filosofia, teologia e direito, assegura a pluralidade de ideias sobre um mesmo problema e reforça o objetivo de refletir a

respeito de concepções existenciais, opiniões variadas e valores intrínsecos a cada indivíduo (Rocha, 2018).

Nos dizeres da autora, a Bioética demonstra-se comprometida com os aspectos éticos da prática biomédica, estando preparada para enfrentar paradoxos emergentes da convergência entre biologia, engenharia genética e medicina reprodutiva, avaliando os impactos sociais decorrentes dessas inovações tecnológicas.

Já do ponto de vista da Bioética Clínica, mostra-se forçoso reconhecer que o consentimento informado do paciente tem gerado no âmbito internacional debates aprofundados sobre a autonomia individual (ALBUQUERQUE, 2019). Todavia, no Brasil, esse cenário é invertido diante da escassez de estudos relativos à capacidade jurídica do paciente para manifestar consentimento, abordagem mais vinculada ao Direito Civil no campo da responsabilidade civil.

Por seu turno, a bioética brasileira foi influenciada pelas características latino-americanas, marcada por profundas desigualdades sociais, limitações no acesso universal aos serviços de saúde e baixos níveis de escolaridade populacional. Em resposta a essas condições, consolidou-se a denominada bioética de intervenção, uma vertente de orientação social que busca ampliar os limites da bioética clínica tradicional ao incorporar aspectos relacionados à equidade, justiça social e proteção dos grupos mais vulneráveis (PORTO, 2009; GARRAFA, 2009).

Essa análise crítica, baseada na realidade local, surge como alternativa aos modelos importados do hemisfério norte, considerados inadequados para enfrentar os desafios éticos de países em desenvolvimento. Volnei Garrafa e Dora Porto (2003) destacam que a bioética na América Latina deve se comprometer com a transformação social, assumindo um papel ativo na denúncia das injustiças estruturais e na promoção da inclusão.

Diante da complexidade das realidades sociais latino-americanas, o compromisso ético deve ir além da relação médico-paciente, envolvendo-se com as condições que afetam a autonomia real das pessoas e a sua dignidade. Tal perspectiva revela especial importância na análise da judicialização do direito à saúde e na atuação de profissionais em situações adversas, onde a técnica deve dialogar com a ética.

Independentemente dos quadros abordados, infere-se que o dever de informar, o consentimento livre e esclarecido e o respeito às crenças e valores pessoais do paciente estão cada vez mais se tornando exigências éticas e jurídicas. Esse desenvolvimento normativo e

cultural, contudo, não surgiu de maneira espontânea, mas foi impulsionado por eventos históricos emblemáticos que expuseram as consequências trágicas da ausência desses princípios.

A má-prática médica, aliada à afronta aos princípios bioéticos e, notadamente, a não-maleficência e a autonomia foi desnudada no âmbito das denúncias que motivaram o Julgamento de Nuremberg. Tais denúncias referiam-se à participação de médicos e outros profissionais da saúde em experimentos conduzidos sem qualquer respaldo ético, sob justificativa de desenvolvimento técnico-científico, muitos dos quais ocorreram mediante violência, discriminação e sem acompanhamento inadequado.

Percebe-se, então, que a essência da Bioética está associada a compreensão simbólica da existência do outro (sujeito ou objeto), do conflito inerente a essa relação e a necessidade de estabelecer vínculos através das diferenças, conforme preleciona Cohen (2008). Assim, pressupõe-se a capacidade da prática médica com autonomia, ciente de que a sociedade atribuirá responsabilização pelos atos praticados.

Em complementação, o autor aduz que a Bioética surge dos dilemas resultantes das transformações humanas e de seus valores, exemplificados na discussão sobre a quem pertence a vida: ao próprio indivíduo, à sociedade ou a uma divindade como Deus. Sob a ótica social, o conflito deve ser compreendido a partir de uma visão pluralista, o que dificulta a definição de normas universalmente aceitas como certas ou erradas, uma vez que tais determinações dependem de cada situação e dos momentos cultural e histórico. Na esfera individual, cada pessoa é responsável por resolver essa tensão.

Quanto às situações complexas e a procura por consensos éticos, Cohen (2008) discorre que os objetivos da Bioética surgiram na tentativa de compreender o significado do novo, preparando a sociedade para possíveis adaptações. Isto é, a disciplina viabiliza a manifestação do pensamento ético, facilitando a identificação de um padrão de comportamentos morais mais adequado frente a problemas específicos. Segundo o autor, esses processos representam formas pelas quais a sociedade deve perceber, refletir e agir sob a ótica da Bioética.

Verifica-se que a bioética identifica questões emergentes e propõe respostas éticas para sua abordagem. Cabe ao direito estabelecer soluções jurídicas para os conflitos bioéticos, com o objetivo de assegurar a proteção integral do indivíduo, baseando-se em um sistema de princípios e valores considerados universais e obrigatórios (RIVABEM, 2017). Conforme a

autora, há uma integração entre bioética e direito, pois compartilham o mesmo objeto de interesse: a vida em suas múltiplas dimensões; as ciências biomédicas, a tecnociência e seus impactos sobre o ser humano.

Como desdobramento normativo da bioética nasceu o Biodireito, incorporando ao ordenamento jurídico os princípios éticos pertinentes e regulando as atividades biomédicas à luz dos direitos fundamentais. Aliás, é possível afirmar que a conexão entre biodireito e direitos humanos tem a sua gênese na dignidade da pessoa humana, com a garantia do direito à vida, expressamente previsto na Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948 e nos tratados internacionais de proteção aos direitos humanos.

No Brasil, diversos diplomas legislativos incorporaram os princípios bioéticos ao ordenamento jurídico: a Constituição Federal de 1988, ao estabelecer a dignidade da pessoa humana como fundamento da República (art. 1º, III) e ao garantir o direito à saúde (art. 6º e art. 196); o Código Civil de 2002, ao prever limites à disposição do próprio corpo (art. 13); o Estatuto da Criança e do Adolescente, o Estatuto do Idoso, a Lei de Biossegurança, a Resolução CNS nº 466/12 (ética em pesquisa) e inúmeras resoluções do Conselho Federal de Medicina.

Do arcabouço normativo em voga, atesta-se que o Biodireito é um ramo jurídico contemporâneo e transversal, que articula normas de direito civil, penal, constitucional, sanitário e internacional, com o propósito de assegurar a dignidade da pessoa humana diante dos avanços científicos.

Já no que toca à relação intrínseca entre direito e bioética, Broekman (1998) ressalta a necessidade de reconhecer que os corpos submetidos à medicalização se encontram, previamente, juridicizados, assim como os processos de juridicização estão associados à medicalização. Esses procedimentos constituem elementos essenciais na atribuição de significado ao corpo enquanto entidade cultural. Dessa maneira, ambos processos consolidam a influência do direito e da medicina sobre a ética, consoante evidenciado por suas práticas e normas.

Apesar das singularidades próprias, é indiscutível a troca de influências entre a bioética e o direito, sobretudo porque compartilham do mesmo elemento central: a dignidade da pessoa humana. E por esse motivo, Casabona (2005) ajuda a complementar essa tese ao mencionar que a relação entre a bioética e direito deve ser dialética, amparada em quatro ideais indissolúveis, esquematizados a seguir:

**Quadro 6** Ideais da relação dialética entre bioética e direito

| |
|---|
| **1.** Reflexão e busca de princípios reguladores |
| **2.** Assegurar o pluralismo na discussão |
| **3.** Buscar a uniformização de critérios, em um contexto supranacional e internacional, harmonizando legislações. |
| **4.** Intervenção do direito deve ter diferentes enfoques: a instrumentação jurídica deve ser prudente e sóbria, elástica e aberta a valores e situações diversas. |

**Fonte:** Casabona, 2005

A partir desses pontos, evidencia-se que o vínculo entre bioética e direito deve ser pautado por um diálogo constante, crítico e sensível às transformações sociais, ancorado na dignidade da pessoa humana. Esses quatro pilares delineiam um caminho possível para enfrentar as adversidades atuais com responsabilidade e equilíbrio, evitando tanto o autoritarismo normativo quanto o relativismo ético. Por conseguinte, fortalece-se uma abordagem integradora e humanista, capaz de apresentar respostas legítimas e coerentes aos desafios biojurídicos do presente e do futuro.

O desenvolvimento do biodireito simboliza, assim, uma resposta jurídica à complexidade bioética das sociedades modernas, funcionando como um "filtro jurídico" dos avanços biomédicos, à luz da proteção da dignidade e da vida, da privacidade, da autodeterminação e do consentimento informado.

No plano da relação médico-paciente, a articulação entre bioética e biodireito é primordial para reequilibrar a assimetria de poder histórica, garantindo ao paciente não apenas um tratamento técnico adequado, mas também respeito como sujeito de direitos. Para o médico, por outro lado, esses referenciais ético-jurídicos oferecem segurança na tomada de decisões, desde que observados os princípios fundamentais e respeitada a vontade informada do paciente.

## 4.5 Impactos da escalada judicial na relação médico-paciente

O crescimento da escalada judicial na relação médico-paciente insere-se em um contexto mais amplo de ampliação da consciência dos pacientes acerca de seus direitos e do fortalecimento do direito à saúde como garantia constitucional e direito humano fundamental.

Dados do Conselho Nacional de Justiça (CNJ) evidenciam a magnitude desse fenômeno: apenas em 2023, foram ajuizadas cerca de 565 mil ações relacionadas à saúde, representando um aumento aproximado de 20% em relação a 2022.

Em recorte ainda mais específico, observa-se um salto expressivo no número de processos envolvendo diretamente a atuação médica, que passaram de pouco mais de 12 mil ações em 2023 para mais de 74 mil em 2024, o que corresponde a um crescimento superior a 500% em apenas um ano, com média aproximada de 200 novas ações por dia. Atualmente, há mais de 139 mil processos pendentes de julgamento relacionados à responsabilidade civil de profissionais da saúde no país, o que confirma a judicialização como tendência estrutural do sistema de saúde brasileiro (CNJ, 2024). Já durante o primeiro trimestre de 2025, essa tendência permaneceu bastante intensa, levando o CNJ a considerar esse volume como uma verdadeira "epidemia judicial".

Esses dados indicam que a judicialização da medicina deve ser compreendida como fenômeno quantitativamente expressivo e qualitativamente heterogêneo. O volume de ações relacionadas à saúde, o crescimento dos processos envolvendo a atuação médica e o estoque de demandas pendentes denotam a relevância institucional do tema para a compreensão da relação entre prática médica, responsabilidade profissional e acesso à justiça. Todavia, por se tratar de dados extraídos de fonte documental, a análise interpretativa dos números não autoriza, isoladamente, conclusão causal sobre aumento de erro médico, má prática profissional ou falha assistencial generalizada.

Apesar da expressividade dos números, a escalada judicial não deve ser compreendida como simples hostilidade social contra o médico. Ela expressa a combinação entre maior consciência de direitos, ampliação do acesso à informação, falhas assistenciais, expectativas terapêuticas elevadas, despersonalização do cuidado e insuficiência de mecanismos institucionais de resposta ao conflito. Por isso, o estudo da judicialização da medicina exige equilíbrio, consubstanciado no fato de proteger o paciente contra danos efetivos sem transformar o médico em responsável universal por todos os limites da assistência em saúde.

Os números também refletem um cenário de aplicabilidade do princípio constitucional da inafastabilidade jurisdicional (amplo acesso à Justiça) e instrumentos de reivindicação de direitos, impondo desafios significativos à prática médica e à organização do sistema de saúde como um todo. O crescimento das demandas contribui para um ambiente de insegurança jurídica, no qual o médico-clínico, sobretudo aquele que atua na linha de frente do cuidado,

passa a exercer sua atividade sob risco permanente de responsabilização. Esse contexto afeta diretamente a autonomia profissional, desestimula decisões clínicas mais complexas e, não raras vezes, conduz à adoção de práticas de medicina defensiva, caracterizadas pela solicitação excessiva de exames, pela priorização de condutas menos arriscadas, ainda que menos eficazes, e pela evitação de intervenções potencialmente benéficas ao paciente.

As consequências dessa dinâmica extrapolam o plano individual e repercutem de forma sistêmica. O aumento de exames e procedimentos desnecessários eleva custos, sobrecarrega a rede assistencial e compromete a racionalidade do cuidado em saúde. Ademais, a judicialização excessiva fragiliza a relação médico-paciente, reduzindo a confiança mútua, elemento essencial para a adesão ao tratamento e para a obtenção de desfechos clínicos satisfatórios. A literatura demonstra que pacientes que se sentem acolhidos, ouvidos e adequadamente informados tendem a participar de forma mais ativa do processo terapêutico, enquanto médicos que atuam em ambientes marcados pela confiança conseguem exercer seu julgamento clínico com maior segurança e assertividade.

Nesse cenário, o impacto emocional e psicológico sobre os profissionais de saúde também se mostra relevante. A constante possibilidade de processos judiciais, aliada à morosidade do sistema de justiça, gera estresse, desgaste emocional e sentimento de injustiça, sobretudo quando falhas estruturais do sistema de saúde são interpretadas como responsabilidade individual do médico. Essa percepção foi expressamente reconhecida por entidades representativas da classe médica.

O Colégio Brasileiro de Cirurgiões - CBC, com apoio institucional do Conselho Federal de Medicina - CFM, questionou formalmente o uso da expressão “erro médico” pelo CNJ para classificar genericamente ações judiciais envolvendo profissionais e estabelecimentos de saúde, por entender que a nomenclatura possuía caráter estigmatizante e tecnicamente impreciso. Em resposta, o CNJ substituiu a expressão por “responsabilidade civil do profissional da saúde”, medida que contribui para uma abordagem mais técnica e equilibrada dos conflitos, sem afastar a tutela dos direitos dos pacientes.

Diante desse contexto, impõe-se a necessidade de uma abordagem equilibrada da judicialização, que assegure o direito dos pacientes à reparação de danos efetivamente sofridos, sem transformar o processo judicial em instrumento de punição indiscriminada ou de assédio ao exercício profissional. Tal equilíbrio exige o reconhecimento de que a proteção jurídica do médico e a defesa dos direitos do paciente não são objetivos antagônicos, mas

complementares, quando orientados pela ética, pela racionalidade científica e pela humanização do cuidado.

No plano prático, a atuação médica demanda a adoção de estratégias institucionais e profissionais de mitigação de riscos. Entre elas, destaca-se a organização administrativa e documental da assistência prestada, com registros claros, completos e atualizados no prontuário do paciente, incluindo histórico clínico, exames solicitados e realizados, decisões terapêuticas, orientações fornecidas e termos de consentimento informado. A documentação adequada constitui elemento central tanto para a segurança assistencial quanto para eventual defesa jurídica, pois demonstra que a conduta médica observou os padrões técnicos e éticos exigidos pela profissão.

Os termos de consentimento informado, quando elaborados de forma clara, ética e personalizada, reforçam a autonomia do paciente e reduzem significativamente o potencial de conflitos. Em procedimentos de maior risco ou complexidade, a utilização de instrumentos contratuais ou termos específicos de responsabilidade pode contribuir para o alinhamento de expectativas, desde que não configurem renúncia indevida de direitos ou violação de princípios éticos.

Para além dos aspectos administrativos, a capacitação contínua e o atendimento humanizado assumem papel central na prevenção da judicialização. A atualização constante em protocolos clínicos, diretrizes científicas e normas jurídicas do setor de saúde fortalece a segurança técnica da atuação médica. Paralelamente, a adoção de práticas de comunicação empática, escuta qualificada e transparência no diálogo com o paciente reduz ruídos, frustrações e mal-entendidos que frequentemente estão na gênese das demandas judiciais.

No campo jurídico, embora conselhos profissionais e associações médicas ofereçam orientações gerais, a complexidade crescente dos litígios em saúde evidencia a importância de assessoria especializada em Direito Médico e Hospitalar e Direito da Saúde, não apenas para a defesa em processos judiciais, mas, sobretudo, para a atuação preventiva. A consultoria jurídica integrada à prática clínica contribui para esclarecer limites de responsabilidade, orientar condutas e estruturar protocolos institucionais de gestão legal de riscos.

Com o avanço da judicialização, a postura passiva mostra-se incompatível com a realidade contemporânea da prática médica. A adoção de boas práticas administrativas, a valorização da humanização do cuidado, a qualificação profissional contínua e o suporte jurídico especializado constituem instrumentos essenciais para a construção de uma prática

médica mais segura, ética e sustentável. Referidas estratégias protegem os profissionais diante da crescente litigiosidade e fortalecem a confiança na relação médico-paciente, promovendo benefícios para o sistema de saúde e para a sociedade como um todo.

Sob outra perspectiva, refletir sobre o papel dos médicos na escalada judicial exige, inicialmente, a contextualização do fenômeno em sua complexidade estrutural, bem como a identificação dos múltiplos atores institucionais e sociais nele envolvidos. Trata-se de uma dinâmica que não se restringe à realidade brasileira, sendo observada em diferentes sistemas jurídicos e sanitários, especialmente em países que reconhecem o direito à saúde como direito humano fundamental (PERLINGEIRO, 2012; YAMIN; GLOPPEN, 2011). Verifica-se, assim, que a judicialização assume, muitas vezes, um caráter instrumental, funcionando como meio utilitário de acesso a prestações de saúde não suficientemente delimitadas em normas constitucionais ou legais, mais do que como mecanismo de concretização sistemática de políticas públicas de saúde (YAMIN; GLOPPEN, 2011).

A especificidade das demandas judiciais em saúde, marcadas por elevado conteúdo técnico-científico, faz emergir um campo de tensão entre distintas esferas de discricionariedade: a discricionariedade médica, fundada no saber clínico e na autonomia profissional; a discricionariedade administrativa, relacionada à gestão racional e coletiva dos recursos públicos em saúde; e a discricionariedade jurisdicional, exercida pelo Poder Judiciário ao decidir sobre a concessão de tutelas individuais (GADELHA, 2014). Nesse cenário, observa-se que a balança decisória tende a inclinar-se em favor da prescrição médica, frequentemente tratada como premissa inquestionável na órbita jurisdicional, o que acaba por conferir ao poder médico uma centralidade que, em determinados contextos, sobrepuja tanto a autoridade administrativa quanto a própria racionalidade sistêmica do direito à saúde (GADELHA, 2014).

Essa dinâmica decorre, em grande medida, da dificuldade estrutural do Poder Judiciário em lidar com a complexidade técnica das demandas sanitárias, que se materializa na impossibilidade de o magistrado deter conhecimento especializado suficiente para avaliar, com profundidade, a pertinência clínica e científica da prescrição, o que conduz à dependência de pareceres técnicos, perícias ou núcleos de apoio, nem sempre disponíveis ou acionados em tempo hábil (PERLINGEIRO, 2012). Como consequência, consolida-se um modelo decisório no qual a prescrição médica, sobretudo quando acompanhada da alegação de urgência, passa a ser acolhida sem o devido contraditório técnico-administrativo,

instaurando o que a doutrina já identificou como uma transição da “ditadura da ética do julgador” para a “ditadura técnica do prescritor” (FIRMO, 2011).

Nota-se que a invocação recorrente do caráter de urgência, muitas vezes dissociada da realidade clínica, reforça esse cenário. Não são raras as situações em que demandas são ajuizadas com pedidos liminares baseados em suposta urgência, embora o tratamento ou procedimento pleiteado esteja programado para meses posteriores, evidenciando um uso estratégico da tutela de urgência como mecanismo de pressão decisória. Uma vez concedida a liminar, cria-se um quadro de difícil reversibilidade, pois a suspensão posterior de medicamentos, procedimentos ou terapias já iniciados gera insegurança jurídica, riscos assistenciais e forte resistência social, mesmo quando a decisão definitiva venha a reconhecer a improcedência do pedido.

Todavia, seria reducionista atribuir a judicialização exclusivamente ao conflito entre médico, gestor e Poder Judiciário. Como exaustivamente abordado em capítulos anteriores, o fenômeno é atravessado por uma rede complexa de interesses e influências que antecedem ou permeiam a prescrição médica. A literatura registra de forma consistente as relações existentes entre a indústria farmacêutica e de equipamentos médicos, associações de pacientes, sociedades de especialidades, estabelecimentos de saúde e profissionais médicos, bem como o impacto dessas relações na indução de práticas assistenciais e no uso estratégico do sistema judicial para incorporação acrítica de tecnologias (KLIGERMAN, 2003; LOPES *et al*., 2010).

A atuação dirigida da indústria farmacêutica sobre os médicos, muitas vezes naturalizada ou subestimada pelos próprios profissionais, constitui fator relevante nesse contexto. Estudos demonstram que a influência mercadológica, ainda que não percebida conscientemente, afeta padrões de prescrição e decisões clínicas, levando profissionais a acreditarem-se imunes a tais pressões sem que, de fato, o sejam (ANGELL, 2007; AZEVEDO, 2011). Em determinadas situações, esse encadeamento de interesses pode ultrapassar limites éticos, transformando a judicialização em instrumento de expansão comercial de tecnologias cuja eficácia, segurança ou essencialidade não estão devida e amplamente comprovadas (KLIGERMAN, 2003).

Diante desse panorama, a judicialização revela-se como fenômeno que extrapola o plano jurídico e alcança dimensões éticas, econômicas, institucionais e relacionais. É nesse contexto que se insere o profissional médico, notadamente o médico clínico, que atua na linha

de frente do cuidado, não apenas como potencial indutor de demandas judiciais, mas também como agente estratégico de mitigação do litígio. Ao compreender os impactos jurídicos de sua atuação, adotar práticas de comunicação qualificada, consentimento informado substancial e integração com mecanismos institucionais de gestão de riscos, o médico passa a desempenhar papel central na construção de um modelo de atenção à saúde mais humano, racional e juridicamente sustentável.

### 4.5.1. A distinção técnica entre judicialização da saúde e judicialização da medicina

Com o objetivo de evitar confusões terminológicas e conceituais entre fenômenos que, embora relacionados, possuem naturezas jurídicas e analíticas distintas, faz-se necessária a diferenciação entre a judicialização da saúde e a judicialização na relação médico-paciente, também denominada por parte da doutrina como judicialização da medicina.

A literatura especializada aponta que, no cenário brasileiro, coexistem ao menos dois planos distintos de judicialização associados ao campo da saúde. Conforme sistematizado por Vasconcelos (2017), com base em contribuições de Oliveira (2013), Gontijo (2010) e Campos *et al*. (2016), a judicialização da saúde refere-se, em sentido amplo, à busca do Poder Judiciário como meio de efetivação do direito fundamental à saúde, especialmente diante de omissões, insuficiências ou negativas do Estado ou de entes privados, como operadoras de planos de saúde. Nesse âmbito, o litígio costuma envolver políticas públicas, questões estruturais e distributivas, como fornecimento de medicamentos, acesso a tratamentos, leitos hospitalares, procedimentos de alto custo e incorporação de tecnologias em saúde.

Por outro lado, a judicialização da medicina, ou judicialização da relação médico-paciente, apresenta contornos mais específicos e se concentra nos conflitos decorrentes da interação direta entre profissional de saúde e paciente. Esse segundo fenômeno abrange, sobretudo, demandas relacionadas à responsabilidade civil médica, alegações de erro profissional, falhas de comunicação, ausência ou insuficiência de consentimento informado, expectativas frustradas quanto aos resultados terapêuticos e rupturas no vínculo de confiança que sustenta a prática clínica.

Embora distintos em sua natureza e em seus objetos imediatos, esses dois processos de judicialização não se mostram completamente antagônicos. Ao contrário, frequentemente se interpenetram e retroalimentam. A judicialização da saúde, ao ampliar a intervenção judicial

no campo assistencial, tende a reforçar a percepção de risco jurídico no exercício da medicina, enquanto a judicialização da relação médico-paciente contribui para o fortalecimento de práticas defensivas e para o deslocamento do cuidado clínico para uma lógica excessivamente juridicizada.

Distinguir conceitualmente esses fenômenos é fundamental para a adequada compreensão do problema investigado nesta tese. Enquanto a judicialização da saúde está relacionada à garantia de prestações estatais e à governança do sistema de saúde, a judicialização da relação médico-paciente incide diretamente sobre o cotidiano da prática clínica, afetando a autonomia profissional, a qualidade do cuidado e a confiança na relação terapêutica. É precisamente nesse segundo plano que se insere o recorte analítico central da pesquisa, ao examinar como a humanização do cuidado e a gestão legal de riscos podem atuar como instrumentos de mitigação da escalada judicial, reposicionando o médico, especialmente o médico clínico, como agente de prevenção do conflito e de promoção de um modelo de atenção à saúde mais humano, racional e juridicamente sustentável.

A ementa a seguir, extraída do Tribunal de Justiça do Estado de Mato Grosso do Sul, constitui exemplo paradigmático da modalidade de judicialização da saúde. O julgado examina a obrigação do ente estatal de fornecer procedimento cirúrgico na rede pública de saúde, considerando o direito fundamental à saúde, a dignidade da pessoa humana e a jurisprudência consolidada do Supremo Tribunal Federal, especialmente no que se refere à responsabilidade solidária dos entes federativos (Tema 793/STF):

> APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. FORNECIMENTO DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO – DIREITO À SAÚDE – DEVER DO ENTE ESTATAL DE GARANTIR O MÍNIMO EXISTENCIAL – REALIZAÇÃO DA CIRURGIA NA REDE PÚBLICA DE SAÚDE COM MATERIAIS PADRONIZADOS PELO SUS. DIRECIONAMENTO DA OBRIGAÇÃO AO ENTE PÚBLICO RESPONSÁVEL – TEMA 793 DO STF. RECURSO PROVIDO. 1. Recurso de apelação cível interposto pelo autor que visa a reforma da sentença que julgou improcedentes o pedido inicial de condenação dos entes públicos ao fornecimento de procedimento cirúrgico. 2. Consiste em analisar o direito à realização da cirurgia pleiteada, bem como a responsabilidade solidária dos entes públicos. 3. A saúde é direito de todos e dever do Estado, o qual deverá garantir à sociedade a efetiva prestação de serviços mínimos para uma vida digna, não podendo valer-se da cláusula da reserva do possível para se abster de dar o efetivo cumprimento ao princípio da dignidade da pessoa humana. 4. No caso, evidenciada a necessidade do tratamento cirúrgico requerido com base em laudo elaborado por profissional médico da rede pública de saúde, bem como que o requerente não possui condições financeira de arcar os custos, impõe-se a condenação dos entes públicos ao fornecimento da cirurgia. 5. Conforme entendimento firmado no Supremo Tribunal Federal, no julgamento do Tema 793 (RE 855.178/SE), "os entes

> da federação, em decorrência da competência comum, são solidariamente responsáveis nas demandas prestacionais na área da saúde, e diante dos critérios constitucionais de descentralização e hierarquização, compete à autoridade judicial direcionar o cumprimento conforme as regras de repartição de competências e determinar o ressarcimento a quem suportou o ônus financeiro". 6. Recurso conhecido e provido, com o parecer. (TJMS – Apelação Cível nº 0857144-46.2024.8.12.0001 - Campo Grande, Relator Desembargador Odemilson Roberto Castro Fassa, 3ª Câmara Cível, Data de Julgamento: 30/10/2025, Data de Publicação: 31/10/2025).

A decisão em análise demonstra que o núcleo do litígio não reside em eventual falha na atuação médica ou em conflito decorrente da relação médico-paciente, mas na omissão estatal quanto à prestação de serviço de saúde essencial, consistente na realização de procedimento cirúrgico indispensável à preservação da vida digna do autor da demanda.

Observa-se que o Tribunal Sul-mato-grossense parte de premissas firmadas no constitucionalismo brasileiro contemporâneo: o reconhecimento da saúde como direito fundamental de eficácia imediata, a centralidade da dignidade da pessoa humana e a impossibilidade de invocação abstrata da cláusula da reserva do possível para afastar a prestação estatal quando demonstrada a necessidade do tratamento e a incapacidade financeira do paciente. Nesse ponto, a decisão alinha-se à orientação firmada pelo Supremo Tribunal Federal no julgamento do Tema 793, reafirmando a responsabilidade solidária dos entes federativos nas demandas prestacionais em saúde.

Contudo, é relevante destacar que a decisão também evidencia um traço característico da judicialização da saúde, que é a centralidade do laudo médico como elemento probatório determinante. A necessidade do procedimento cirúrgico foi reconhecida com base em laudo subscrito por profissional da rede pública, cuja avaliação clínica foi acolhida pelo Poder Judiciário como pressuposto suficiente para a condenação dos entes públicos. Embora adequada nesse contexto específico, essa deferência técnica ilustra como a prescrição médica, mesmo quando corretamente utilizada, exerce forte influência sobre a decisão judicial.

É precisamente nesse ponto que se revela a zona de interseção, e potencial transição, entre a judicialização da saúde e a judicialização da relação médico-paciente (medicina). Ainda que o caso não envolva responsabilização civil do profissional, a inquestionabilidade da indicação médica como fundamento decisório corrobora a percepção de risco jurídico no exercício da medicina, mormente quando transposta para demandas em que se discutem erros, falhas assistencial e de comunicação ou ausência de consentimento informado.

A jurisprudência em voga indica que a judicialização da saúde, ao ampliar a intervenção judicial no campo assistencial, pode produzir efeitos indiretos sobre a prática clínica. Ao consolidar um modelo decisório fortemente dependente da prescrição médica e da urgência terapêutica, o Poder Judiciário contribui, ainda que involuntariamente, para o fortalecimento de práticas defensivas e para a juridicização do ato médico, fenômenos amplamente discutidos nesta tese.

Nesse sentido, o julgado reforça a importância de distinguir, sem dissociar, as duas modalidades de judicialização. Se, por um lado, decisões como a analisada são essenciais para a garantia do direito fundamental à saúde e para a correção de omissões estatais, por outro, evidenciam a necessidade de mecanismos complementares, como a especialidade do profissional (residência médica), a humanização do cuidado e a gestão legal de riscos, capazes de mitigar os efeitos colaterais da escalada judicial sobre a relação médico-paciente.

Para a problemática central da tese, o estudo jurisprudencial confirma que a judicialização da saúde não pode ser compreendida isoladamente como instrumento de efetivação de direitos, mas deve ser examinada também a partir de seus impactos sistêmicos e relacionais. É nesse espaço que se insere o papel do médico clínico como agente de mediação e prevenção de conflitos, capaz de atuar, por meio da assistência e comunicação qualificadas, do consentimento informado substancial e da integração com protocolos institucionais, para evitar que a legítima busca judicial por prestações de saúde se converta em ruptura do vínculo terapêutico ou em ampliação desnecessária da litigiosidade.

Diversamente das demandas prestacionais que caracterizam a judicialização da saúde em sentido amplo, a judicialização da medicina manifesta-se de forma mais direta nos litígios que têm por objeto a responsabilidade civil do profissional de saúde e dos entes envolvidos na prestação do serviço médico.

Nesse plano, o Poder Judiciário é invocado a avaliar a correção técnica do procedimento realizado, a observância de padrões mínimos de cuidado, segurança e diligência, bem como os impactos da conduta profissional sobre a confiança que sustenta o vínculo terapêutico. As decisões judiciais proferidas nesse contexto assumem relevância que extrapola o caso, porque contribuem para delinear parâmetros de responsabilização e influenciam, direta ou indiretamente, a forma como os profissionais médicos passam a exercer sua atividade.

Com o propósito de elucidar a dualidade em estudo, o acórdão do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo constitui exemplo emblemático de judicialização da medicina, ao tratar de ação indenizatória fundada em erro médico decorrente do esquecimento de corpo estranho em procedimento cirúrgico. O caso permite examinar os fundamentos da responsabilização civil, os efeitos da falha assistencial sobre a esfera psíquica do paciente e os reflexos dessa lógica decisória sobre a prática médica:

> DIREITO CIVIL. APELAÇÃO. INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS. RESPONSABILIDADE CIVIL POR ERRO MÉDICO. ESQUECIMENTO DE CORPO ESTRANHO. 1. Ação de indenização por danos morais decorrente de erro médico, onde a autora, após cesariana, teve uma compressa esquecida em seu abdome, necessitando de nova cirurgia para remoção. 2. A questão em discussão consiste em saber se há responsabilidade civil por erro médico. 3. Concedida a justiça gratuita ao corréu, entidade sem fins lucrativos, comprovada a insuficiência de recursos. 4. Apelante que dispõe de Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social na área da Saúde, e também integra o CNAS. 5. Preliminar de ilegitimidade passiva rejeitada. 6. Terceirização da gestão do serviço público, por meio de contrato ou convênio com entidade privada, não afasta a legitimidade do ente para figurar no polo passivo da demanda. 7. Responsabilidade solidária entre o ente federativo e o particular conveniado, nos casos em que hospitais privados, mediante convênio, prestam serviços de saúde no âmbito do SUS. 8. Responsabilidade civil do Estado objetiva, sendo suficiente a demonstração do nexo causal entre a conduta e o dano. 9. Falha na prestação do serviço médico comprovada pela retenção de corpo estranho, configurando negligência. 10. Dever de reparar que subsiste independentemente da celeridade no tratamento subsequente, pois o dano já havia sido causado. 11. Falha que não se limita a ocasionar desconforto físico, mas provoca abalo psicológico, expondo o paciente a um estado de incerteza, medo e perda de confiança na qualidade do atendimento prestado. 12. Configurado o nexo de causalidade entre a conduta lesiva e o dano experimentado pela autora, que transcende o mero dissabor. 13. Conclusão de que não houve "comprometimento físico permanente" ou que o tratamento subsequente foi "correto" não é suficiente para afastar o dever de indenizar, na medida em que o dano moral decorre da própria violação dos direitos personalíssimos e do sofrimento causado pela conduta lesiva, independentemente da existência de sequelas permanentes. 14. Valor da indenização, fixado R$ 15.000,00, que é adequado e proporcional ao dano. IV. Dispositivo e Tese: 14. Recurso do corréu parcialmente provido para concessão de justiça gratuita; recurso do Estado de São Paulo desprovido. (TJSP – Apelação Cível nº 1007475-25.2023.8.26.0053, Relator Carlos Von Adamek, 2ª Câmara de Direito Público, Data de Julgamento: 19/12/2024, Data de Publicação: 23/01/2025).

Do ponto de vista jurídico, a decisão reconhece que o dano experimentado pela paciente não se limita à necessidade de nova intervenção cirúrgica, tampouco pode ser afastado pela ausência de sequelas permanentes ou pela correção posterior da falha. O sofrimento indenizável decorre da própria violação aos direitos da personalidade, manifestada pelo abalo psicológico, pela exposição a risco indevido e, principalmente, pela perda da confiança na qualidade do atendimento médico recebido. Essa leitura evidencia que, no

âmbito da judicialização da medicina, o dano moral está intrinsecamente ligado à quebra do vínculo terapêutico, elemento estruturante da prática clínica.

Sob uma ótica social, o caso ilustra como episódios de erro médico reforçam a percepção de insegurança associada ao exercício da medicina, contribuindo para a intensificação da litigiosidade. Embora a responsabilização seja juridicamente necessária e eticamente inafastável em situações similares, decisões dessa natureza também produzem efeitos sistêmicos, influenciando o comportamento dos profissionais e, em cenários menos claros, incentivando posturas defensivas.

Com efeito, o caso demonstra que a judicialização da medicina não pode ser enfrentada apenas por meio de respostas repressivas ou indenizatórias posteriores ao dano, de modo que a mitigação da escalada judicial exige a adoção de estratégias preventivas, como protocolos institucionais de segurança do paciente, gestão legal de riscos e fortalecimento de uma cultura organizacional orientada à prevenção de eventos adversos.

Além disso, ainda que em hipóteses de falha grave a responsabilização seja inevitável, a forma como o evento é comunicado, gerido e acompanhado no período subsequente assume relevância decisiva. A humanização do cuidado, a comunicação transparente e o acolhimento adequado do paciente e de seus familiares não afastam o dever de indenizar, mas podem mitigar a intensificação do conflito e preservar, na medida do possível, a confiança e a dignidade das partes envolvidas.

Assim, o acórdão confirma que a judicialização da medicina deve ser compreendida como fenômeno complexo, que não se esgota na apuração do erro técnico, mas envolve dimensões éticas, relacionais e institucionais.

Em linhas gerais, apresenta-se o quadro abaixo, que sintetiza diferenças estruturais, critérios decisórios e implicações ético-jurídicas de ambos os planos de judicialização, servindo como ponte metodológica para o desenvolvimento do item 4.6 (“O cotidiano terapêutico e a relação médico-paciente como objetos de litígios nos tribunais”).

**Quadro 7** Comparativo técnico-jurisprudencial

| CRITÉRIO TÉCNICO-JURÍDICO | JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE | JUDICIALIZAÇÃO DA MEDICINA |
|---|---|---|

| | | |
|---|---|---|
| **Objeto do litígio** | Prestação sanitária (medicamento, procedimento, leito, tecnologia) e sua alocação no sistema | Conduta profissional, dever de informar, consentimento, danos e nexo causal |
| **Sujeitos passivos** | Entes federativos; por vezes, operadoras/estabelecimentos | Médico, hospital, ente público (quando serviço do SUS/convênio) |
| **Centro de gravidade decisório** | Governança do SUS, repartição de competências e limites institucionais | Padrões técnicos de cuidado, comunicação clínica, registro e prova do ato assistencial |
| **Padrão probatório** | Laudos/relatórios e demonstração de necessidade; frequentemente com urgência e/ou emergência | Prontuário, consentimento informado, perícia, protocolos, cadeia de eventos adversos |
| **Precedentes estruturantes** | Tema 793/STF (responsabilidade solidária e direcionamento do cumprimento) | Responsabilização civil (em regra, subjetiva), dever de indenizar por falha e dano moral pela violação de direitos da personalidade |
| **Risco típico de distorção** | Captura do sistema pela lógica do caso individual; pressão orçamentária e assimetria informacional | Medicina defensiva, retração da autonomia clínica e erosão do vínculo de confiança |
| **Impacto na relação médico-paciente** | Indireto (via reorganização do acesso e do fluxo assistencial) | Direto (ruptura de confiança, comunicação litigiosa, estresse profissional) |
| **Estratégia de mitigação** | Protocolos de incorporação racional, NAT-Jus, padronização e governança baseada em evidências | Comunicação e assistência qualificadas, prontuário robusto, consentimento informado, gestão de riscos e protocolos de segurança |
| **Papel do médico-clínico** | Colabora com evidências clínicas e racionalidade terapêutica, evitando prescrições desancoradas de diretrizes | Atua como agente de prevenção do conflito, reduzindo ruídos, alinhando expectativas e integrando cuidado + gestão legal de riscos |

**Fonte:** elaborada pelo autor.

Da distinção esposada decorre um ponto decisivo para a arquitetura argumentativa do Capítulo 4: se a judicialização da saúde opera predominantemente no plano prestacional e institucional (conforme problematizações do Capítulo 3), a judicialização da medicina desloca

o foco para o cotidiano terapêutico e para a gramática relacional do cuidado, em que assistência, comunicação, consentimento, registro e percepção de acolhimento passam a funcionar como variáveis juridicamente relevantes.

Conclui-se, portanto, que a escalada judicial, além de pressionar todo o sistema de saúde, também reconfigura a clínica: o médico clínico, situado na linha de frente do cuidado, tende a experimentar aumento de insegurança decisória e a adotar condutas defensivas, com impactos diretos sobre confiança, adesão ao tratamento e qualidade do encontro terapêutico, matéria que será aprofundada, conforme item 4.6, ao tratar da relação médico-paciente como objeto de litígios nos tribunais.

### 4.5.2 Expansão do ensino médico, formação profissional e riscos indiretos de judicialização

A expansão do ensino médico deve ser analisada com prudência, sem pressupor relação causal automática entre aumento de cursos, formação profissional e judicialização. O ponto de estudo para esta tese é demonstrar que a qualidade da formação médica pode influenciar a capacidade do profissional de prevenir conflitos.

Com a recente expansão do ensino médico, reacende-se uma questão técnico-científica há muito reconhecida pela prática médica, inerente ao fato de que a Medicina não se esgota na aplicação mecânica de protocolos. Além disso, muito embora diretrizes clínicas sejam indispensáveis para segurança e padronização, o ato médico permanece, em essência, um exercício de julgamento prudencial, que exige integrar evidências, singularidades do paciente, limitações institucionais e riscos previsíveis (MONTGOMERY, 2006). Em cenários assistenciais atravessados por incertezas, conflitos de valores e expectativas legítimas, muitas vezes intensificadas por assimetrias informacionais, a decisão clínica demanda comunicação qualificada, documentação robusta e tomada de decisão compartilhada, como condições de legitimidade do cuidado e de preservação da confiança na relação terapêutica (ELWYN *et al*., 2012).

Nesse quadro, a filosofia clássica auxilia na compreensão desse contraste ao distinguir conhecimento técnico-científico (*episteme*) e sabedoria prática (*phronesis*), sendo esta última o tipo de racionalidade que orienta a melhor decisão possível quando não há “uma” resposta certa, e sim alternativas com riscos, custos e dilemas morais distintos (ARISTÓTELES, 2009).

Se avaliações padronizadas conseguem captar, com alguma fidelidade, a dimensão cognitiva do saber médico, elas frequentemente deixam escapar o núcleo prudencial do ato clínico (comunicação, julgamento contextual, tomada de decisão compartilhada, manejo de incertezas, documentação responsável e ética aplicada). Esse configura justamente o conjunto de competências que, quando falham, costuma ensejar insatisfação, frustração e, no limite, litígio.

A literatura filosófica e bioética da Medicina é consistente ao defender que a boa prática resulta da integração entre competências técnica e prudência, porque a clínica é uma prática normativa orientada ao bem do paciente, não um exercício meramente instrumental (PELLEGRINO; THOMASMA, 1981; MONTGOMERY, 2006). Em termos diretos, um exame de cunho acadêmico e escrito pode até aferir o "saber" teórico, todavia, o paciente demanda o "cuidado". Ademais, o Poder Judiciário, quando provocado, não está preocupado em avaliar se o profissional médico, ao longo de sua carreira, logrou êxito em cumprir requisitos impostos por uma "prova", mas busca avaliar e examinar a decisão clínica pelos seus registros, fundamentos e conformidade técnico-ética, à luz dos vestígios documentais deixados no prontuário e demais documentos.

Esse pano de fundo filosófico não é ornamento teórico; ele tem efeitos institucionais e jurídicos. Isso porque a mercantilização da graduação médica, entendida como expansão orientada prioritariamente por oportunidade econômica, com descolamento entre abertura de vagas e capacidade real de formar com qualidade, transforma a discussão sobre ensino em tema de segurança do paciente e, por consequência, de judicialização.

Quando cursos proliferam sem o mínimo de lastro assistencial e estrutura organizacional, o processo formativo tende a se deslocar do leito para a sala de aula; do internato para simulações insuficientes; da supervisão longitudinal para estágios fragmentados; e da cultura do hospital-escola para uma rede de práticas que nem sempre dispõe de volume, diversidade de casos e preceptoria qualificada. Esses fatores são notadamente graves porque boa parte das competências que reduzem riscos jurídicos não são e nem devem ser abordados tão somente através de estudos teóricos. Referidas competências médicas demandam hábitos de cuidado, padrões de comunicação, capacidade de registrar raciocínio clínico e prudência ao lidar com limites terapêuticos.

Não por acaso, a literatura sobre qualidade e segurança do paciente consolidou, há décadas, que eventos adversos são frequentemente sistêmicos e multifatoriais, exigindo

governança, cultura institucional e formação consistente, não sendo suficiente apenas o conhecimento individual isolado (IOM, 2000; REASON, 2000). Onde a formação técnica-acadêmica é fragilizada, aumenta a probabilidade de falhas evitáveis e de comunicação ineficaz, e, por outro lado, onde estão presentes esses defeitos, a litigiosidade cresce, tanto pela ruptura da confiança na relação médico-paciente quanto pela ausência de registro técnico hábil a demonstrar a racionalidade da conduta adotada. Essa conjuntura dificulta a reconstrução do percurso decisório, ampliando a assimetria informacional e incentivando a judicialização como via de esclarecimento, reparação e contenção de risco.

É nesse contexto que se insere a recente divulgação de resultados do Exame Nacional de Avaliação da Formação Médica (ENAMED) e as medidas administrativas anunciadas pelo Ministério da Educação (MEC) para enfrentar cursos com baixo desempenho. As reportagens de janeiro de 2026 apontam que houve identificação de cursos com notas consideradas insatisfatórias e que o MEC adotaria medidas de supervisão, incluindo redução de vagas em um conjunto relevante de cursos. Em síntese, reportou-se a existência de 107 cursos com notas 1 e 2 (patamar que, na linguagem do próprio sistema avaliativo, indica desempenho baixo) e a previsão de redução de vagas para 54 cursos como medida corretiva, com impacto maior no setor privado em número absoluto, dado o peso predominante da oferta privada (Correio do Povo, 2026).

A notícia, por si, não prova causalidade entre expansão e judicialização, porém ela fornece um indicador institucional, consubstanciado no fato de que o próprio Estado reconhece que há assimetrias de qualidade e que elas exigem resposta regulatória. E, nesse ponto, forçoso reconhecer que o exame nacional é um instrumento de aferição de qualidade técnica na formação acadêmica, principalmente porque é capaz identificar padrões e apontar as falhas estruturais, contudo, não substitui campo de prática, preceptoria, infraestrutura e integração ensino-serviço. Logo, se a política pública ficar restrita ao “punitivismo avaliativo”, reduzir vagas após a piora, sem atacar a etiologia (capacidade instalada de formar bem), o país continuará produzindo em larga escala mais diplomas e menos confiança social.

Com base nesses pontos, verifica-se que a ambição de um exame nacional é legítima, inclusive podendo ser considerado como mecanismo de transparência e indução de qualidade. Em vários países, avaliações externas e acreditação institucional compõem um ecossistema de controle que combina padrões curriculares, supervisão de campos de prática e verificação de competências. A literatura internacional é clara ao afirmar que educação médica é matéria de

interesse público e que a acreditação precisa olhar não apenas currículo (formal), mas infraestrutura, ambiente de aprendizagem, exposição clínica adequada e mecanismos de avaliação que incluam dimensões práticas e comunicacionais (WFME, 2020).

Essa perspectiva é relevante para o Brasil, eis que o debate, em determinados momentos, oscila entre dois aspectos: (i) tratar prova como solução total e (ii) tratar prova como irrelevante. Nenhuma das duas posições é sustentável, pois o exame pode demonstrar lacunas e induzir correções.

Todavia, se a formação acadêmica estiver fragilizada, a prova tende a produzir "treinamento para teste" e a deslocar energia pedagógica para aquilo que é cobrado em múltipla escolha, o efeito conhecido na literatura educacional como *"teaching to the test"*, com ganhos limitados quando não há alinhamento com competências clínicas observáveis. Na ciência médica, esse risco é particularmente sensível porque competência profissional envolve integração de conhecimento, habilidades práticas e atitudes, e essas dimensões não são plenamente aferíveis a partir de desempenho em itens objetivos, ainda que bem construídos.

De acordo com os estudos abordados nesta tese, o ponto decisivo é compreender que a mercantilização da graduação contribui para a judicialização da saúde, até mesmo por um caminho mais silencioso, tendo em vista que ela normaliza um padrão de formação com menor densidade clínica e menor supervisão qualificada. Nessa senda, esses são motivos que, indubitavelmente, enfraquecem as capacidades e competências técnicas do futuro profissional médico, que, de certa forma, estará mais susceptível a cometer falhas.

O litígio, no campo da saúde, costuma ser precedido por uma série de causas previsíveis, tais como a expectativa criada sem alinhamento, a falha de comunicação em momentos críticos, a documentação insuficiente para reconstruir a racionalidade da conduta e, por fim, interpretação retrospectiva do evento adverso como "erro evidente". Quando o médico não consegue demonstrar que agiu com prudência à luz da literatura médica e da boa prática, a controvérsia se agrava. Nesse sentido, a literatura brasileira, há décadas, já descreveu como a deterioração do vínculo e a comunicação reduzida a ato burocrático produzem desconfiança e insatisfação no âmbito da relação médico-paciente, (CAPRARA; FRANCO, 1999).

Atualmente, esse problema é intensificado à medida que o mercado educacional, em certos contextos, prioriza a escala em detrimento da estrutura. Quando a expansão do curso supera a capacidade formativa do nosocômio, o primeiro ônus recai sobre o acadêmico de

medicina; em seguida, sobre o paciente; e, ao final, o Poder Judiciário é chamado a chancelar as consequências, ao examinar a conduta, seus registros e seus efeitos.

Por isso, a discussão sobre o chamado "checklist profissional" deve ser reconduzida ao seu eixo técnico. Protocolos, diretrizes clínicas e padronizações operacionais são ferramentas de gestão do risco assistencial e de segurança do paciente, pois reduzem variabilidade injustificada, organizam fluxos críticos e fornecem parâmetros mínimos de qualidade, notadamente em ambientes complexos e de alta rotatividade. Nessa senda, o problema não está no protocolo em si, mas na falsa equivalência entre "cumprir o checklist" e "exercer Medicina", o que, talvez, pode gerar uma falsa percepção de segurança frente às prováveis adversidades. Esse é o domínio da *phronesis* aristotélica (ARISTÓTELES, 2009), e é também o domínio em que erros e omissões técnicas mais custam ao profissional sob o ponto de vista técnico-moral.

Não é demais rememorar que a judicialização da saúde tende a se intensificar quando a experiência do paciente é marcada por desamparo e quando o serviço não consegue demonstrar, por registros idôneos e por fluxos assistenciais coerentes, a consistência técnico-científica e ético-profissional da decisão clínica. Em termos práticos, quando existem falhas consistentes na ausência e/ou defeito na obtenção do consentimento informado do paciente, na explicação inteligível do plano terapêutico, na gestão de expectativas e na continuidade do cuidado, amplia-se a assimetria informacional e se abre espaço para a controvérsia sobre o que foi decidido, por quais motivos foi decidido e se a conduta observou padrões mínimos de diligência e prudência (IOM, 2000).

A mercantilização também reconfigura o *habitus* profissional de forma indireta, ao passo que transforma a graduação em um investimento financeiro altíssimo e, na maioria das vezes, endividante, estimula escolhas de carreira orientadas por retorno econômico-financeiro rápido, reduzindo disponibilidade para trajetórias formativas longas e supervisionadas. Não obstante tais particularidades, esse fenômeno não pode ser presumido como regra universal, contudo, é plausível como tendência em ambientes de alto custo e de incerteza ocupacional. Verifica-se, portanto, nos sistemas em que a graduação não é terminativa e o exercício autônomo exige formação supervisionada posterior, parte desse risco é mitigada por barreiras institucionais.

No Brasil, ao contrário, o diploma e o registro profissional permitem o imediato e pleno exercício profissional, ainda que residências e especializações sejam relevantes. Isso

torna a qualidade do internato e do campo de prática ainda mais determinante, visto que, quando há déficit de preceptoria e baixa exposição clínica, o recém-formado pode ingressar no mercado com lacunas que, no cotidiano, convertem-se em condutas defensivas (pedidos excessivos de exames para "se proteger", encaminhamentos desnecessários, baixa tolerância à incerteza) e em maior chance de eventos adversos evitáveis.

Em paralelo, a literatura sobre medicina defensiva mostra que o medo de responsabilização pode alterar padrões de conduta e aumentar custos, muito embora a magnitude varie de acordo com a nação e o sistema jurídico; de todo modo, trata-se de um fenômeno documentado e relevante para analisar a relação entre formação, risco e litigiosidade (BISHOP; FEDERMAN; KEYHANI, 2010). A judicialização, assim, não é apenas efeito de falhas "grosseiras", ela também pode ser compreendida como um efeito do modo de praticar Medicina sob temor e insegurança técnica-relacional.

Políticas públicas que visam tão somente a avaliar o conhecimento técnico do médico que acabara de ser inserido no mercado de trabalho através de avaliações puramente teóricas correm sérios riscos de repetir um erro de lógica, especialmente porque, na maior parte das vezes, a prova não é capaz de traduzir as competências técnicas necessárias para o bom desempenho da atividade médica. Em se tratando de termos educacionais, não há proficiência clínica sem experiência clínica, e não há experiência clínica qualificada sem rede assistencial apta ao ensino.

Com base nessas questões, o debate regulatório precisa retornar ao básico, ironicamente hoje tratado como inovação, por meio do estabelecimento de critérios rigorosos para a abertura e a manutenção de cursos. Outrossim, isso deve ocorrer com exigência de campos de prática adequados, integração com a atenção primária, ambulatórios e hospitais, volume de casos compatível, preceptoria qualificada e remunerada, além de mecanismos estruturados de avaliação prática, como o OSCE (*Objective Structured Clinical Examination* - Exame Clínico Objetivo Estruturado), voltados à aferição de competências comunicacionais, exame físico, raciocínio clínico e tomada de decisão ética. Esse conjunto de exigências corresponde ao que a literatura internacional aponta como diretriz consistente para a elevação da qualidade e da segurança (WFME, 2020).

Sob outro enfoque, emerge um segundo vetor, frequentemente subestimado no debate nacional, representado pela migração de brasileiros para cursar Medicina no exterior, especialmente em países fronteiriços, como Bolívia, Paraguai e Argentina. Estudos voltados à

experiência de estudantes brasileiros que optaram por cursar Medicina no exterior, especificamente no Paraguai, oferecem dados empíricos relevantes para demonstrar que as motivações dessa escolha são heterogêneas e não se limitam a fatores econômicos ou de acesso. Além disso, de revelam obstáculos formativos capazes de repercutir sobre o desenvolvimento de competências clínicas e comunicacionais (FERNANDES *et al*., 2022).

A pesquisa tem por objetivo avaliar o grau de satisfação e insatisfação de estudantes brasileiros, apontando como dificuldades recorrentes a qualidade do ensino, os entraves burocráticos institucionais, a elevada concentração de estudantes nas regiões fronteiriças e os obstáculos culturais, fatores que levam muitos alunos a buscar posterior transferência para cursos no Brasil. Tais elementos são relevantes porque, na prática, descrevem um ambiente formativo em que a ampliação da escala nem sempre é acompanhada da correspondente infraestrutura, reproduzindo, em contexto transnacional, o mesmo problema estrutural debatido internamente (FERNANDES *et al*., 2022).

No que se refere à dinâmica comunicacional firmada na relação entre estudante, professor e paciente, a pesquisa evidencia que o desafio não se limita à língua espanhola, alcançando também o guarani e a dinâmica bilíngue local, com repercussões sobre a interação assistencial e sobre o desenvolvimento de habilidades clínicas em cenários reais. Segundo as análises descritas no estudo, os estudantes, ao se depararem com pacientes que falam apenas guarani, invariavelmente tiveram que recorrer a terceiros e intérpretes, circunstância que demonstra que o exercício efetivo da profissão deve transcender a barreira linguística.

Para o estudo em análise, ainda que parte dos entrevistados tenha afirmado que a comunicação através de outras línguas que não a de suas origens não constituiria entrave relevante, a própria pesquisa indica discrepância entre essa percepção e o nível de fluência efetivamente apresentado no ingresso, com predominância de estudantes classificados em níveis iniciante e intermediário (FERNANDES *et al*., 2022). Esse dado consolida os óbices comunicacionais apontados, mormente em contextos clínicos marcados pela mediação linguística e pela presença do guarani, revelando, também, que a limitação não se restringe ao plano subjetivo da adaptação acadêmica, alcançando o processo de formação acadêmica.

Considerando essas particularidades, a importância do fator linguístico-comunicacional para a tese é nítida, porque a comunicação clínica constitui habilidade essencial para a prevenção de conflitos na assistência em saúde. Quando o ambiente formativo naturaliza atendimentos mediados por terceiros e dificuldades linguísticas

em práticas clínicas, amplia-se o risco de ruídos na anamnese, no consentimento e na orientação terapêutica. Isso compromete a compreensão recíproca entre profissional e paciente, criando, dessa forma, condições propícias ao agravamento de controvérsias e à judicialização.

O artigo também aponta diferenças estruturais na organização das práticas profissionalizantes. No Paraguai, o internato tem início no sexto ano e duração de apenas um ano, ao passo que, no Brasil, em regra, essa etapa se estende por dois anos (FERNANDES *et al*., 2022). Esse dado, por si só, não induz à conclusão automática de inferioridade qualitativa, já que a duração, isoladamente considerada, não equivale à qualidade da formação. Ainda assim, ele impõe indagação objetiva quanto à suficiência da exposição clínica necessária à consolidação de competências práticas e prudenciais.

A preocupação se torna ainda mais concreta quando esse fator é analisado em conjunto com as condições de massificação anteriormente mencionadas. Segundo o estudo, com base em reportagem citada pelos autores, somente em Pedro Juan Caballero coexistiriam nove universidades que ofertam o curso de Medicina, reunindo mais de doze mil estudantes brasileiros, número superior à oferta anual de vagas em todas as universidades públicas do Brasil. Nesse cenário, o problema deixa de ser apenas quantitativo e passa a incidir diretamente sobre a capacidade real de assegurar campos de prática, supervisão qualificada e experiência clínica compatível com a formação médica segura (FERNANDES *et al*., 2022).

Embora esse dado decorra de fonte jornalística e, por isso, deva ser manejado com prudência e cautela, ele fortalece a hipótese de concentração excessiva de demanda formativa em determinadas regiões, com potencial para pressionar recursos materiais, campos de prática e condições efetivas de supervisão. A preocupação se torna mais consistente quando cotejada com as descrições apresentadas pelo próprio estudo acerca das limitações das atividades práticas, como aulas de anatomia sem acesso a morgue (laboratório de peças cadavéricas), atividades de histologia e patologia sem visualização de lâminas microscópicas e práticas de atendimento pré-hospitalar em que os estudantes precisariam levar materiais diante da insuficiência de recursos institucionais (FERNANDES *et al*., 2022). Em conjunto, esses elementos sugerem um descompasso entre a expansão da oferta e a garantia de infraestrutura mínima para uma formação clínica adequada e segura, em linha com os problemas já apontados quanto à consolidação de competências práticas e comunicacionais.

Se essas descrições refletem, ainda que parcialmente, a realidade de determinadas instituições, o potencial impacto sobre a formação médica se torna ainda mais preocupante. Lacunas em habilidades clínicas básicas e no raciocínio aplicado à prática assistencial elevam o risco de condutas inadequadas, atrasos diagnósticos e falhas de registro e, quando associadas a dificuldades comunicacionais, contribuem para a formação de uma realidade em que o conflito deixa de ser hipótese remota para se tornar possibilidade concretamente previsível. É precisamente nesse ponto que a discussão se aproxima da judicialização, uma vez que déficits formativos em competências clínicas tendem a comprometer a segurança assistencial, a compreensão recíproca entre profissional e paciente e a adequada condução do cuidado.

Outro elemento que merece atenção no estudo em voga é no que se refere à percepção dividida quanto ao corpo docente. Enquanto 56,6% dos participantes consideraram que as universidades oferecem bons profissionais para o ensino médico, 44,4% responderam que não há bons professores atuando nas cátedras. Denota-se que referido dado afasta leituras simplificadoras e aponta um quadro de heterogeneidade institucional, no qual não se pode afirmar, de modo indistinto, nem a suficiência nem a precariedade absoluta da formação oferecida. O ponto fulcral, todavia, está justamente na ausência de garantias uniformes de qualidade, circunstância que demonstra a necessidade de mecanismos robustos de acreditação, supervisão e validação de competências, tanto no âmbito da formação doméstica quanto nas trajetórias formativas desenvolvidas no exterior (FERNANDES *et al*., 2022).

Ao retornar ao Brasil, o egresso formado no exterior, além de enfrentar o desafio da validação formal do diploma, também terá o da inserção em um sistema de saúde dotado de especificidades clínicas, epidemiológicas, culturais e linguísticas próprias. Paralelamente, forçoso discorrer que essa premissa deve ser examinada com cautela analítica, pois não há base intelectualmente séria para afirmar, sem dados específicos, que médicos formados no exterior sejam, por definição, inferiores aos formados no país. O que se pode sustentar com segurança é que trajetórias de graduação heterogêneas, desenvolvidas em situações marcadas por pressões estruturais e barreiras linguísticas, exigem mecanismos consistentes de validação e acompanhamento capazes de aferir competências práticas e comunicacionais, e não apenas conhecimento teórico.

Na ausência desses instrumentos, eleva-se o risco jurídico sistêmico, uma vez que se tornam mais prováveis as inconsistências no atendimento, os eventos adversos e a percepção

social de falhas na prestação do cuidado. Em uma sociedade marcada por maior conscientização de direitos, esse quadro tende a deslocar para o sistema judicial demandas de reparação e de garantia que, em cenário ideal, deveriam ser prevenidas por uma governança educacional mais eficaz. A judicialização, nesse sentido, também pode ser compreendida como sintoma de déficits de regulação e de previsibilidade da qualidade formativa.

Nessa conjuntura, o debate sobre a mercantilização da formação médica adquire também uma dimensão transfronteiriça. O estudo aponta que a migração de estudantes para o Paraguai é impulsionada, entre outros fatores, pela ausência de vestibular em universidades privadas e pelo custo mais baixo das mensalidades em comparação com cursos particulares no Brasil, com variação mencionada de aproximadamente 10% a menos. Esse número dialoga com os fatores já abordados, pois aponta que a expansão da oferta pode ser atraída por fatores de acesso e preço sem que isso, por si só, assegure homogeneidade de qualidade, infraestrutura adequada ou consolidação satisfatória de competências clínicas e comunicacionais (FERNANDES *et al*., 2022).

Os achados da pesquisa supramencionada corroboram esse quadro ao destacar dificuldades burocráticas e culturais, além de impasses de qualidade associados à elevada concentração de estudantes em regiões fronteiriças. Em termos de políticas públicas, tais elementos apontam que a expansão desordenada da formação médica no país e a busca por alternativas no exterior constituem manifestações correlatas do mesmo problema estrutural, qual seja, a existência de uma demanda social por formação médica que, internamente, não encontra oferta suficiente em condições equilibradas de acesso e qualidade (FERNANDES *et al*., 2022).

Quando o país deixa de planejar a formação médica de acordo com as necessidades regionais, a capacidade assistencial e os parâmetros mínimos de qualidade, acaba por deslocar, indiretamente, parte desse processo de formação para mercados educacionais externos, submetidos a lógicas regulatórias, padrões institucionais e mecanismos de controle distintos. Nesse panorama, a ausência de governança tende a produzir efeitos sistêmicos negativos, seja para o Sistema Único de Saúde, na integração de profissionais oriundos de trajetórias heterogêneas, seja para o setor privado, diante da variabilidade dos padrões de qualidade, seja para o Poder Judiciário, invocado a absorver conflitos e litígios decorrentes dessas fragilidades.

Consolida-se, assim, o argumento central de que a mercantilização da graduação médica contribui para a judicialização da saúde por três vias principais, que coexistem e se reforçam mutuamente.

A primeira é a via de formação (formativa), na medida em que déficits de campo de prática e de preceptoria pendem a produzir lacunas na solidificação de competências clínicas, elevando o risco de eventos adversos e de condutas inadequadas.

A segunda é a via de relação (relacional), pois ambientes formativos que não desenvolvem a comunicação clínica e o consentimento como processos dialógicos, especialmente quando inseridos em contextos linguísticos desafiadores, ampliam ruídos informacionais, desalinhamentos de expectativa e frustrações que tradicionalmente favorecem o surgimento de conflitos.

A terceira é a via de registro (documental), uma vez que a formação ignóbil em registro clínico, prontuário e justificação mitiga a capacidade de demonstrar diligência e adequação técnica, o que, em ações judiciais, fragiliza a defesa e intensifica percepções (presunções) de culpa. Essas vias não se limitam ao plano da abstração, porque encontram correspondência na literatura sobre humanização, segurança do paciente e ética, tornando-se ainda mais visíveis quando a organização do sistema educacional privilegia a escala em detrimento da estrutura.

Para esta tese, que propõe reposicionar o médico-clínico como figura essencial para a redução de conflitos na relação jurídica entre profissional e paciente, não há humanização sustentável sem formação clínica efetiva, assim como não há gestão legal de riscos consistente sem um processo de formação que trate a comunicação, o prontuário e a prudência clínica como competências centrais da prática médica.

Com efeito, a gestão de riscos em saúde não pode ser reduzida à formalidade documental, haja vista que consiste em prática estruturante de qualidade, voltada à identificação de vulnerabilidades, à padronização inteligente de processos, à criação de redundâncias seguras, à promoção de cultura de aprendizado e à garantia de que o profissional disponha de condições materiais e formativas adequadas para atuar com diligência.

Quando a graduação médica sucumbe à lógica da mercantilização e a infraestrutura não acompanha a expansão da oferta, a gestão de riscos deixa de operar em caráter preventivo e passa a funcionar de modo predominantemente reativo. Por conseguinte, se o dano é

concretizado, o conflito é instaurado e o Poder Judiciário é chamado a dirimir as questões decorrentes da lide.

À luz de tudo o que foi exposto, a resposta mais consistente continua amparada em pressupostos elementares da boa formação médica, fundada em experiência clínica, supervisão qualificada, responsabilidade progressiva e cultura de prudência e zelo. Logo, o verdadeiro avanço está em restabelecer o que nunca deveria ter deixado de ser básico.

Por isso, o debate não pode resvalar nem para o moralismo simplificador nem para uma nostalgia vazia. O Brasil é um país continental, marcado por desigualdades regionais profundas, e a ampliação do número de médicos pode integrar a solução para déficits assistenciais historicamente acumulados. O fator decisivo, porém, é que essa expansão somente se justifica quando acompanhada de condições objetivas e verificáveis de qualidade. De acordo com o direito à saúde e da proteção da confiança social, não é admissível ampliar vagas como se os campos de prática fossem inesgotáveis e a preceptoria pudesse surgir sem planejamento, investimento e estrutura.

Nessa perspectiva, a resposta pública deve combinar regulação rigorosa para abertura e manutenção de cursos, acreditação robusta, transparência de indicadores, avaliações práticas contínuas e estruturadas e efetiva integração entre ensino e serviço. No caso dos egressos de formação realizada no exterior, impõem-se ainda mecanismos de validação capazes de aferir competências técnicas e clínicas, além de habilidades comunicacionais. Sem esses elementos, corre-se o risco de diminuir a questão a disputa ideológica, quando, em essência, se está diante de problema de governança, segurança assistencial e responsabilidade institucional.

Se a sociedade tem o direito de esperar médicos aptos a decidir com sensatez, agir com empatia e honrar o compromisso hipocrático, esse direito não decorre apenas da outorga formal do diploma ou da aprovação em exame, mas de uma formação fundamentada na ética, na experiência clínica e na integração entre conhecimento técnico e sabedoria prática (ARISTÓTELES, 2009; PELLEGRINO; THOMASMA, 1981; MONTGOMERY, 2006).

Conclui-se, portanto, que, à luz do quadro anteriormente delineado, em que a judicialização da saúde emerge, com frequência, como expressão tardia de falhas formativas, assistenciais e comunicacionais não adequadamente prevenidas, a defesa da qualidade da formação médica não pode constituir corporativismo, muito menos simples formulação discursiva, notadamente porque revela-se como medida estrutural de prevenção primária do litígio.

## 4.6. O cotidiano terapêutico e a relação médico-paciente como objetos de litígios nos tribunais

O cotidiano terapêutico, consubstanciado na sucessão de anamnese, no exame clínico, em hipóteses diagnósticas, prescrição, orientação, acompanhamento e registro, tornou-se, no Brasil, um espaço de tensão recorrente, no qual a experiência de cuidado (do paciente) e a racionalidade técnico-profissional (do médico) podem se desalinhar e, em cenários de evento adverso ou frustração de expectativas, migrar do consultório para o processo judicial. Essa migração não pode ser considerada um "acidente estatístico"; ela se conecta a um pano de fundo de litigiosidade em saúde amplamente documentado, como já demonstrado através dos dados do CNJ.

No campo mais específico da judicialização da medicina, a literatura internacional auxilia a compreender o porquê a relação médico-paciente está tão sensível ao conflito. Um achado clássico e, ainda, muito atual mostra que padrões de comunicação em consultas de atenção primária diferenciam médicos com e sem histórico de demandas por negligência médica caracterizada pela "má-prática" ou "má-conduta", sugerindo que comunicação é variável, ensinável e importante para a redução de risco litigioso (ao menos em certas situações) (LEVINSON *et al.*, 1997). Em paralelo, a agenda contemporânea de segurança do paciente complementa que falhas de diagnóstico incluem, além da própria "perda" do diagnóstico, o atraso, o erro ou a comunicação precária, e que erros diagnósticos respondem por parcela considerável do dano evitável, o que recoloca, mais uma vez, a comunicação e o processo clínico no cerne do debate (WHO, 2024).

Nessa moldura, o litígio que recai sobre o profissional médico tende a se estruturar em torno de alguns vetores recorrentes do cotidiano terapêutico:

1. Comunicação e expectativa terapêutica: não basta "fazer certo"; é preciso que o paciente compreenda riscos, alternativas, limitações e incertezas. Quando a comunicação é insuficiente, o resultado adverso é interpretado como falha técnica e não como risco inerente ou curso possível da doença;

2. Decisão clínica sob incerteza e documentação: a medicina opera com probabilidade; o processo opera com prova. A transição entre esses mundos passa, inevitavelmente, pelo prontuário. No Brasil, o prontuário é definido como documento único e obrigatório, e a normatização do tema pelo Conselho Federal de Medicina reforça sua função assistencial e sua relevância institucional. Em litígios, prontuário incompleto costuma converter dúvida clínica em presunção desfavorável (CFM, 2002);

3. Consentimento informado como processo (não como um mero papel): a assinatura, sozinha, não "humaniza" nem blinda; o que reduz conflito é consentimento informado e entendido como compreensão real, dialogada e proporcional à complexidade do procedimento;

4. Diagnóstico e encaminhamento: uma parte expressiva das controvérsias é construída retrospectivamente ("era óbvio"), embora o tempo real do cuidado seja marcado por sintomas inespecíficos, limitações de acesso e necessidade de priorização. Ao mesmo tempo, a pauta global de segurança do paciente insiste que melhorar diagnóstico exige também melhorar comunicação e coordenação do cuidado (WHO, 2024);

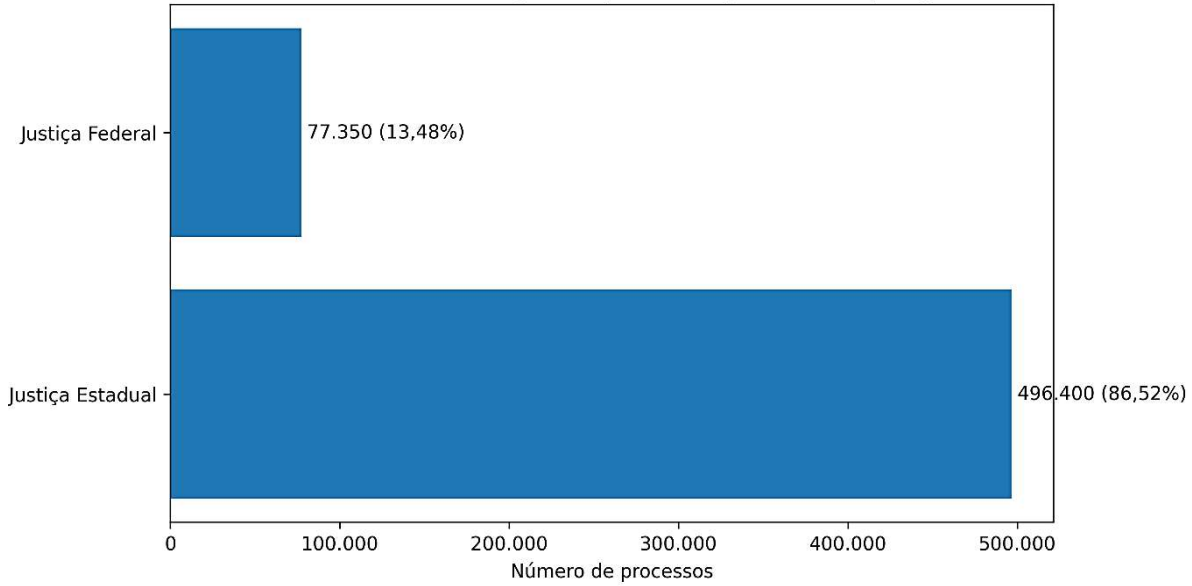
5. Medicina defensiva e seus efeitos colaterais: em ambiente de medo jurídico, cresce a tendência de solicitação de exames e procedimentos "para se proteger", o que aumenta custo, pode iatrogenizar e deteriora a confiança.

Quando se observa o padrão brasileiro de litigiosidade em termos de saúde, o quadro é quantitativamente expressivo e qualitativamente heterogêneo. Essas características constam de um infográfico do ano de 2024, elaborado pelo Conselho Federal de Medicina, CNJ e outras instituições. O advogado, Renato Assis, do Estado de Minas Gerais, foi o responsável pela organização, pesquisa e levantamento dos dados.

O infográfico do panorama da judicialização da saúde e da medicina identificou 573.750 processos para um universo de 562.206 médicos, resultando em 2,59 processos por mil habitantes e 1,02 processo por médico; a litigiosidade se concentra majoritariamente na Justiça Estadual (496.400; 86,52%), enquanto a Justiça Federal acumula 77.350 (13,48%) (ASSIS, 2024). A aglomeração de demandas na Justiça Estadual pode ser melhor visualizada

no Gráfico 3, que evidencia a predominância dessa competência no processamento dos litígios relacionados à saúde e à medicina.

**Gráfico 3** Distribuição dos processos de judicialização da saúde e da medicina por competência



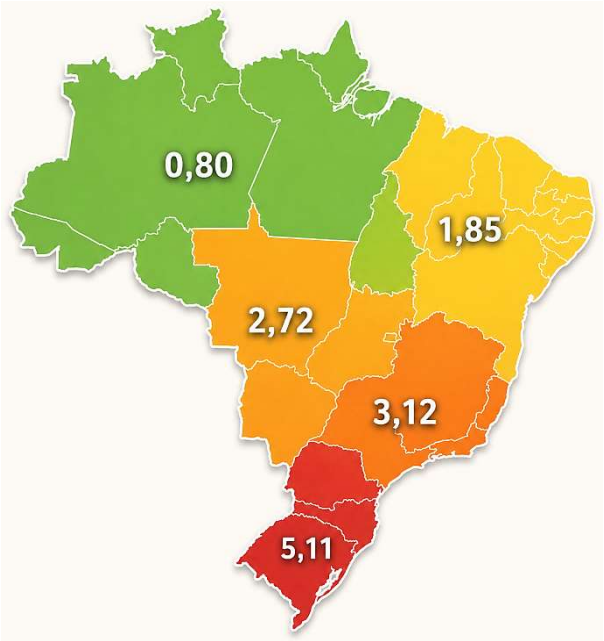

**Fonte:** elaborado pelo autor com base em dados de Assis (2024).

Esse dado é coerente com a natureza material dos conflitos analisados neste capítulo, frequentemente associados ao cotidiano terapêutico, como a prestação assistencial cotidiana, a organização dos serviços de saúde, a relação médico-paciente, ao prontuário, ao consentimento informado e a prova técnica.

No recorte temporal, houve aumento de 19% de processos sobre saúde entre 2021 e 2022; e, no horizonte de nove anos, verificou-se crescimento acentuado da litigância em saúde em contraste com queda do volume geral: na primeira instância, processos de saúde subiram 198%, enquanto processos gerais caíram 6%; na segunda instância, processos de saúde cresceram 85%, ao passo que processos gerais diminuíram 32%. Apesar do registro de queda no volume geral, a série aponta aumento exponencial de ações judiciais em saúde entre 2009 e 2017; e, quanto à duração, apurou-se média de 439 dias para processos "em julgamento" e 747 dias para os que atingem "baixa definitiva", indicando que o conflito, uma vez instaurado, tende a produzir efeitos prolongados sobre assistência, confiança e prática profissional (ASSIS, 2024).

Em processos por mil habitantes, a distribuição territorial indica que as maiores taxas foram observadas no Sul (5,11) e Sudeste (3,12), seguidas por Centro-Oeste (2,72), Nordeste (1,85) e Norte (0,80), como ilustrado a seguir:

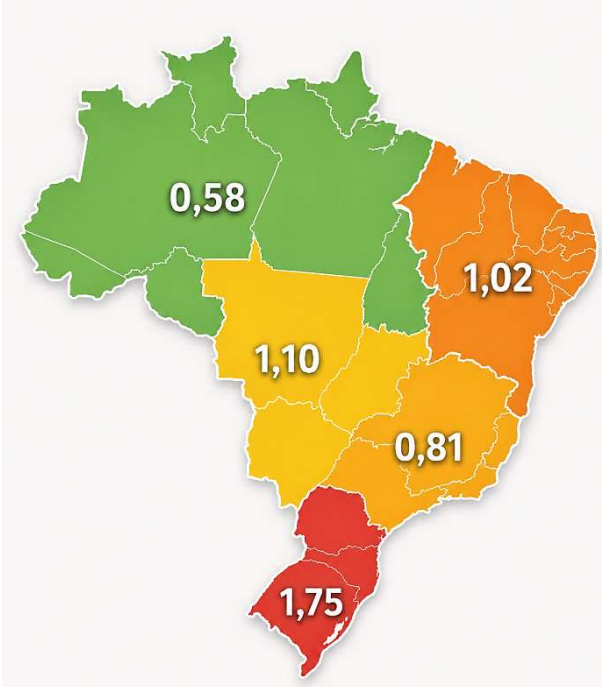
**Figura 3** Processos por mil habitantes por região




**Fonte:** elaborado pelo autor com base em dados de Assis (2024).

Já a média de processos por médico é mais elevada nas regiões Sul (1,75) e Centro-Oeste (1,10), seguida por Nordeste (1,02), Sudeste (0,81) e Norte (0,58), e, como os indicadores possuem denominadores distintos, a taxa de processos por profissional médico deve ser analisada separadamente, para evitar interpretação equivocada.

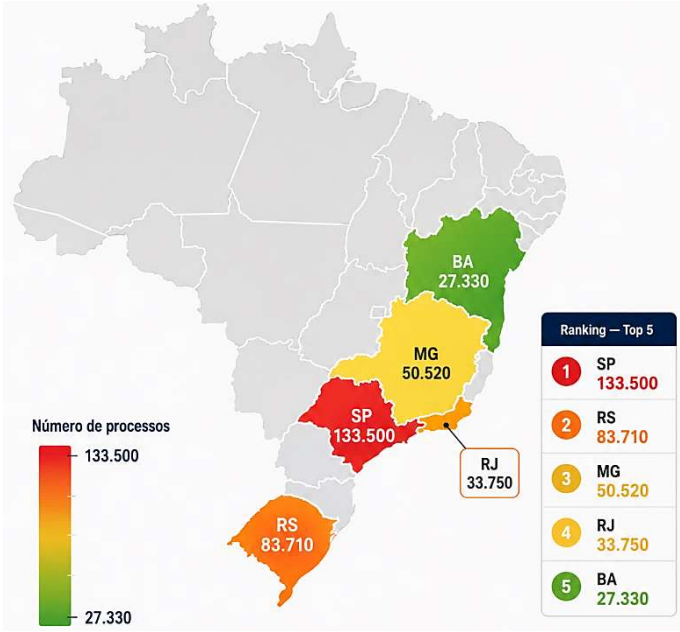
**Figura 4** Processos por médico em cada região do país




**Fonte:** elaborado pelo autor com base em dados de Assis (2024).

Entre os entes federativos com maior número absoluto de processos, destacam-se São Paulo (133.500), Rio Grande do Sul (83.710), Minas Gerais (50.520), Rio de Janeiro (33.750) e Bahia (27.330).

**Figura 5** Estados com maior número absoluto de processos contra médico por Estado



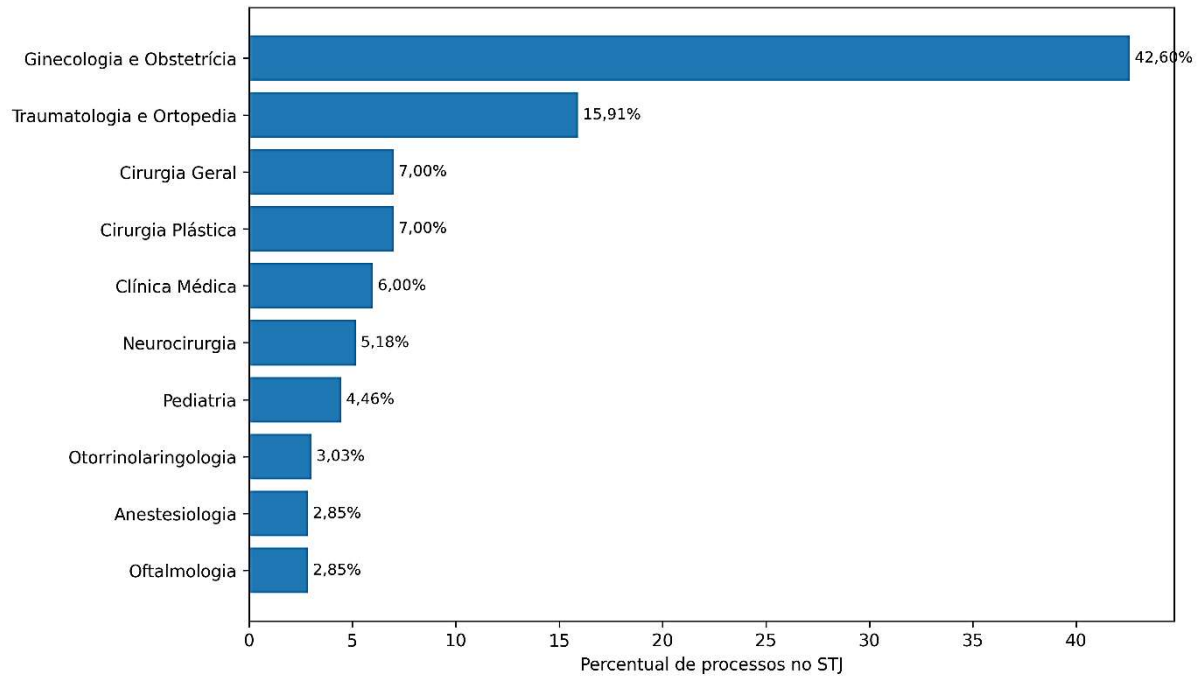

**Fonte:** elaborado pelo autor com base em dados de Assis (2024).

Infere-se desses dados que, no plano estadual, o número de processos pode refletir, entre outros fatores, dimensão populacional, concentração de serviços de saúde, densidade de profissionais, maior acesso ao sistema de justiça e volume assistencial.

Nas médias por mil habitantes, sobressaem os estados do Rio Grande do Sul (8,47), São Paulo (3,03), Minas Gerais (2,88), Bahia (2,25) e Rio de Janeiro (1,97); e, nas médias por médico, Rio Grande do Sul (2,36), Bahia (0,99), São Paulo (0,84), Minas Gerais (0,74) e Rio de Janeiro (0,50). Ainda nessa vertente, o índice de condenação por estado foi apontado como 50% (Bahia), 43,05% (Rio de Janeiro), 36,26% (Rio Grande do Sul), 30,42% (São Paulo) e 30,21% (Minas Gerais) (ASSIS, 2024).

No tocante às especialidades médicas, os percentuais de processos no Superior Tribunal de Justiça indicam maior concentração em Ginecologia e Obstetrícia (42,60%), seguida de Traumatologia e Ortopedia (15,91%), Cirurgia Plástica (7%), Cirurgia Geral (7%), Clínica Médica (6%), Neurocirurgia (5,18%), Pediatria (4,46%), Otorrinolaringologia (3,03%), Anestesiologia (2,85%) e Oftalmologia (2,85%). No âmbito do SUS, a distribuição aponta, na rede estadual, maior incidência em Traumatologia e Ortopedia (90,50%), Cardiologia (57,10%), Oftalmologia (57,10%), Oncologia Clínica (47,60%) e Urologia (42,90%); e, na rede municipal, em Traumatologia e Ortopedia (64,80%), Oftalmologia (40%), Psiquiatria (38,70%), Cardiologia (27,80%) e Neurologia (27,40%) (ASSIS, 2024). A distribuição por especialidade permite visualizar a concentração de litígios em áreas de maior exposição técnica, risco assistencial, expectativa de resultado e densidade probatória, conforme sintetiza o Gráfico 4.

**Gráfico 4** Especialidades médicas com maior percentual de processos no STJ



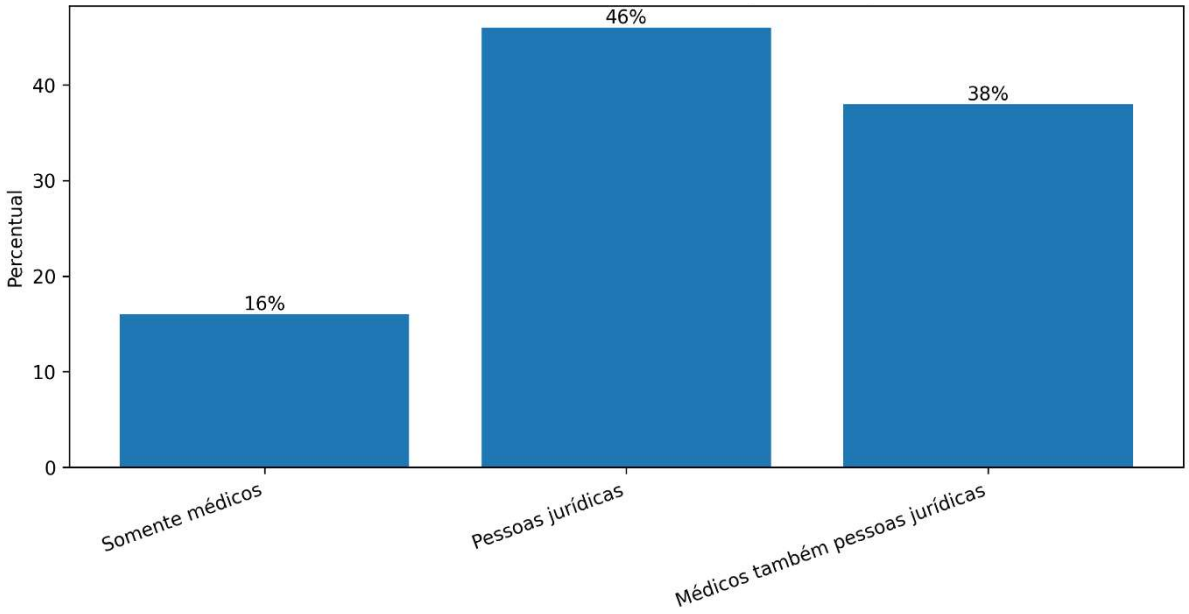

**Fonte:** elaborado pelo autor com base em dados de Assis (2024).

Os números reforçam a tese de que litigiosidade não decorre apenas do "ato técnico", mas de um conjunto de variáveis, como o risco inerente, cenário de urgência e/ou emergência, expectativa social de resultado, longitudinalidade, volume assistencial e, sobretudo, qualidade do processo comunicacional e registral.

Outro aspecto decisivo para compreender a judicialização do cotidiano terapêutico é o perfil dos réus e a estrutura do conflito. No Tribunal da Cidadania (STJ), apontou-se que 16% das ações têm como réus somente médicos, 46% têm pessoas jurídicas e 38% envolvem médicos que também são pessoas jurídicas; dentre as pessoas jurídicas rés, 45,83% correspondem a hospitais e clínicas, 37,5% ao poder público e 16,67% a planos de saúde (ASSIS, 2024).

De acordo com as estatísticas, constata-se que o perfil dos réus corrobora a premissa de que a judicialização da medicina deve ser compreendida como fenômeno que também envolve instituições, cadeias assistenciais e estruturas organizacionais.

**Gráfico 5** Perfil dos réus nas ações no STJ




**Fonte:** elaborado pelo autor com base em dados de Assis (2024).

Os dados supramencionados dialogam com a hipótese da tese, consubstanciada no fato de que a mitigação da judicialização não depende exclusivamente da conduta individual do profissional médico, exigindo, ainda, governança, protocolos institucionais, cultura de segurança, comunicação, documentação médica adequada e gestão qualificada de riscos.

Quanto ao recorte de gênero das pessoas físicas, os dados indicam que os pacientes são 59,35% mulheres e 40,65% homens, enquanto os médicos figuram como 88% homens e 12% mulheres (ASSIS, 2024). Em termos analíticos, esse perfil sugere que os litígios, com frequência, não se limitam ao indivíduo, mas alcançam organizações, arranjos contratuais e cadeias assistenciais, intensificando, assim, a necessidade de protocolos institucionais de gestão de risco, justamente o núcleo integrativo desenvolvido nesta tese.

Não menos importante, o fenômeno também se expressa no campo ético-disciplinar, que dialoga com a judicialização ao afetar reputação, confiança e clima institucional. No período de 2001 a 2011, registrou-se aumento de 302% no número de processos e elevação de 180% no número de condenações (ASSIS, 2024).

No âmbito do Conselho Federal de Medicina - CFM, apontou-se que 413 recursos em sindicâncias foram julgados, com 317 arquivados (89,8%), 39 processos ético-profissionais instaurados (9,4%) e 11 extintos (2,7%); quanto ao julgamento de recursos em processos ético-profissionais, 92,55% ocorreram na Câmara do Conselho (801 médicos) e 7,45% no Pleno (58 profissionais) (ASSIS, 2024). Dos julgamentos no Plenário do CFM, resultaram 15

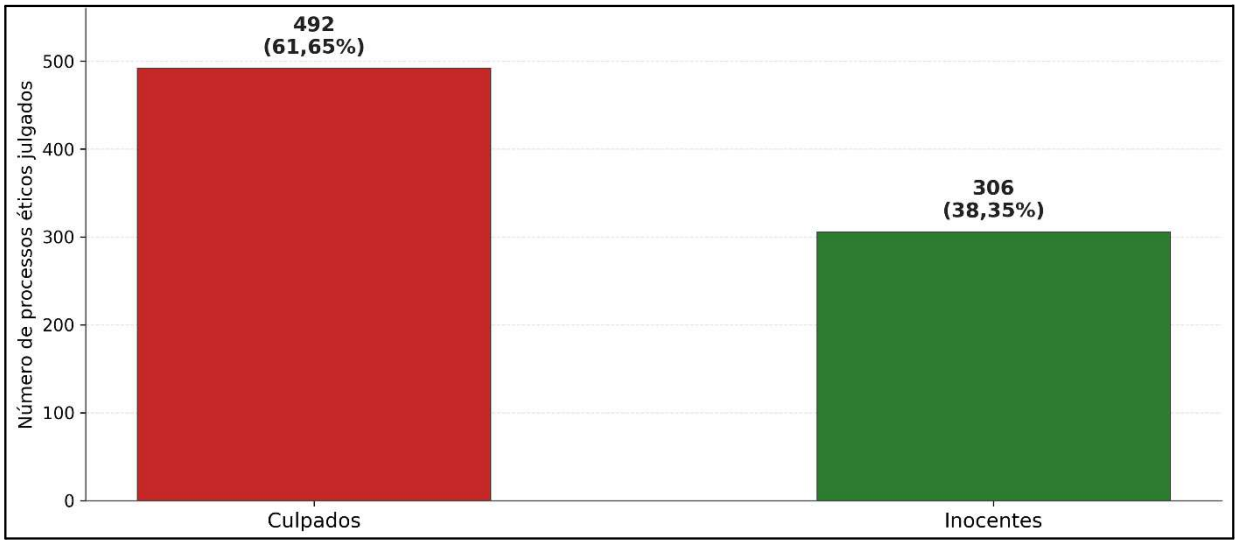
cassações, 13 suspensões, 12 absolvições, 12 censuras públicas, 4 censuras confidenciais, 1 extinção e 1 anulamento; e os cinco artigos mais violados do Código de Ética Médica foram o Art. 38 (16 infrações), Art. 40 (14), Art. 18 (12), Art. 30 (11) e Art. 1 (11). As especialidades mais demandadas no Plenário foram Ginecologia e Obstetrícia (23,8%), Clínica Médica (11,9%), Cirurgia Plástica (9,5%), Pediatria (9,5%) e Neurocirurgia (4,8%) (ASSIS, 2024).

Já na Câmara do CFM, os resultados indicaram 219 absolvições, 218 advertências confidenciais, 183 censuras confidenciais, 113 censuras públicas, 37 suspensões, 29 extinções e 1 cassação; e os cinco artigos mais infringidos foram Art. 1º (166 infrações), Art. 32 (163), Art. 18 (117), Art. 87 (79) e Art. 115 (42) (ASSIS, 2024). As especialidades mais demandadas na Câmara foram Clínica Médica (23,5%), Ginecologia e Obstetrícia (14,3%), Cirurgia Plástica (6,3%), Medicina de Emergência (5,2%) e Dermatologia (5%) (ASSIS, 2024).

No âmbito regional, o Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP) registrou, em 2022, 3.224 sindicâncias encerradas e 798 processos éticos julgados, sendo 492 culpados e 306 inocentes; os principais assuntos abordados envolveram atendimento médico, conduta ético-profissional, negligência/imperícia/imprudência, condições de funcionamento hospitalar, perícia/laudo/licença, abuso e assédio sexual, cirurgia plástica e atestado médico, com penalidades aplicadas de 153 advertências confidenciais, 151 censuras confidenciais, 111 censuras públicas, 43 cassações e 34 suspensões (ASSIS, 2024).

De acordo com o plano ético-disciplinar, os dados regionais do CREMESP permitem observar a proporção entre julgamentos com reconhecimento de culpa e julgamentos sem responsabilização, conforme indicado no gráfico 6.

**Gráfico 6** Resultados dos processos éticos no CREMESP ano de 2022




**Fonte:** elaborado pelo autor com base em dados de Assis (2024).

A leitura integrada dos dados conduz a conclusão de que a judicialização incidente sobre a relação médico-paciente vai muito além da presunção ou explicação para que seja considerada um simples fruto oriundo da "falha técnica" individual. Na verdade, trata-se de um fenômeno inserido em um ecossistema de alta densidade litigiosa, marcado por assimetrias regionais, concentração em determinadas especialidades, repercussões ético-disciplinares, pluralidade de réus e um ambiente em que o risco jurídico passa a ser percebido como componente ordinário do exercício profissional. Assim sendo, a consequência prática é previsível e já bem identificada, materializada na intensificação da medicina defensiva, quebra do vínculo de confiança e deslocamento de tempo, atenção e energia do cuidado para a lógica do contencioso, com impactos negativos tanto na experiência do paciente quanto na autonomia clínica e na sustentabilidade do sistema.

Em contraposição a esse diagnóstico, a tese propõe que, se a escalada judicial se manifesta no cotidiano terapêutico, a mitigação efetiva não pode se limitar ao momento posterior do litígio; ela precisa nascer na própria clínica, onde o conflito é germinado ou prevenido. Isso reposiciona o médico, em especial o médico-clínico (pela centralidade na linha de frente e na coordenação longitudinal do cuidado), de uma postura meramente reativa para um papel estrategicamente preventivo, mediante a integração entre humanização e gestão legal de riscos. Referida integração pode ser implementada através de uma comunicação estruturada e empática, alinhamento realista de expectativas, decisão compartilhada, consentimento livre e substancialmente esclarecido, prontuário robusto e coerente, protocolos

assistenciais que reduzam variabilidade insegura e articulação com governança institucional e assessoria jurídica preventiva.

Por fim, é bem verdade que esse conjunto de fatores não elimina integralmente o litígio, porque nem todo evento adverso é evitável e nem toda demanda é injustificada, mas tende a mitigar conflitos, qualificar a produção de prova quando o conflito se instala, favorecer julgamentos mais justos e preservar o que sustenta a medicina desde sempre: confiança, responsabilidade e cuidado.

## 4.7 Efeitos colaterais da judicialização

Os efeitos da judicialização da saúde, como um todo, ultrapassam as nuanças do processo judicial e alcançam o núcleo da prática clínica, tendo em vista que ela reorganiza prioridades, condiciona a tomada de decisão e altera a textura da relação médico-paciente. Em vez de operar pura e simplesmente como instância excepcional da tutela de direitos, o risco de litígio passa a funcionar, na maioria das vezes, como variável permanente do cotidiano terapêutico.

O resultado não se resume ao aumento ou até mesmo ao excesso de cautela por parte do profissional médico, subsistindo com maior intensidade na instalação de um ambiente no qual escolhas terapêuticas, rotinas de comunicação e padrões de registro tendem a ser mensurados pela antecipação de responsabilização, com repercussões para a autonomia profissional, para a qualidade assistencial e para a dimensão humana do cuidado.

Com base nessas considerações, a medicina defensiva pode ser compreendida como uma resposta adaptativa do profissional médico frente ao risco técnico-jurídico, que consiste na adoção de condutas que priorizam a redução de vulnerabilidade a reclamações e ações, ainda que tais condutas não se mostrem as mais adequadas do ponto de vista estritamente clínico.

Para a literatura médica internacional, essa defensividade se manifesta, com habitualidade, de duas maneiras. A primeira é a forma "positiva" (*hedging*), caracterizada pela intensificação de exames, encaminhamentos e formalizações documentais com o nítido propósito preventivo, não raramente sem impacto real na conduta ou no resultado (BISHOP, TARA F.; FEDERMAN, ALEX D.; KEYHANI, SALOMEH, 2010). A segunda é a forma "negativa" (*avoidance*), marcada pela evitação de situações e casos avaliados como de maior

risco, seja pelo alto nível de complexidade terapêutica, seja pela gravidade potencial de eventos adversos, seja pela alta litigiosidade relacionada a áreas e procedimentos específicos (BISHOP, TARA F.; FEDERMAN, ALEX D.; KEYHANI, SALOMEH, 2010).

Em ambas as hipóteses, o que se verifica é o deslocamento gradual da decisão médica, que, num primeiro momento consiste na pergunta "qual é a melhor conduta para este paciente?" e, em contraposição, surge a pergunta no sentido de "qual conduta será mais defensável se o caso for judicializado?".

Apesar dessas particularidades, a defensividade não se esgota em comportamentos pontuais; ela se enraíza em um fenômeno mais profundo, que pode ser descrito como insegurança clínica. Referida insegurança surge quando a incerteza inerente ao raciocínio médico, especialmente em quadros ambíguos, de urgência ou emergência, de múltiplas hipóteses diagnósticas e de limites terapêuticos, é reinterpretada sob a lógica do erro imputável. Em estudo recente com médicos clínicos gerais, o receio de consequências jurídicas mostrou-se relacionado a decisões defensivas, notadamente em situações de incerteza e pressão assistencial, precisamente o ambiente típico do cuidado de linha de frente (GOETZ *et al*., 2024).

Nessa atmosfera, a autonomia do profissional médico tende a encolher ou até mesmo se tornar inexistente, pois decisões autônomas e prudenciais são substituídas por condutas de menor exposição, por adesão rígida a protocolos como forma de "escudo" (proteção) e por uma busca incessante por exames complementares, muitas vezes desnecessários, como tentativa de mitigar os riscos (LORENC *et al*, 2024). O problema, como amplamente abordado nesta tese, é que mais "testes" nem sempre significam mais acertos; frequentemente, significam mais ruído, mais custo, mais achados incidentais, maior probabilidade de intervenções subsequentes que seriam prescindíveis em uma prática orientada exclusivamente pelo melhor interesse técnico-científico. Ademais, não raro, também abrem novas frentes de ansiedade e iatrogenias.

Todas essas circunstâncias empobrecem a medicina como prática prudencial e produz um rebaixamento da qualidade decisória em situações limítrofes, que são justamente aquelas em que a clínica exige conhecimento técnico, humanidade, clareza e responsabilidade.

O efeito colateral mais delicado, todavia, recai sobre a relação humana que sustenta a prática médica. Isso porque a judicialização tende a transformar o modo como médico e paciente interagem e se percebem. De um lado, o paciente pode interpretar cautela e

formalismo como frieza e distanciamento; por outro lado, o médico pode perceber o paciente como potencial litigante, e, nesse atrito, a confiança, que é condição de adesão terapêutica, de relato clínico adequado e de cooperação no cuidado, perde densidade.

Além desses fatores, a comunicação, que deveria ser instrumento de aproximação, esclarecimento e vínculo, corre o risco de se tornar defensiva, mais preocupada em se "precaver" do que em produzir compreensão. Essa erosão comunicacional dialoga com a literatura jurídica que destaca a centralidade do dever de informação e do consentimento como elementos estruturais do ato médico, porque a ausência de esclarecimentos (prévios e posteriores) e de alinhamento sobre riscos, reações esperadas e alternativas costumam aumentar a insatisfação e favorecer a percepção distorcida de "erro presumido".

E, nesse ponto, a jurisprudência ajuda a distinguir, com maior precisão, o que se entende por litígios evitáveis na relação médico-paciente. Isso porque, de um lado, há demandas em que o "erro" é alegado, mas não se sustenta em prova minimamente consistente; de outro, há hipóteses em que a falha deriva de rotinas defeituosas, lacunas de checagem e quebra do dever objetivo de cuidado, situações em que a prevenção é factível por governança, protocolos e documentação adequada.

No tocante aos litígios evitáveis, têm-se o exemplo do caso a seguir:

> APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE REPARAÇÃO DE DANOS MORAIS DECORRENTES DE ERRO MÉDICO. Suposta falha na prestação dos serviços, consubstanciada na permanência de restos ovulares no interior da cavidade uterina, após a realização de procedimento destinado à resolução de quadro de abortamento retido. Sentença de improcedência. Irresignação. Descabimento. Complicação prevista na literatura médica especializada. Permanência de restos placentários que pode ocorrer mesmo em hipóteses de conduta médica diligente. Procedimentos adotados em conformidade com a boa prática médica. Prova pericial conclusiva quanto à observância dos protocolos médicos estabelecidos. Danos experimentados pela apelante que não decorrem de falha na conduta profissional dos apelados. Ausência, in casu, dos pressupostos caracterizadores do dever de reparação civil. Sentença mantida. RECURSO NÃO PROVIDO. (TJSP – Apelação Cível nº 1007545-80.2023.8.26.0590, Relator Márcio Boscaro, 10ª Câmara de Direito Privado, Data de Julgamento: 29/04/2025, Data de Publicação: 29/04/2025).

O precedente em tela é ilustrativo porque explicita uma distinção central para o capítulo, consubstanciada no fato de que complicações previstas e inerentes a determinados procedimentos, ainda que causem desconforto, necessidade de reintervenção ou frustração do paciente, não equivalem automaticamente a erro indenizável. Ao reconhecer, com base em prova pericial, a conformidade da conduta com protocolos e com a boa prática médica, o

acórdão reforça que a judicialização, por vezes, é acionada para discutir resultados ou intercorrências que não são correspondentes a falha profissional. Para prevenção, o caso reafirma a importância de comunicação clínica clara sobre riscos e possibilidades de complicação, além de prontuário coerente e completo, apto a demonstrar o raciocínio terapêutico e a observância de protocolos.

Se o caso anterior evidencia como a judicialização pode se formar a partir de complicações reconhecidas pela literatura e manejadas segundo protocolos, há situações em que o litígio decorre de falhas efetivamente preveníveis, não por complexidade intrínseca do quadro clínico, mas por ruptura de rotinas básicas de segurança e verificação.

Nesses cenários, o problema não está no "risco natural" do procedimento, e sim na cadeia assistencial que circunda o ato médico, em especial na fase diagnóstica, em que lapsos administrativos, identificação inadequada de exames e ausência de conferência crítica entre resultado e quadro clínico podem produzir decisões terapêuticas desnecessárias, atrasos e sofrimento evitável.

Trata-se de hipótese típica de "erro evitável" por governança, cuja repercussão jurídico-probatória é direta. Nesse sentido, quanto mais o caso revela falha de processo e ausência de cautela mínima, mais se fortalece o nexo entre conduta, dano e dever de reparação, deslocando o debate do campo das intercorrências possíveis para o campo do dever objetivo de cuidado e da segurança do paciente.

A ementa a seguir se amolda perfeitamente a um caso típico de litígio que poderia ser facilmente evitado se observados os protocolos de gestão legal do risco hospitalar:

> AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL Nº 1.664.806 - RJ (2020/0036336-9) RELATOR : MINISTRO RAUL ARAÚJO AGRAVANTE: CARLOS ROBERTO PEREIRA ALVES FILHO ADVOGADO: FABRÍCIO OLIVEIRA VIANA - RJ134268 AGRAVADO: MARIA GRASIELI RODRIGUES MEDEIROS ADVOGADOS: LEANDRO COSTA RABELLO - RJ123542 PATRICIA NOGUEIRA RABELLO - RJ118240 INTERES.: IMAGEM NOROESTE PADUENSE DIAGNOSTICOS DIGITAIS LTDA ADVOGADO : ANTONIO CARLOS CHICRALLA TEIXEIRA DE CARVALHO FILHO - RJ097768 DECISÃO Trata-se de agravo de decisão que não admitiu recurso especial interposto por CARLOS ROBERTO PEREIRA ALVES FILHO, com fundamentado no art. 105, III, a e c, da Constituição Federal, contra acórdão assim ementado: APELAÇÕES CÍVEIS. DIREITO DO CONSUMIDOR. AÇÃO INDENIZATÓRIA. EQUÍVOCO NA ENTREGA DE RESULTADO DE EXAMES. ERRO MÉDICO. SENTENÇA DE PARCIAL PROCEDÊNCIA. IRRESIGNAÇÃO DA AUTORA E DA PRIMEIRA RÉ. LAUDO PERICIAL CONCLUSIVO: TROCA DE EXAMES PELA PRIMEIRA RÉ; SEGUNDO RÉU AGIU COM IMPRUDÊNCIA E IMPERÍCIA AO NÃO OBSERVAR O EQUÍVOCO NO RESULTADO DO EXAME E AO INSISTIR EM TRATAMENTO DE UMA MOLÉSTIA QUE NEM

> A RESSONÂNCIA DEMONSTROU EXISTIR. DANOS MORAIS CONFIGURADOS E RAZOAVELMENTE ARBITRADOS EM R$ 8.000,00 PARA A PRIMEIRA RÉ. DANOS MORAIS QUE SE FIXA TAMBÉM EM R$ 8.000,00 PARA O SEGUNDO RÉU. FLUÊNCIA DE JUROS QUE DEVE SER A PARTIR DA CITAÇÃO, POR SE TRATAR DE RESPONSABILIDADE CONTRATUAL. DANOS MATERIAIS NÃO CONFIGURADOS. DOCUMENTOS JUNTADOS NÃO COMPROVAM QUE OS GASTOS FORAM REALIZADOS EM VIRTUDE DA FALHA NA PRESTAÇÃO DO SERVIÇO. CADA PARTE ARCARÁ COM OS HONORÁRIOS DO SEU ADVOGADO. CUSTAS RATEADAS NA PROPORÇÃO DE 50% PARA A AUTORA, OBSERVANDO-SE A GRATUIDADE DE JUSTIÇA, E DE 25% PARA CADA RÉU. RECURSOS CONHECIDOS, DESPROVIDO O DA PRIMEIRA RÉ E PARCIALMENTE PROVIDO O DA AUTORA. (fls. 539/540). Em seu recurso especial, o agravante alega ofensa aos arts. 373, I, do Código de Processo Civil de 2015, 186, 927, 951, do Código Civil, 14, § 4º, do CDC, 2º, § único, II, 4º, III e X, da Lei 12.842/2013. Sustenta, em síntese, que é descabida a sua condenação, "pois o laudo pericial (index 270) foi retificado pelo próprio Médico Perito duas vezes (index 339 e 360), demonstrando assim que o fundamento lançado no Acórdão não é apto a embasar o erro médico que enseja a reparação patrimonial pretendida" (fl. 630). Afirma que "o recorrente assentou que o tratamento fornecido foi estribado no quadro clínico descrito no prontuário médico (index 96 e 97), pois a conduta médica dispensada não foi realizada com base em laudos e filmes de terceiros, que deve ser conhecida e apreciada pelo Superior Tribunal de Justiça" (fl. 635). Acentuou, ainda, que a recorrida deveria comprovar o ato ilícito, a culpa, o dano e o nexo causal da conduta médica, o que não foi feito. É o relatório. No caso dos autos, o Tribunal a quo, com fundamento na perícia realizada, concluiu que houve negligência do ora agravante ao deixar de observar o dever de cuidado que dele se deveria esperar, restando configurada a sua responsabilidade juntamente com a clínica pela falha na prestação do serviço à autora. (...) Diante do exposto, nos termos do art. 253, parágrafo único, II, b, do RISTJ, conheço do agravo para negar provimento ao recurso especial. Publique-se. Brasília, 03 de junho de 2020. MINISTRO RAUL ARAÚJO Relator (STJ – AREsp nº 1664806 RJ 2020/0036336-9, Relator Ministro Raul Araújo, Data de Publicação: 09/06/2020).

Em contraste com o primeiro precedente, no qual a controvérsia foi resolvida a partir da conclusão da prova pericial no sentido de que se tratava de complicação prevista e manejada conforme protocolos, afastando-se a imputação de culpa, o caso do STJ revela um cenário qualitativamente distinto. Isso porque o litígio não se estrutura em torno da frustração com um resultado possível, mas da quebra objetiva do dever de cuidado, iniciada por falha de gestão (troca de exames) e agravada por conduta clínica que, segundo o laudo, não realizou a conferência crítica entre resultado e quadro apresentado, insistindo em tratamento sem base adequada.

A comparação é útil porque explicita dois gatilhos diferentes de judicialização na relação médico-paciente: (i) demandas “evitáveis” no sentido de que poderiam ser reduzidas por comunicação e informação transparentes, consentimento substancial e registro capaz de tornar compreensível a lógica clínica diante de intercorrências possíveis; e (ii) demandas “evitáveis” por prevenção primária, pois dependem de governança assistencial mínima

(identificação correta, rastreabilidade, dupla checagem e padronização segura do fluxo diagnóstico), sem as quais a clínica perde previsibilidade e a prova tende a se formar contra o médico e a instituição.

Com efeito, os precedentes mostram que humanização e gestão de riscos operam de modo complementar, sendo que a primeira reduz a litigiosidade decorrente de expectativas desalinhadas e interpretação de "erro presumido", enquanto o segundo previne falhas sistêmicas e fornece lastro técnico-documental para decisões prudentes, preservando a confiança e qualificando o julgamento quando o conflito bate às portas do Poder Judiciário.

Esse arranjo só se materializa, porém, quando é traduzido em práticas concretas no encontro clínico, e uma das mais decisivas é o consentimento informado em sentido substancial. Assim, é pertinente a observação de que o consentimento não pode ser traduzido em um mero formulário, pois, na realidade, trata-se da exteriorização de um diálogo que, quando possível, atua como mecanismo de prevenção de conflito para ambas as partes. É certo que esse diálogo, quando não é plenamente possível, como nos casos de urgência ou emergência, exige do profissional médico maior rigor técnico, zelo, prudência e clareza registral sobre a imprescindibilidade e proporcionalidade das medidas adotadas (GONÇALVES, 2020). Registra-se, também, na literatura nacional, a coexistência de outros fatores organizacionais e estruturais (condições mínimas de trabalho, pressão assistencial, formação desigual), com o aumento de litigiosidade e com a maior conscientização social sobre direitos, o que torna a relação médico-paciente ainda mais complexa e impede soluções simplistas (DANTAS, 2021).

Corroborando as premissas supramencionadas, a doutrina aponta que a frustração do paciente e a quebra do direito à informação figuram como vetores recorrentes de conflito e de responsabilização, inclusive em panorama comparado, em que a litigiosidade repercute em mudanças de comportamento profissional e em custos indiretos, como seguros e reprecificação do atendimento (SOUZA, 2020). Ao tratar da medicina defensiva como decorrência do temor de se tornar réu, ressalta-se o desvirtuamento de autonomias, tanto do profissional médico quanto do paciente, e o risco de mau uso do Poder Judiciário como substituto de mecanismos adequados de resolução e prevenção de conflitos.

A experiência comparada reforça que a pressão litigiosa sobre a prática médica e seus efeitos comportamentais não é um fator exclusivo da "cultura brasileira", ainda que assuma formatos institucionais distintos. No Canadá, por exemplo, o principal organismo de proteção

médico-legal, a Associação Canadense de Proteção Médica (*Canadian Medical Protective Association* - CMPA), reportou que, em 2023, foram pagos cerca de US$ 308 milhões em indenizações a pacientes em casos comprovados de negligência, além de US$ 224,7 milhões em despesas jurídicas no mesmo período, com aumento em relação a 2022 e com indicação de maior complexidade e "mais horas por caso" mesmo quando o número de processos judiciais de natureza civil diminui (CMPA, 2023).

Já na Alemanha, onde é relevante o papel das *Gutachterkommissionen* e *Schlichtungsstellen* (Comissões e Câmaras de Conciliação/Parecer nas Câmaras Médicas), a estatística registrou 7.529 pedidos de avaliação e parecer em 2023 (alta de 3,3% sobre 2022). Isso evidencia demanda contínua por mecanismos de atribuição de responsabilidade e resolução de conflitos fora (ou antes) do contencioso judicial (Bundesärztekammer, 2023). Na Bélgica, o Fundo de Acidentes Médicos (*Fonds des Accidents Médicaux* - FAM), órgão administrativo de avaliação e, em certos casos, indenização, informou ter recebido 632 novos requerimentos em 2024, o maior número desde 2015, com aumento de 36,2% em relação a 2023, além de destacar a crescente procura também no ano de 2025 (INAMI, 2025).

Em conjunto, esses dados sugerem um pano de fundo internacional no qual o risco médico-legal, mesmo quando canalizado por modelos de mediação, comissões técnicas ou fundos administrativos, tende a repercutir em despesas, rotinas documentais e estratégias de redução de exposição. Nesse contexto, essa conjuntura dialoga diretamente com a hipótese central deste capítulo: sem comunicação qualificada, governança clínica e consentimento, o "receio do litígio" se transforma em variável cotidiana e empobrece a dimensão humana do cuidado.

Sob a ótica sistêmica, os efeitos colaterais não ficam confinados ao consultório ou ao ambiente hospitalar, porque a defensividade pode ampliar despesas, deslocar recursos para condutas de baixo valor, agravar desigualdades de acesso, reduzir disponibilidade de profissionais em áreas mais propensas à judicialização. Do ponto de vista subjetivo, a permanência do risco jurídico como "paisagem" do trabalho tende a produzir desgaste emocional e moral, fomentando ansiedade, estresse e desmotivação, com potencial impacto sobre permanência na carreira e sobre o compromisso com decisões clinicamente arrojadas, porém justificáveis. Tudo isso reforça os ideais da tese, especialmente no fato de que a mitigação da judicialização não se resolve apenas no contencioso; ela precisa ser construída no cotidiano terapêutico, como política de qualidade.

É nesse ponto que a proposta da tese se mostra mais consistente, ao passo que enfrentar os efeitos colaterais exige integrar humanização e gestão legal de riscos como dimensões do mesmo projeto assistencial. Não se trata de "blindagem" nem de retórica conciliatória. Trata-se da reorganização de práticas, como a comunicação compreensível e empática, decisão compartilhada quando viável, consentimento substancial, prontuário tecnicamente robusto e coerente, protocolos que reduzam variabilidade insegura e suporte institucional (incluindo canais de diálogo e mediação) para que o médico possa decidir com prudência clínica, e não com medo.

Em síntese, os efeitos colaterais da judicialização não podem ser naturalizados ou simplesmente "aceitáveis", devendo ser considerados um indício de que a clínica médica precisa ser protegida na sua gênese, com métodos voltados na valorização da relação médico-paciente.

## 4.8 Análise crítica da jurisprudência e dos padrões decisórios nos tribunais pátrios

Os aspectos jurisprudenciais da judicialização da saúde passaram a assumir contornos mais complexos à medida que o Poder Judiciário brasileiro passou a enfrentar demandas envolvendo terapias de alta complexidade, medicamentos não incorporados ao Sistema Único de Saúde, tratamentos experimentais e tecnologias médicas sem consenso científico consolidado.

A expansão quantitativa das ações produziu necessidade crescente de racionalização das decisões judiciais, especialmente diante dos impactos financeiros, assistenciais e distributivos decorrentes da concessão de prestações individuais em saúde. Com base nesse contexto, consolidou-se entendimento segundo o qual a tutela jurisdicional do direito à saúde não pode ser dissociada da análise técnica e científica relacionada à eficácia, segurança e adequação dos tratamentos pleiteados judicialmente (CNJ, 2025b).

As recentes diretrizes estabelecidas no âmbito do Conselho Nacional de Justiça e do Supremo Tribunal Federal passaram a reforçar a necessidade de fundamentação técnica qualificada nas decisões envolvendo saúde pública e suplementar. A incorporação das Súmulas Vinculantes 60 e 61 pelo Pretório Excelso consolidou orientação voltada à observância de evidências científicas antes da concessão judicial de medicamentos e tratamentos médicos. A análise jurisdicional das demandas sanitárias deixou de se apoiar

exclusivamente na urgência clínica individual e passou a exigir avaliação mais consistente acerca da efetividade terapêutica, dos protocolos científicos disponíveis e da compatibilidade do tratamento solicitado com os parâmetros técnicos reconhecidos pelas autoridades sanitárias (CNJ, 2025b).

A valorização da medicina baseada em evidências passou, assim, a ocupar posição central na estruturação da jurisprudência contemporânea. O deferimento judicial de tratamentos sem respaldo científico consolidado passou a ser compreendido como potencial fator de risco para a sustentabilidade financeira das políticas públicas de saúde e também para a segurança dos pacientes submetidos a terapias experimentais ou insuficientemente avaliadas. A atividade jurisdicional em matéria sanitária passou a demandar aproximação mais intensa entre Direito, ciência médica e avaliação tecnológica em saúde, reduzindo a margem para decisões fundadas exclusivamente em prescrição individual desacompanhada de suporte técnico-científico consistente (CNJ, 2025b).

Nesse cenário, os Núcleos de Apoio Técnico do Judiciário (NAT-Jus) consolidaram-se como instrumentos relevantes de qualificação das decisões judiciais em saúde. O crescimento exponencial do número de notas técnicas elaboradas pelos NAT-Jus denota a progressiva incorporação de subsídios científicos ao processo decisório judicial. Os pareceres produzidos pelos núcleos técnicos passaram a funcionar como mecanismos auxiliares destinados à análise da eficácia terapêutica, existência de alternativas disponíveis no SUS, nível de evidência científica e adequação dos tratamentos pleiteados. A judicialização da saúde, portanto, incorporou dinâmica decisória mais sofisticada, na qual o convencimento judicial se constrói em diálogo com parâmetros científicos e sanitários especializados (CNJ, 2025b).

Os dados relativos ao aumento dos pedidos de notas técnicas demonstram transformação significativa na forma como o Poder Judiciário brasileiro enfrenta as demandas de saúde. O crescimento contínuo da utilização dos NAT-Jus revela preocupação crescente com a necessidade de uniformização das decisões e redução de concessões baseadas tão somente em argumentos emocionais, urgenciais ou em prescrições médicas desprovidas de análise técnica ampliada. A atividade jurisdicional em saúde passou a demandar mecanismos de controle epistêmico voltados à racionalização das decisões judiciais e à contenção de distorções relacionadas à incorporação informal de tecnologias médicas por via judicial (CNJ, 2025b).

Além disso, a diversidade temática das notas técnicas demonstra a amplitude dos conflitos sanitários atuais. Demandas relacionadas ao tratamento do transtorno do espectro autista, doenças oncológicas, diabetes, fibromialgia e outras enfermidades crônicas ocupam espaço significativo na litigiosidade nacional. A complexidade terapêutica dessas patologias frequentemente envolve medicamentos de elevado custo, terapias inovadoras e procedimentos médicos submetidos a constantes transformações científicas. A jurisprudência passou, assim, a operar em ambiente marcado por elevada especialização técnica e rápida evolução tecnológica, circunstância que exige permanente atualização dos instrumentos de apoio à atividade jurisdicional (CNJ, 2025b).

Outro aspecto refere-se ao desenvolvimento do sistema e-NatJus 4.0, estruturado como plataforma voltada à integração nacional de informações técnicas relacionadas à saúde. A criação de base unificada de dados com informações provenientes do Ministério da Saúde, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde, da Agência Nacional de Saúde Suplementar e de conselhos profissionais demonstra movimento de fortalecimento da cooperação técnica entre órgãos administrativos e sistema de justiça. A atividade jurisdicional em saúde passa a se desenvolver em ambiente progressivamente integrado, permitindo acesso mais rápido e estruturado às informações científicas relevantes para julgamento das demandas sanitárias (CNJ, 2025b).

A incorporação de ferramentas de inteligência artificial ao sistema e-NatJus também evidencia transformação significativa na gestão jurisprudencial da judicialização da saúde. A utilização de mecanismos automatizados de busca, comparação de precedentes técnicos e monitoramento de ações judiciais relacionadas à saúde busca conferir maior uniformidade, celeridade e racionalidade às decisões judiciais. O emprego dessas tecnologias não elimina a discricionariedade judicial, mas tende a reduzir assimetrias decisórias e aumentar a coerência na apreciação de demandas semelhantes. Desse modo, a jurisprudência pátria opera em ambiente marcado pela crescente tecnificação da própria atividade jurisdicional (CNJ, 2025b).

Ao mesmo tempo, a consolidação de parâmetros técnicos mais rigorosos para concessão judicial de tratamentos médicos não afasta a necessidade de análise individualizada das demandas relacionadas ao direito à saúde. A complexidade das situações clínicas, a diversidade das patologias e as limitações estruturais do sistema público exigem que o julgador preserve capacidade de avaliação concreta das necessidades do paciente. Na

atualidade, o desafio jurisprudencial consiste justamente em compatibilizar proteção efetiva do direito fundamental à saúde com observância de critérios científicos, racionalidade distributiva e sustentabilidade das políticas públicas (CNJ, 2025b).

A evolução jurisprudencial da judicialização da saúde revela, portanto, movimento gradual de superação de modelos decisórios excessivamente intuitivos ou fundamentados exclusivamente na urgência individual do caso. A tutela jurisdicional passou a exigir diálogo permanente entre magistratura, ciência médica, gestão pública e avaliação tecnológica em saúde. O fortalecimento dos NAT-Jus, a ampliação do uso de notas técnicas e a integração nacional de bancos de dados científicos demonstram esforço para a construção de decisões mais qualificadas, coerentes e compatíveis com a complexidade contemporânea do direito à saúde no Brasil (CNJ, 2025b).

Para análise dos aspectos jurisprudenciais da judicialização da saúde, realizou-se pesquisa no portal de jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça, utilizando-se as palavras-chave “saúde”, “médico”, “paciente” e “direito à saúde”. Foram selecionados julgados recentes com maior relevância temática para a investigação, tais como decisões relacionadas ao fornecimento de medicamentos, responsabilidade civil médica, relação médico-paciente e efetivação do direito fundamental à saúde.

Frisa-se que os julgados selecionados não compõem amostra estatística, nem autorizam conclusões quantitativas sobre a totalidade da jurisprudência nacional. Sua utilização destina-se a identificar fundamentos decisórios relevantes para a tese, nos pontos relativos à responsabilidade civil médica, dever de informação, prova técnica, dano moral, quebra de confiança e qualificação da decisão judicial em matéria de saúde.

Além desses pontos, a análise das jurisprudências busca identificar os fundamentos jurídicos adotados pelo Tribunal, bem como os elementos sociais, éticos e assistenciais subjacentes aos conflitos judicializados, permitindo reflexão acerca das possibilidades de mitigação da litigiosidade por meio de práticas de cuidado humanizado, medicina participativa, fortalecimento da comunicação terapêutica e construção de modelos assistenciais mais integrativos.

Feitos esses esclarecimentos pontuais, no julgamento do Recurso Especial (REsp) nº 1.657.156/RJ pelo Superior Tribunal de Justiça sob a sistemática dos recursos repetitivos (Tema 106), que, inclusive, foi objeto de estudo desta tese no capítulo 3 no que pertence à fixação dos critérios para a concessão de medicamentos não incorporados aos atos normativos

do Sistema Único de Saúde, é possível verificar uma maior racionalidade decisória em contraponto aos aspectos individuais subjetivos da parte.

O caso envolvia paciente diagnosticada com glaucoma crônico bilateral que necessitava de uso contínuo de colírios prescritos por médico vinculado ao SUS, inexistindo condições financeiras para aquisição dos medicamentos indicados. A controvérsia central dizia respeito à possibilidade de o Poder Judiciário determinar o fornecimento de medicamentos não padronizados administrativamente pelo sistema público de saúde. Ao fixar tese vinculante, o Tribunal estabeleceu que a concessão judicial desses medicamentos possui caráter excepcional e depende da presença cumulativa dos requisitos alinhavados no tema 1 desta tese.

Como descrito, a decisão revela movimento jurisprudencial voltado à racionalização da judicialização da saúde, especialmente diante do crescimento exponencial das demandas relacionadas ao fornecimento de medicamentos de alto custo ou não incorporados às políticas públicas sanitárias. O acórdão demonstra preocupação em compatibilizar proteção individual do direito à saúde com critérios técnicos relacionados à segurança sanitária, à avaliação terapêutica e à sustentabilidade administrativa do sistema público. A exigência de comprovação da ineficácia dos medicamentos disponibilizados pelo SUS representa tentativa de evitar substituições arbitrárias de protocolos clínicos por prescrições individuais desprovidas de fundamentação técnica robusta. Ao mesmo tempo, a decisão reconhece que a padronização administrativa da assistência farmacêutica não pode impedir o acesso excepcional a tratamentos necessários quando demonstrada inadequação concreta das alternativas terapêuticas já fornecidas pelo sistema público (STJ, 2018).

Entretanto, a controvérsia examinada naquele julgado também aponta limitações estruturais relacionadas à comunicação terapêutica e ao próprio modelo de assistência em saúde. A judicialização da demanda somente ocorreu porque o percurso administrativo não foi capaz de absorver adequadamente as necessidades específicas da paciente, conduzindo o conflito para a esfera judicial.

Nesse aspecto, a construção de espaços efetivos de diálogo entre profissionais de saúde, usuários e gestão pública poderia reduzir parte dos litígios relacionados à assistência farmacêutica. Andrade e Andrade (2017), ao discutirem a mediação em saúde, sustentam que mecanismos consensuais de resolução de conflitos contribuem para fortalecimento da

cooperação entre os diferentes atores envolvidos e para redução da dependência exclusiva da intervenção judicial como forma de acesso aos tratamentos médicos.

Outrossim, o caso denota a relevância da relação médico-paciente na consolidação das demandas judiciais em saúde. A prescrição médica individualizada ocupou posição nuclear no convencimento judicial acerca da necessidade do tratamento requerido. A confiança depositada pelo paciente na conduta terapêutica prescrita frequentemente fortalece a resistência à substituição por medicamentos padronizados administrativamente pelo SUS, sobretudo em doenças crônicas que demandam acompanhamento contínuo e sensível às particularidades clínicas do indivíduo. Caprara e Rodrigues (2004) observam que a relação terapêutica baseada na escuta qualificada e na construção de vínculo de confiança amplia a participação do paciente nas decisões clínicas e modifica significativamente sua percepção acerca do tratamento recebido. A ausência de espaços comunicacionais adequados entre paciente, prescritor e administração pública habitualmente intensifica a judicialização da assistência farmacêutica.

A decisão também permite reflexão acerca dos impactos sociais produzidos pela judicialização individual da saúde. Embora o fornecimento judicial do medicamento represente concretização legítima do direito fundamental à saúde da paciente envolvida, o crescimento contínuo dessas demandas produz repercussões distributivas relevantes sobre o orçamento público e sobre a organização das políticas coletivas de assistência farmacêutica.

Ferraz e Vieira (2009) alertam que a expansão de decisões judiciais envolvendo medicamentos não incorporados ao SUS pode comprometer a racionalidade distributiva do sistema público, mormente em cenários de recursos escassos e crescente pressão financeira sobre os entes federativos. O julgamento do Tema 106 caminhou para uma clara tentativa jurisprudencial de construção de critérios mínimos capazes de conter decisões excessivamente subjetivas ou desconectadas da avaliação técnica das políticas sanitárias.

Sob outra perspectiva, a controvérsia demonstra a necessidade de fortalecimento de modelos assistenciais mais integrativos e participativos no interior do sistema de saúde. Otani e Barros (2011), ao discutirem a medicina integrativa, defendem superação de modelos excessivamente centrados na fragmentação biomédica e na padronização rígida do cuidado. A existência de espaços administrativos mais flexíveis para análise individualizada de situações clínicas excepcionais poderia reduzir parte da litigiosidade relacionada ao fornecimento de medicamentos fora das listas oficiais do SUS. A judicialização frequentemente emerge

justamente da incapacidade administrativa de incorporar singularidades terapêuticas sem necessidade de intervenção jurisdicional.

Portanto, o tema 106 demonstra que a judicialização da saúde não se limita pura e simplesmente à disputa formal entre paciente e Estado pelo fornecimento de medicamentos. O caso aponta conflitos relacionados à comunicação entre sistema público e usuário, à rigidez administrativa dos protocolos terapêuticos, à confiança estabelecida na relação médico-paciente e às dificuldades estruturais de construção de soluções consensuais no âmbito da assistência farmacêutica. O firmamento de práticas assistenciais mais humanizadas, participativas e integrativas possui potencial para reduzir parte dessas controvérsias, fortalecendo mecanismos administrativos de acolhimento das demandas dos pacientes antes que os conflitos se convertam em litígios judiciais.

Em 2025, também sob a sistemática dos recursos repetitivos (Tema 1147), porém, noutro assunto, o Superior Tribunal de Justiça, no julgamento do REsp nº 1.978.141, decidiu controvérsia relativa ao ressarcimento devido pelas operadoras de planos de saúde ao Sistema Único de Saúde, nos termos do artigo 32 da Lei nº 9.656/1998, conforme se infere da ementa abaixo transcrita:

> ADMINISTRATIVO. PROCESSUAL CIVIL. RECURSO ESPECIAL REPRESENTATIVO DE CONTROVÉRSIA DE NATUREZA REPETITIVA. DEMANDA DE RESSARCIMENTO AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS. PRAZO PRESCRICIONAL APLICÁVEL. ART. 1º DO DECRETO 20.910/1932. TERMO INICIAL DA CONTAGEM DO PRAZO PRESCRICIONAL. NOTIFICAÇÃO DA DECISÃO ADMINISTRATIVA. RECURSO ESPECIAL PARCIALMENTE CONHECIDO E, NESSA EXTENSÃO, NÃO PROVIDO. 1. A controvérsia ora em apreciação, submetida ao rito dos recursos especiais repetitivos, restou assim delimitada: "Definir: 1) qual o prazo prescricional aplicável em caso de demanda que envolva pedido de ressarcimento ao Sistema Único de Saúde na hipótese do art. 32 da Lei n. 9.656/98: se é aplicável o prazo quinquenal previsto no art. 1º do Decreto n.º 20.910/32, ou o prazo trienal prescrito no art. 206, § 3º, do Código Civil; 2) qual o termo inicial da contagem do prazo prescricional: se começa a correr com a internação do paciente, com a alta do hospital, ou a partir da notificação da decisão do processo administrativo que apura os valores a serem ressarcidos". 2. A obrigação imposta às operadoras de planos de saúde, de ressarcirem os serviços de atendimento à saúde prestados aos seus clientes pelas instituições integrantes do Sistema Único de Saúde – SUS, é prevista no art. 32 da Lei 9.656/1998, que atribuiu à Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS a definição do procedimento para apuração dos valores devidos. Nos termos da lei, finalizado o procedimento para apuração do montante devido e expedida notificação de cobrança, a operadora tem o prazo de quinze dias úteis para efetuar o ressarcimento. Ultrapassado esse prazo, os valores não recolhidos serão inscritos em dívida ativa da ANS, que promoverá a cobrança judicial. Esse contexto revela que a relação existente entre a ANS e as operadoras de planos de saúde é regida pelo Direito Administrativo, motivo pelo qual deve ser afastada a incidência do prazo prescricional previsto no Código Civil. 3. Este Superior Tribunal já teve a

> oportunidade de apreciar a matéria em debate, tendo firmado entendimento no sentido de que as demandas envolvendo pedido de ressarcimento ao Sistema Único de Saúde, de que trata o art. 32 da Lei 9.656/1998, estão sujeitas ao prazo prescricional quinquenal, previsto no Decreto 20.910/1932. Além disso, este Superior Tribunal também vem decidindo que, por se tratar de cobrança de valores que, por expressa previsão legal, devem ser apurados em prévio procedimento administrativo, o termo inicial do prazo prescricional somente tem início após a notificação da cobrança feita pela ANS (art. 32, § 3º, da Lei 9.656/1998). 4. Tese jurídica firmada: "Nas ações com pedido de ressarcimento ao Sistema Único de Saúde de que trata o art. 32 da Lei 9.656/1998, é aplicável o prazo prescricional de cinco anos previsto no Decreto 20.910/1932, contado a partir da notificação da decisão administrativa que apurou os valores". 5. Caso concreto: recurso especial parcialmente conhecido e, nessa extensão, não provido. 6. Recurso julgado sob a sistemática dos recursos especiais representativos de controvérsia (art. 1.036 e seguintes do CPC/2015; e art. 256-N e seguintes do RISTJ). (STJ – REsp nº 1.978.141 (2021/0225777-8), Rel. Ministro Afrânio Vilela, Primeira Seção, Data de Julgamento: 14/05/2025, Data de Publicação: 26/05/2025).

A discussão concentrou-se na definição do prazo prescricional aplicável às ações de cobrança promovidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar e no marco inicial para contagem desse prazo. O Tribunal fixou entendimento segundo o qual o ressarcimento ao SUS possui natureza regida pelo direito administrativo, submetendo-se ao prazo prescricional quinquenal previsto no Decreto nº 20.910/1932, contado a partir da notificação administrativa que apura os valores devidos pela operadora. A decisão consolidou interpretação voltada à proteção financeira do sistema público de saúde diante da utilização de sua estrutura assistencial por usuários vinculados à saúde suplementar.

Embora o cerne da questão posta a julgamento seja centrado em matéria prescricional e administrativa, o caso revela aspectos relevantes da crescente complexidade das relações contemporâneas entre saúde pública, saúde suplementar e efetivação do direito à saúde. A necessidade de ressarcimento ao SUS decorre justamente da utilização da rede pública por beneficiários de planos privados em situações nas quais a assistência suplementar não absorveu adequadamente a demanda do paciente. A judicialização, nesse contexto, surge, além da insuficiência estatal, das dificuldades estruturais relacionadas à integração entre os diferentes modelos assistenciais existentes no sistema de saúde brasileiro. O conflito induz que a fragmentação da assistência produz repercussões clínicas, administrativas, financeiras e jurídicas.

Além desses fatores, a controvérsia examinada também permite reflexão acerca da própria sobrecarga do Sistema Único de Saúde e dos impactos indiretos que recaem sobre pacientes e profissionais inseridos na rede pública. Quando usuários vinculados à saúde suplementar recorrem ao SUS para obtenção de tratamentos, internações ou procedimentos

hospitalares, intensifica-se a pressão sobre estruturas já submetidas a elevada demanda assistencial. Esse cenário reflete diretamente sobre a qualidade do atendimento, sobre o tempo de espera e sobre a capacidade de organização das políticas públicas sanitárias. A judicialização do ressarcimento revela, assim, consequências sistêmicas relacionadas à insuficiência de coordenação entre os setores público e privado da saúde (STJ, 2025).

Ainda, o caso evidencia que a discussão sobre judicialização da saúde ultrapassa os litígios individuais envolvendo fornecimento de medicamentos ou tratamentos médicos. A litigiosidade sanitária contemporânea passou a abranger conflitos complexos relacionados ao financiamento do sistema, à responsabilidade das operadoras privadas e à sustentabilidade da assistência pública. A fixação de parâmetros jurisprudenciais sobre ressarcimento ao SUS demonstra tentativa do Poder Judiciário de conferir maior estabilidade jurídica às relações entre saúde suplementar e administração pública, especialmente diante do crescimento contínuo da utilização da rede pública por beneficiários de planos privados (STJ, 2025).

Sob outra ótica, a situação também permite reflexão acerca da importância da organização preventiva e integrada da assistência em saúde. Otani e Barros (2011), ao discutirem modelos integrativos de cuidado, observam que a fragmentação excessiva dos sistemas assistenciais dificulta a continuidade terapêutica e enfraquece a percepção integral do paciente dentro das redes de atenção à saúde. A ausência de articulação eficiente entre operadoras privadas, profissionais assistenciais e sistema público frequentemente conduz o paciente a percursos terapêuticos descontinuados, marcados por dificuldades de acesso e múltiplas barreiras administrativas. A medicina integrativa e participativa pressupõe justamente fortalecimento da coordenação do cuidado e da comunicação entre os diferentes níveis assistenciais, reduzindo situações de desassistência que acabam transferidas ao SUS.

Identifica-se, ainda que de maneira indireta, impactos relacionados à relação médico-paciente no contexto da saúde suplementar. A sobrecarga administrativa, os limites impostos pelas operadoras e a crescente burocratização do atendimento privado habitualmente interferem na autonomia clínica dos profissionais e na continuidade da assistência prestada aos pacientes. Caprara *et al.* (1999) observam que a humanização da prática médica depende da preservação de espaços de escuta, diálogo e construção de vínculos terapêuticos consistentes. Em sistemas marcados pela fragmentação administrativa e pela excessiva racionalização financeira da assistência, a relação terapêutica tende a se tornar mais instável e menos centrada nas necessidades integrais do paciente.

O Tema 1147 expõe, portanto, que os conflitos jurídicos relacionados à saúde não se restringem às demandas individuais por acesso a medicamentos ou procedimentos médicos. O caso sinaliza problemas estruturais relacionados ao financiamento do sistema sanitário, à articulação entre saúde pública e suplementar e à dificuldade de construção de redes assistenciais verdadeiramente integradas.

À vista disso, a judicialização do ressarcimento ao SUS sinaliza que as fragilidades da organização sanitária brasileira produzem impactos que alcançam simultaneamente pacientes, operadoras, profissionais de saúde e administração pública. Nesse cenário, o fortalecimento de modelos assistenciais mais humanizados, coordenados e participativos possui potencial para melhoria da qualidade do cuidado e para a redução de conflitos jurídicos decorrentes da fragmentação contemporânea do sistema de saúde (STJ, 2025).

Em continuação às análises jurisprudenciais, no julgamento do REsp nº 2.168.627/SP, decidido em 2026 sob a sistemática dos recursos repetitivos (Tema 1316), o Superior Tribunal de Justiça enfrentou discussão relativa à obrigatoriedade de cobertura, pelos planos de saúde, do sistema de infusão contínua de insulina utilizado no tratamento de pacientes com diabetes mellitus tipo I, conforme ementa a seguir:

> RECURSO ESPECIAL. RITO DOS RECURSOS REPETITIVOS. DIREITO CIVIL. TEMA 1316. PLANO DE SAÚDE. COBERTURA DE BOMBA DE INFUSÃO DE INSULINA. FIXAÇÃO DE TESE. 1. Recurso especial interposto por operadora de plano de saúde contra acórdão do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo que determinou a cobertura de bomba de infusão de insulina para controle contínuo de glicose em paciente diagnosticada com Diabetes Mellitus Tipo I, com significativa variação glicêmica e necessidade de controle rigoroso da doença para preservação de rim transplantado, evitar progressão de retinopatia, preparação para futura gestação e prevenção de doença macrovascular. O acórdão recorrido aplicou o Código de Defesa do Consumidor e a Lei nº 14.454/2022, considerando inválida a cláusula excludente de cobertura e condenando a operadora ao pagamento de indenização por danos morais. 2. A questão em discussão consiste em saber se é obrigatória a cobertura dos planos de saúde para o fornecimento de bomba de infusão de insulina utilizada no controle contínuo de glicose pelas pessoas com diabetes, considerando a classificação do equipamento como dispositivo médico pela ANVISA e a aplicação das inovações trazidas pela Lei nº 14.454/2022. 3. Estudos científicos realizados após 2018 demonstram benefícios clínicos significativos do uso da bomba de insulina, principalmente o melhor controle da glicemia, a redução da frequência de injeções, a diminuição de episódios de hipoglicemia grave e a menor necessidade de hospitalizações. 4. A bomba de infusão de insulina é classificada pela ANVISA como dispositivo médico, não se enquadrando nas exceções previstas nos incisos VI e VII do art. 10 da Lei nº 9.656/1998 que permitem exclusão de cobertura de medicamentos de uso domiciliar e órteses não relacionadas a atos cirúrgicos. 5. O rol de procedimentos da ANS deve ser interpretado como referência básica, não taxativa, conforme orientação consolidada pela Lei nº 14.454/2022 e pela jurisprudência do STJ, permitindo a cobertura de tratamentos não previstos no rol, desde que preenchidos os critérios

estabelecidos. 6. A análise da obrigatoriedade de custeio do sistema de infusão contínua de insulina deve observar os parâmetros fixados pelo Supremo Tribunal Federal na ADI 7265, que incluem a prescrição médica, inexistência de negativa expressa da ANS, ausência de alternativa terapêutica adequada no rol da ANS, comprovação de eficácia e segurança do tratamento à luz da medicina baseada em evidências e registro na ANVISA. 7. O presente julgamento está atento a preocupação do impacto econômico, buscando prevenir contradições e insegurança jurídica e preservar a lógica do mutualismo que sustenta o equilíbrio financeiro da saúde suplementar, seguindo as diretrizes já fixadas pela jurisprudência desta corte e do Supremo Tribunal Federal. 8. É válida a aplicação imediata das inovações trazidas pela Lei nº 14.454/2022 aos contratos de plano de saúde em exercício, mesmo que firmados anteriormente, considerando o caráter de trato sucessivo desses contratos. 9. Dessa forma, em linhas gerais, conclui-se pela possibilidade de fornecimento do sistema de infusão contínua de insulina (bomba de insulina), desde que comprovada sua prescrição médica e demonstrada a inexistência de alternativa terapêutica adequada prevista no rol da ANS. Exige-se ainda a existência de registro na Anvisa do produto pleiteado, bem como a prova do prévio requerimento à operadora de saúde, com a negativa, mora irrazoável ou omissão da operadora na autorização do tratamento. 10. Fixação de tese para os fins do art. 1.039 e 1.040 do CPC: Tema 1316. 1. As inovações trazidas pela Lei n. 14.454/2022 aplicam-se de imediato a partir da sua vigência aos contratos de plano de saúde, mesmo que tenham sido firmados anteriormente. 2. O sistema de infusão contínua de insulina não se enquadra nas exceções dos incisos VI e VII do art. 10 da Lei 9.656/98, sendo inválidas as cláusulas contratuais que de qualquer forma excluírem a cobertura de tal sistema. 3. A análise pelo Poder Judiciário quanto à obrigatoriedade de custeio, pela operadora do plano de saúde, do sistema de infusão contínua de insulina, por ser tratamento não elencado no rol da ANS, deve observar os parâmetros estabelecidos pelo Supremo Tribunal Federal na Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) 7265. 4. Sendo comuns a todos os pedidos de cobertura da bomba de insulina, consideram-se preenchidos os seguintes requisitos constantes da tese fixada na ADI 7265: item 2. ii. (inexistência de negativa expressa da ANS ou de pendência de análise em proposta de atualização do rol); item 2. iv. (comprovação de eficácia e segurança do tratamento à luz da medicina baseada em evidências de alto grau ou ATS, necessariamente respaldadas por evidências científicas de alto nível); e item 3.b. (análise do ato administrativo de não incorporação pela ANS à luz das circunstâncias do caso concreto e da legislação de regência, sem incursão no mérito técnico-administrativo). 5. Em relação aos demais requisitos do item 2 da tese da ADI 7265, deverá o Poder Judiciário analisar em relação a cada caso concreto a presença de: 2.i. (prescrição por médico assistente habilitado); 2.iii. (ausência de alternativa terapêutica adequada para a condição do paciente no rol de procedimentos da ANS); e 2.v. (existência de registro na Anvisa), todos a serem demonstrados na forma do art. 373 do CPC. 6. Sob pena de nulidade da decisão judicial, o Poder Judiciário, ao apreciar pedido de cobertura do sistema de infusão contínuo de insulina, deverá obrigatoriamente atender, ainda, aos seguintes itens, também constantes da tese fixada na ADI 7265: 3.a. (verificar se há prova do prévio requerimento à operadora de saúde, com a negativa, mora irrazoável ou omissão da operadora na autorização do tratamento não incorporado ao rol da ANS); 3.c. (aferir a presença dos requisitos previstos no item 2.i., 2.iii. e 2.v., a partir de consulta prévia ao Núcleo de Apoio Técnico do Poder Judiciário (NATJUS), sempre que disponível, ou a entes ou pessoas com expertise técnica, não podendo fundamentar sua decisão apenas em prescrição, relatório ou laudo médico apresentado pela parte); e 3.d. (em caso de deferimento judicial do pedido, oficiar a ANS para avaliar a possibilidade de inclusão do tratamento no rol de cobertura obrigatória). 11. Caso concreto: A decisão do tribunal de origem, ao determinar a cobertura exclusivamente com base na recomendação do médico da autora, violou a tese fixada por esta Corte neste repetitivo e pelo STF na ADI 7265, sendo necessário o retorno dos autos para novo julgamento que observe todos os critérios fixados.

> Recurso parcialmente provido para determinar novo julgamento da apelação à luz desse repetitivo e do entendimento do STF. (STJ – REsp nº 2168627/SP (2024/0335860-5), Rel. Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva, Segunda Seção, Data de Julgamento: 05/03/2026, Data de Publicação: 10/03/2026)

O caso envolvia paciente que apresentava significativa variação glicêmica, necessidade de controle rigoroso da doença e riscos associados à preservação de rim transplantado, progressão de retinopatia e futura gestação. O Tribunal de origem havia determinado a cobertura integral do equipamento, reconhecendo a invalidade de cláusula contratual excludente e condenando a operadora ao pagamento de indenização por danos morais. Contudo, ao apreciar o recurso especial, o STJ estabeleceu parâmetros técnicos mais rigorosos para análise dessas demandas, vinculando a obrigatoriedade de cobertura aos critérios fixados anteriormente pelo Supremo Tribunal Federal na ADI 7265 (STJ, 2026).

A decisão representa importante marco jurisprudencial no debate hodierno sobre judicialização da saúde suplementar, especialmente diante do crescimento das demandas relacionadas à incorporação de tecnologias médicas de alta complexidade. O STJ reconheceu que a bomba de infusão contínua de insulina possui eficácia terapêutica respaldada por evidências científicas relevantes e registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária, afastando a possibilidade de enquadramento do equipamento nas hipóteses legais de exclusão contratual previstas para medicamentos de uso domiciliar ou órteses desvinculadas de ato cirúrgico. Ao mesmo tempo, a Corte de Justiça condicionou a concessão judicial do tratamento à observância de critérios relacionados à medicina baseada em evidências, à inexistência de alternativa terapêutica adequada prevista no rol da ANS e à realização de análise técnica qualificada, inclusive mediante consulta ao NAT-Jus (STJ, 2026).

O acórdão evidencia mudança significativa na forma como a jurisprudência passou a enfrentar os conflitos envolvendo saúde suplementar e acesso a tecnologias médicas inovadoras. O deferimento judicial deixou de se apoiar exclusivamente na prescrição médica individualizada e passou a exigir integração entre critérios clínicos, evidências científicas, avaliação regulatória e racionalidade administrativa do sistema suplementar. Essa transformação revela tentativa de superação de modelos decisórios excessivamente centrados na urgência subjetiva do caso, aproximando a atividade jurisdicional dos parâmetros técnicos utilizados na avaliação de tecnologias em saúde (STJ, 2026).

Entretanto, o caso também reflete questões sensíveis relacionadas à relação médico-paciente e à experiência concreta do adoecimento crônico. O diabetes mellitus tipo I

constitui enfermidade que exige acompanhamento contínuo, intensa participação do paciente no manejo terapêutico e elevada carga emocional relacionada ao controle glicêmico permanente. A negativa de cobertura de tecnologias indicadas pelo médico assistente produz, com habitualidade, sensação de insegurança, abandono terapêutico e ruptura da confiança entre paciente, operadora e sistema de saúde. Caprara e Rodrigues (2004) observam que a relação terapêutica atual não pode permanecer limitada à lógica verticalizada das decisões técnicas, sendo indispensável reconhecer a experiência subjetiva do paciente e sua participação ativa nas escolhas relacionadas ao próprio tratamento (STJ, 2026).

Sob esse viés, a controvérsia analisada revela como a ausência de mecanismos administrativos mais dialogais e participativos contribui para intensificação da judicialização da saúde suplementar. O litígio judicial surgiu justamente da incapacidade de construção consensual entre operadora, paciente e equipe médica acerca da adequação terapêutica do equipamento solicitado. A medicina participativa pressupõe reconhecimento da singularidade clínica do paciente, construção compartilhada das decisões terapêuticas e valorização da comunicação clara sobre riscos, benefícios e alternativas disponíveis. Ferreira *et al*. (2021), ao discorrerem sobre estratégias de humanização no ambiente hospitalar e assistencial, ressaltam que o fortalecimento da escuta qualificada e do vínculo terapêutico reduz conflitos oriundos da sensação de invisibilidade ou desconsideração das necessidades concretas do paciente.

Além dos pontos delineados, a decisão autoriza reflexão acerca da crescente tecnificação da assistência em saúde e dos impactos produzidos pela judicialização sobre o próprio exercício da medicina. O STJ consignou expressamente que a prescrição médica isolada não é suficiente para fundamentar decisões judiciais envolvendo tratamentos não incorporados ao rol da ANS, exigindo consulta a pareceres técnicos especializados e análise baseada em evidências científicas de alto nível. Embora essa orientação busque racionalizar a litigiosidade e evitar incorporações desprovidas de respaldo técnico consistente, ela também evidencia progressiva limitação da autonomia clínica individual do médico assistente, cuja avaliação terapêutica passa a ser submetida ao crivo regulatório, administrativo e judicial (STJ, 2026).

A controvérsia também apresenta impactos econômicos e estruturais associados à expansão das demandas judiciais envolvendo novas tecnologias médicas. O próprio acórdão demonstra preocupação com a preservação do equilíbrio financeiro do sistema suplementar e com a lógica mutualista que sustenta os contratos de plano de saúde. A incorporação judicial

de tratamentos de alto custo, notadamente tecnologias inovadoras e continuamente atualizadas, produz repercussões relevantes sobre reajustes contratuais, sustentabilidade das operadoras e acesso coletivo à assistência suplementar. O julgamento demonstra tentativa jurisprudencial de compatibilizar proteção individual do direito à saúde com preservação da racionalidade econômica do setor suplementar (STJ, 2026).

Por outro lado, a decisão reconhece que o rol de procedimentos da Agência Nacional de Saúde Suplementar não pode funcionar como instrumento absoluto de limitação do direito à saúde. O STJ reafirmou entendimento de que o rol possui caráter referencial e não taxativo, principalmente após as alterações introduzidas pela Lei n. 14.454/2022. Esse posicionamento é uma nítida tentativa de evitar engessamento excessivo da assistência médica diante da constante evolução tecnológica da medicina contemporânea. A proteção do paciente exige possibilidade de acesso excepcional a terapias eficazes e seguras mesmo quando ainda não incorporadas formalmente ao rol administrativo da ANS (BRASIL, 2022; STJ, 2026).

Portanto, o estudo do Tema 1316 induz ao raciocínio de que a judicialização da saúde suplementar não decorre apenas de disputas contratuais isoladas, mas de conflitos estruturais envolvendo inovação tecnológica, regulação sanitária, sustentabilidade financeira e autonomia terapêutica. O caso demonstra que a construção de modelos assistenciais mais humanizados, integrativos e participativos poderia reduzir parte da litigiosidade associada à negativa de cobertura de tratamentos complexos. A ampliação do diálogo entre paciente, equipe médica, operadoras e instâncias regulatórias possui potencial para construção de soluções menos adversariais e mais compatíveis com a integralidade do cuidado em saúde (STJ, 2026).

Quanto a relação entre responsabilidade médica, produção da prova pericial e efetividade da prestação jurisdicional em ações envolvendo alegação de erro médico, o Recurso Especial nº 2.166.490/RS, julgado pela Terceira Turma do Superior Tribunal de Justiça em 2025, trouxe reflexões substanciais para a compreensão da temática.

> RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE INDENIZAÇÃO POR DANO MATERIAL E COMPENSAÇÃO POR DANO MORAL. ERRO MÉDICO. NULIDADE DO ACÓRDÃO DE EMBARGOS DE DECLARAÇÃO. CONTRADIÇÃO INTERNA. AUSÊNCIA. OMISSÕES. QUESTÕES RELEVANTES DOS LAUDOS PERICIAIS. NEGATIVA DE PRESTAÇÃO JURISDICIONAL CONFIGURADA. I. Hipótese em exame 1. Ação de indenização por dano material e compensação por dano moral, decorrente de suposto erro médico, da qual foi extraído o presente recurso especial, interposto em 27/04/2024 e concluso ao gabinete em 27/08/2024. II. Questão em discussão 2. O propósito recursal é decidir sobre a negativa de prestação jurisdicional. III. Razões de decidir 3. O Tribunal de origem, ao julgar os

> embargos de declaração, não copiou todo o teor do acórdão de apelação, senão apenas transcreveu os respectivos trechos em que foram examinadas as questões apontadas como não decididas, o que não configura nulidade. 4. "A contradição passível de ser sanada na via dos embargos declaratórios é a contradição interna, entendida como ilogicidade ou incoerência existente entre os fundamentos e o dispositivo do julgado em si mesmo considerado, e não a contradição externa, relativa à incompatibilidade do julgado com tese, lei ou precedente tido pelo embargante como correto" (EDcl no REsp 2.173.088/DF, Terceira Turma, julgado em 4/2/2025, DJEN de 7/2/2025). 5. "A negativa de prestação jurisdicional ocorre quando o tribunal não responde a embargos de declaração sobre questões relevantes do laudo pericial" (AgInt na TutPrv no REsp n. 2.025.271/RJ, Quarta Turma, julgado em 24/2/2025, DJEN de 28/2/2025). IV. Dispositivo 6. Recurso especial conhecido e provido. (STJ – REsp nº 2166490 - RS (2024/0321586-8), Rel. Ministra Nancy Andrighi, Data de Julgamento: 20/05/2025, Data de Publicação: 26/05/2025)

Embora o mérito da responsabilidade civil não tenha sido apreciado pela Corte Superior, o julgamento retrata a importância atribuída ao adequado exame dos elementos técnicos produzidos durante a instrução processual. No caso, o STJ reconheceu a ocorrência de negativa de prestação jurisdicional em razão da ausência de enfrentamento, pelo tribunal de origem, de questões cruciais suscitadas nos embargos de declaração acerca do conteúdo dos laudos periciais. A decisão demonstra que, em litígios relacionados à atividade médica, a análise cuidadosa das provas técnicas constitui requisito imprescindível para a adequada tutela dos direitos das partes envolvidas.

Sob a perspectiva da relação médico-paciente, a controvérsia revela aspecto constantemente presente nos processos judiciais envolvendo alegações de erro médico, que é a dificuldade de reconstrução posterior dos fatos clínicos quando a comunicação entre os envolvidos se mostra insuficiente ou quando os registros assistenciais não conseguem refletir de maneira adequada a complexidade do atendimento prestado. Em inúmeros casos, a perícia judicial torna-se o principal instrumento para reconstituir decisões terapêuticas tomadas em cenários de incerteza, urgência ou elevado grau de complexidade técnica.

Nessa senda, o destaque conferido pelo STJ à necessidade de apreciação integral dos elementos constantes nos laudos periciais reforça a relevância dos protocolos ético-jurídicos voltados à documentação da assistência, ao registro das informações prestadas ao paciente e à formalização do consentimento informado. Quanto mais transparente e documentada for a relação terapêutica, menores tendem a ser as dificuldades probatórias verificadas em eventual litígio futuro.

A decisão também permite reflexão acerca dos impactos que a judicialização produz sobre a prática médica. A crescente ampliação das demandas indenizatórias em saúde tem

contribuído para o fortalecimento de condutas defensivas por parte dos profissionais, fenômeno já identificado em diversos estudos sobre responsabilidade médica, inclusive nesta tese. Entretanto, o próprio caso analisado demonstra que a prevenção dos conflitos não se limita à adoção de medidas voltadas à proteção jurídica do médico.

A construção de relações terapêuticas pautadas pela comunicação clara, pela participação do paciente nas decisões clínicas e pelo registro adequado das informações relevantes reduz significativamente os espaços para controvérsias posteriores. Sob essa ótica, o julgado em análise corrobora o fato de que a qualidade da prestação jurisdicional e a qualidade da assistência médica compartilham um ponto comum: ambas dependem da adequada circulação de informações, da transparência dos procedimentos adotados e da observância dos direitos fundamentais envolvidos na relação médico-paciente.

A análise conjunta das jurisprudências examinadas indica que a judicialização da saúde e da medicina não pode ser compreendida apenas sob a ótica do acesso a tratamentos, medicamentos ou indenizações decorrentes de alegados erros médicos. Os precedentes estudados apontam que os conflitos levados ao Poder Judiciário estão relacionados a questões mais amplas, envolvendo falhas de comunicação, insuficiência de informações, fragilidades no consentimento informado, dificuldades na gestão administrativa do sistema de saúde, controvérsias acerca da incorporação de tecnologias e desafios probatórios inerentes à atividade médica.

No mais, as decisões do Superior Tribunal de Justiça revelam preocupação crescente com a necessidade de fundamentação técnica das demandas, com a observância da autonomia do paciente, com a adequada documentação dos atos assistenciais e com a preservação do equilíbrio entre os direitos individuais e os interesses coletivos que permeiam o sistema de saúde.

Em conjunto, os julgados reforçam a compreensão de que a prevenção da litigiosidade depende não apenas da atuação jurisdicional posterior ao conflito, mas sobretudo do fortalecimento da relação médico-paciente, da adoção de práticas assistenciais humanizadas, da construção de processos decisórios compartilhados, da utilização de mecanismos consensuais de resolução de controvérsias e da implementação de protocolos ético-jurídicos capazes de promover transparência, segurança e confiança nas relações terapêuticas. À luz desse raciocínio, a humanização da assistência, a comunicação qualificada e a valorização da

autonomia do paciente apresentam-se não apenas como exigências éticas e jurídicas, mas também como instrumentos concretos de mitigação da judicialização da saúde.

## 4.9 Pandemia de Covid-19, fragilidade da relação médico-paciente e judicialização em tempos de crise

A pandemia de Covid-19 representou um dos momentos mais desafiadores para os sistemas de saúde contemporâneos, produzindo impactos que ultrapassaram os limites epidemiológicos e alcançaram as dimensões éticas, jurídicas e relacionais da assistência médica. Mais do que uma crise sanitária, o período pandêmico expôs fragilidades da organização dos serviços de saúde e revelou a importância da relação médico-paciente como elemento fundamental para a efetividade do cuidado.

Para a compreensão das fragilidades supramencionadas, é necessária, em um primeiro momento, a análise dos aspectos históricos da pandemia, que revelaram a velocidade com que a crise sanitária se desenvolveu. Os primeiros registros da enfermidade foram associados à cidade de Wuhan, na província de Hubei, na República Popular da China, no final de 2019, em cenário inicialmente descrito como de pneumonia de causa desconhecida (WOROBEY *et al.*, 2020). Posteriormente, a Organização Mundial da Saúde designou o novo vírus como SARS-CoV-2 e a doença por ele causada como Covid-19, declarando, em 11 de março de 2020, o estado de pandemia, em razão de sua distribuição geográfica internacional (OMS, 2020). No Brasil, a emergência sanitária foi acompanhada por atos normativos e administrativos destinados ao enfrentamento da crise, entre os quais se destacam o Decreto nº 10.212/2020, a Lei nº 13.979/2020 e a Portaria nº 188/2020.

Essa reconstrução dos caminhos percorridos pela patologia possui função contextual para a tese, tendo em vista que o ponto nuclear está no exame de como a crise expôs a tensão entre risco sanitário, assistência médica, comunicação institucional, autonomia, confiança social e judicialização. Os fatores institucionais, normativos e administrativos são interessantes como pano de fundo, mas não constituem o núcleo da análise. O eixo principal permanece situado na relação médico-paciente e na forma como a ausência de comunicação qualificada, de previsibilidade, de acolhimento e de gestão legal de riscos pode favorecer a conversão de conflitos assistenciais em litígios.

Conforme dissertam Araújo e Lins-Kusterer (2021), a emergência sanitária promoveu uma reconfiguração das vulnerabilidades tradicionalmente presentes na assistência médica, atingindo simultaneamente pacientes, familiares, profissionais de saúde e instituições hospitalares.

Segundo os autores, a vulnerabilidade do paciente durante a pandemia deixou de estar associada exclusivamente à condição biológica da doença e passou a envolver fatores emocionais, sociais e comunicacionais. O medo do contágio, a incerteza quanto à evolução clínica da enfermidade e as restrições impostas ao convívio familiar ampliaram significativamente a sensação de insegurança dos indivíduos submetidos ao tratamento.

Ao mesmo tempo, os profissionais de saúde passaram a enfrentar sobrecarga física e psicológica decorrente do elevado volume de atendimentos, da escassez de recursos, do risco permanente de adoecimento ocupacional e da necessidade de tomar decisões clínicas em ambiente de instabilidade científica e alta pressão assistencial. A pandemia, assim, além de aumentar substancialmente a demanda por serviços de saúde, alterou profundamente as condições concretas de exercício da medicina.

Nesse contexto, a relação médico-paciente sofreu alterações significativas. Villalobos e Calvanese (2021) afirmam que a pandemia promoveu verdadeira mudança paradigmática na forma como médicos e pacientes passaram a interagir. O contato humano, tradicionalmente associado à prática clínica, foi substituído por protocolos rígidos de isolamento, equipamentos de proteção individual e restrições de circulação dentro das unidades hospitalares. A assistência tornou-se mais distante, mais técnica e, em muitos casos, menos personalizada.

Machado e Franco (2023), ao analisarem narrativas de médicos que atuaram durante a pandemia, identificaram recorrentes relatos de dificuldade na manutenção dos vínculos terapêuticos. A rapidez das decisões clínicas, a necessidade de priorização de atendimentos e a constante pressão assistencial reduziram os espaços destinados ao diálogo e à construção de relações mais próximas com os pacientes. A consulta médica passou a ocorrer em ambiente marcado pela urgência e pela imprevisibilidade, fatores que interferiram diretamente na qualidade da comunicação terapêutica.

A fragilização da comunicação tornou-se ainda mais notória nos ambientes hospitalares destinados ao tratamento dos casos graves de Covid-19. Conforme destacam Masetti e Vergara (2022), os profissionais da linha de frente passaram a atuar em cenários de elevada mortalidade, nos quais a transmissão de informações difíceis e a comunicação com

familiares se tornaram atividades rotineiras. Muitas vezes, os médicos precisavam informar agravamentos clínicos ou óbitos por meio de ligações telefônicas ou chamadas de vídeo, circunstância que alterou profundamente a dinâmica tradicional da relação médico-paciente e médico-família.

Ribeiro *et al*. (2021) observam que a comunicação de más notícias assumiu complexidade inédita durante a pandemia. A impossibilidade de acompanhamento presencial dos pacientes internados fez com que familiares recebessem informações extremamente sensíveis sem qualquer contato físico com seus entes queridos ou com a equipe assistencial. Esse cenário produziu sentimentos de impotência, insegurança e desconfiança que, em determinadas situações, contribuíram para o surgimento de conflitos posteriores entre famílias e instituições de saúde.

Para além das dificuldades impostas na relação médico-paciente, a pandemia favoreceu o aumento da judicialização da saúde em diversas frentes. A escassez de leitos de terapia intensiva, a insuficiência de equipamentos hospitalares e as dificuldades de acesso a determinados tratamentos impulsionaram a busca pelo Poder Judiciário como mecanismo de obtenção de assistência. A judicialização deixou de se restringir ao fornecimento de medicamentos e passou a envolver questões relacionadas à internação hospitalar, à disponibilização de recursos terapêuticos e à própria organização da assistência em saúde.

Martin-Fumadó, Gómez-Durán e Morlans-Molina (2020) destacam que a limitação de recursos durante a pandemia produziu dilemas éticos e jurídicos sem precedentes recentes. Em diversos sistemas de saúde ao redor do mundo, profissionais precisaram realizar escolhas relacionadas à priorização de pacientes diante da insuficiência de leitos, respiradores e equipes especializadas. Essas decisões, apesar fundamentadas em critérios clínicos e bioéticos, passaram a ser questionadas com frequência no âmbito judicial, ampliando a pressão sobre os profissionais e instituições de saúde.

Em complemento, a escassez de recursos foi outro fator que repercutiu sobre a percepção social do direito à saúde. Em um contexto de elevada demanda assistencial, a incapacidade dos sistemas de saúde em atender, simultânea e conjuntamente, todas as necessidades da população tornou mais visíveis os limites materiais da concretização dos direitos sociais. A pandemia trouxe à tona o fato de que a efetivação do direito à saúde depende não apenas de garantias normativas, mas também da existência de estruturas capazes

de responder adequadamente às necessidades coletivas, conforme apontam Araújo e Lins-Kusterer (2021).

Outro ponto que contribuiu para o aumento dos conflitos durante a pandemia foi o intenso debate em torno da autonomia médica. Oliveira *et al*. (2022) demonstram que a Covid-19 produziu disputas relevantes acerca dos limites da liberdade profissional para prescrição de tratamentos cuja eficácia científica ainda não estava consolidada. A divergência entre protocolos oficiais, posicionamentos institucionais e convicções individuais de determinados profissionais gerou insegurança jurídica e ampliou o número de controvérsias envolvendo a assistência médica.

A discussão acerca da autonomia profissional ganhou relevância em razão da velocidade com que novos conhecimentos científicos eram produzidos e revisados. Conforme observam Oliveira *et al*. (2022), a pandemia colocou em evidência o conflito entre experiência clínica individual e medicina baseada em evidências. Em diversos momentos, tratamentos inicialmente considerados promissores foram posteriormente abandonados em razão da ausência de comprovação científica adequada, demonstrando a importância da utilização de critérios técnicos consistentes na tomada de decisões clínicas.

Esse ponto demonstra que a autonomia médica não pode ser compreendida como liberdade decisória desvinculada de fundamentação técnica, comunicação clara, registro adequado e responsabilidade institucional. Em situações de incerteza científica, a proteção jurídica do médico não decorre da simples afirmação de sua autonomia, mas da demonstração de que sua conduta foi fundada em critérios racionais, informações disponíveis à época e prudência.

Paralelamente, a telemedicina emergiu como uma das principais estratégias para manutenção da assistência em saúde durante os períodos de maior restrição sanitária. Medeiros *et al*. (2020) ressaltam que os atendimentos remotos permitiram a continuidade do acompanhamento médico de milhares de pacientes, reduzindo deslocamentos e diminuindo os riscos de contaminação. A rápida expansão dessas ferramentas representou importante alternativa para preservação do acesso aos serviços de saúde.

Entretanto, a utilização intensiva da telemedicina também trouxe árduos desafios para a relação médico-paciente. Segundo Corrêa, Zaganelli e Gonçalves (2020), a mediação tecnológica da consulta reduziu elementos tradicionalmente associados à construção do vínculo terapêutico, como a observação direta do paciente, o exame físico presencial e

determinadas formas de comunicação não verbal. Em muitos casos, a interação passou a ocorrer por meio de telas, dificultando a identificação de aspectos subjetivos importantes para compreensão integral do adoecimento.

Caetano *et al.* (2020) acrescentam que a expansão da telessaúde evidenciou desigualdades relacionadas ao acesso às tecnologias digitais. Pacientes residentes em regiões com infraestrutura precária de internet ou pertencentes a grupos socialmente vulneráveis encontraram dificuldades adicionais para acessar os serviços remotos. Dessa forma, a pandemia não apenas transformou a assistência médica, mas também apresentou desigualdades já existentes no acesso aos serviços de saúde.

A própria noção de cuidado humanizado passou a ser desafiada pelas circunstâncias impostas pela emergência sanitária. Villalobos e Calvanese (2021) observam que o isolamento dos pacientes internados, a limitação das visitas e a necessidade de cumprimento rigoroso dos protocolos sanitários reduziram significativamente os espaços de interação humana dentro dos hospitais. A proteção contra o vírus exigia distanciamento físico justamente em um momento marcado pela necessidade de acolhimento emocional.

As dificuldades enfrentadas pelos profissionais de saúde também influenciaram diretamente a qualidade das relações assistenciais. Machado *et al.* (2023), ao examinarem os óbitos de médicos e profissionais de enfermagem por Covid-19 no Brasil, demonstram que a pandemia produziu impacto significativo sobre a força de trabalho em saúde. Além das perdas humanas, o adoecimento dos profissionais gerou sobrecarga assistencial, ampliação das jornadas de trabalho e desgaste emocional intenso, fatores que inevitavelmente repercutiram sobre a dinâmica do atendimento prestado aos pacientes.

As narrativas analisadas por Masetti e Vergara (2022) revelam que muitos profissionais passaram a experimentar sentimentos de exaustão, impotência e sofrimento moral diante da incapacidade de evitar desfechos clínicos desfavoráveis. A repetição constante de situações de morte e agravamento clínico produziu efeitos psicológicos relevantes sobre as equipes de saúde, reduzindo sua capacidade de sustentar relações terapêuticas prolongadas e emocionalmente disponíveis.

Nesse cenário, as controvérsias institucionais sobre medidas sanitárias, restrições de circulação, comprovação vacinal e acesso a determinados espaços públicos ou privados devem ser tratadas como elementos paralelos desse estudo. Elas são importantes porque revelam a tensão entre autonomia individual, proteção coletiva da saúde, competência estatal

para gestão da crise sanitária e exigência de proporcionalidade das medidas adotadas. Porém, para os propósitos desta tese, sua pertinência paira na demonstração de que ambientes de crises ampliam conflitos quando a resposta institucional não é acompanhada de assistência, fundamentação técnica compreensível, previsibilidade normativa e canais efetivos de diálogo social.

A propósito, incumbe trazer à baila o debate em torno do chamado passaporte sanitário, que pode ser compreendido como exemplo de judicialização das medidas sanitárias em situação de emergência. O conflito entre liberdade individual, interesse coletivo, saúde pública e confiança institucional tende a migrar para o Poder Judiciário quando a Administração Pública não consegue oferecer justificativas compreensíveis, proporcionais e institucionalmente coerentes para suas escolhas. A questão, portanto, deve ser interpretada no plano da gestão do risco e da comunicação pública, não como deslocamento do objeto central da tese para uma discussão constitucional autônoma.

Do mesmo modo, as medidas sanitárias de contenção da Covid-19, como isolamento, quarentena, vacinação, uso de máscaras, restrições de circulação e reorganização de fluxos assistenciais, integram o âmbito de estudo tão somente na medida em que afetaram a relação entre pacientes, profissionais, instituições e Estado. Em ambiente de incerteza científica e elevada pressão social, as medidas referenciadas produziram controvérsias jurídicas e institucionais que evidenciaram a importância da coordenação, da transparência, da proporcionalidade e da comunicação adequada. Por outro lado, a ausência desses elementos tende a ampliar resistência social, desconfiança, judicialização e percepção de arbitrariedade.

Com efeito, o exame dessas controvérsias permite compreender que a judicialização em situações de crise sanitária não ocorre pura e simplesmente da discordância política ou de resistência individual a políticas públicas. Muitas vezes, ela emerge da dificuldade institucional de explicar decisões complexas, de justificar riscos, de comunicar evidências científicas em linguagem acessível e de oferecer respostas administrativas capazes de absorver conflitos antes da via judicial. Assim, a gestão de riscos em tempos de crise deve ser compreendida como mecanismo preventivo de organização, comunicação, registro, transparência e consensualização.

Aliás, em diversos momentos, a pandemia demonstrou que os conflitos judicializados não decorriam exclusivamente de falhas técnicas na assistência. Na realidade, muitos litígios surgiram em contextos marcados por insuficiência de informação, dificuldades de

comunicação e deterioração da confiança entre pacientes, familiares e instituições de saúde. A ausência de diálogo adequado potencializou percepções de negligência, abandono ou desassistência, ainda que os profissionais estivessem atuando dentro dos limites impostos pela emergência sanitária.

Nessa linha de raciocínio, as reflexões de Araújo e Lins-Kusterer (2021) permitem compreender que a pandemia não criou, propriamente, a fragilidade da relação médico-paciente, mas ampliou vulnerabilidades que já estavam presentes no sistema de saúde. A sobrecarga assistencial, a burocratização dos serviços e a redução progressiva do tempo destinado à comunicação clínica já constituíam desafios anteriores à Covid-19, tornando-se apenas mais visíveis durante a crise sanitária.

De outro vértice, a experiência pandêmica também enalteceu a importância dos modelos assistenciais fundamentados na participação ativa do paciente, na comunicação transparente e na construção compartilhada das decisões terapêuticas. Machado e Franco (2023) identificam que os momentos em que foi possível preservar o diálogo e a confiança entre profissionais, pacientes e familiares estiveram associados a melhores experiências assistenciais, mesmo em cenários clínicos extremamente graves.

A pandemia evidenciou que a proteção do direito à saúde não depende exclusivamente da disponibilidade de medicamentos, leitos ou tecnologias. A efetividade da assistência também está vinculada à qualidade da comunicação, à preservação da confiança terapêutica e à capacidade dos sistemas de saúde de manter relações humanas significativas mesmo em contextos de crise.

Os desafios vivenciados durante esse período nefasto na história da sociedade demonstraram que a humanização da assistência, longe de constituir elemento acessório da prática médica, integra o próprio núcleo da proteção da dignidade humana e da prevenção dos conflitos que frequentemente culminam na judicialização da saúde.

Em síntese, os problemas e dificuldades analisados apontaram que a tensão entre autonomia individual, interesse público, prática médica e gestão do risco sanitário, quando ausentes a coordenação, a previsibilidade e segurança normativa, a comunicação qualificada e mecanismos capazes de promover um maior consenso entre os sujeitos da relação médico-paciente, induz ao aumento dos conflitos, que na maior parte das vezes desembocará no Poder Judiciário. Esse ponto abre passagem ao Capítulo 5, em que se aprofunda a

governança por políticas públicas e a gestão legal do risco hospitalar como estratégias de prevenção de litígios.

## 5. POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E GESTÃO LEGAL DO RISCO HOSPITALAR

O capítulo examina a relação entre políticas públicas de saúde, humanização da assistência e gestão legal do risco hospitalar, com ênfase em sua aptidão para qualificar o cuidado, prevenir eventos adversos e mitigar conflitos judicializáveis no âmbito da saúde. Parte-se da premissa de que a organização dos serviços, a resolutividade clínica, a segurança do paciente, a comunicação assistencial e a adequada gestão dos riscos constituem fatores decisivos para a redução de litígios evitáveis e para o fortalecimento da confiança entre pacientes, profissionais e instituições de saúde.

À luz dessa perspectiva e visando a uma análise detida do complexo sistema de saúde implementado no Brasil, é possível constatar que, apesar do extenso leque legislativo, a população ainda carece de políticas públicas hábeis à resolubilidade dos problemas relacionados ao tema.

Para evitar esse cenário, faz-se necessário que a sociedade reivindique os seus direitos por intermédio de programas e políticas de saúde que permitam o pleno e irrestrito acesso à saúde, assegurado pela Carta Magna. É imprescindível que o Poder Público crie ou aumente a efetividade dos programas sociais já existentes para que todos possam ter acesso aos direitos fundamentais, assim como às condições de qualidade de vida.

Igualmente, é importante que as organizações e movimentos sociais não defendam apenas a "existência" formal de um direito à saúde, mas também que sejam fomentadas políticas públicas que, efetivamente, visem a uma saúde digna, de qualidade e que atenda aos anseios daqueles que são submetidos a um tratamento médico.

Nesse contexto e inobstante a urgência de implementação das medidas de saúde pública, o Estado não tem se mostrado atuante nessa vertente, podendo, até mesmo, ser considerado omisso em determinadas circunstâncias.

Isso porque, em se tratando de serviços de saúde existentes no território nacional, inúmeros fatores contribuem para a não redução da problemática, tais como filas quilométricas para atendimentos, falta de acessibilidade, tratamentos desrespeitosos e insensibilidade de alguns profissionais frente ao sofrimento humano, isolamento das pessoas em relação às suas redes sociofamiliares, práticas de gestão (não raras autoritárias) deficiências nas condições estruturais e pessoais concretas de trabalho, bem como degradação nos ambientes e nas próprias relações de trabalho.

Esses fatores, considerados pela literatura, eventos adversos, vêm contribuindo para o aumento expressivo de ações judiciais, caracterizando a denominada "judicialização da saúde". E, nesse ponto, sobressai a observação de que grande parte desses eventos adversos poderia ser previamente solucionada e, consequentemente, nem sequer chegaria ao Poder Judiciário.

Nessa perspectiva, sobressai a gestão legal do risco hospitalar, que visa prevenir, minimizar efeitos e consequências dos eventos adversos que ocasionam a judicialização da saúde, conjugando mecanismo de controles administrativos, técnicos, operacionais e humanos, como a fiscalização do cumprimento das normas legais e regulamentares, a modernização de processos e procedimentos, a criação de mecanismos de avaliação e monitoramento dos procedimentos de saúde, a capacitação profissional, a manutenção e aperfeiçoamento dos equipamentos, entre outros.

Com efeito, a adoção de políticas e estratégias de gestão legal do risco hospitalar, além de promoverem o direito universal à saúde, contribuem para a melhoria da qualidade dos serviços prestados e a redução de demandas judiciais.

Todavia, é inegável que, ao menos em alguns casos, o acesso ao Poder Judiciário seja o único meio pelo qual o cidadão possui para materializar os seus direitos, de modo que essa prerrogativa deve ser utilizada com parcimônia e somente após realizadas as providências necessárias no âmbito extrajudicial. Assim, o incentivo e a valorização de estratégias extrajudiciais merecem ser compreendidos como instrumentos complementares de prevenção e tratamento adequado dos conflitos, não como um óbice ao acesso à justiça.

Judicializada a questão, o Poder Judiciário pode estimular soluções consensuais e exercer controle de legalidade, proporcionalidade e adequação sobre as prestações de direitos sociais por parte do Estado, sem substituir indevidamente a formulação técnica das políticas públicas.

A atuação mediadora consiste na implementação de mecanismos alternativos de solução de controvérsias, tais como a mediação e a conciliação. A utilização dessas ferramentas pode contribuir para o fortalecimento do relacionamento médico-paciente, pois as partes poderão se comunicar e compreender as necessidades e expectativas de cada um, tornando mais eficiente e satisfatória a relação.

Além disso, os métodos alternativos de resolução de conflitos contribuem para a redução de despesas, porque a solução do impasse se dá de forma mais ágil, sem a necessidade de postergação do processo judicial.

Almeja-se, dessa forma, proporcionar melhorias significativas para a qualidade de vida das pessoas que ficam restritas ao processo judicial, por um longo lapso temporal, aguardando um provimento jurisdicional. Por outro lado, tais benesses permitem que elas tenham mais tempo e energia para todas as outras providências relacionadas às suas situações.

Em vista disso, a avaliação e a prevenção de riscos podem ser elementos importantes para reduzir as despesas diretas e indiretas da saúde, por intermédio do controle de enfermidades, do monitoramento de custos e da prevenção de atos indevidos que tenham a capacidade de gerar acidentes ou erros clínicos. Portanto, o capítulo em voga traz sérias reflexões a respeito de medidas que desempenham um papel insubstituível para aprimorar o sistema nacional de saúde e, como tal, merecem uma abordagem técnica aprofundada.

## 5.1 Políticas públicas de saúde e sua implementação prática

Inicialmente, política pública pode ser compreendida como "programas de ação governamental, em cuja formação há um elemento processual estruturante" (BUCCI, 2013). Para essa autora, a terminologia "processual" remete a "uma sucessão de etapas da vida institucional de uma política pública, desde a inserção do problema na agenda política até a implementação da decisão, passando pela formulação de alternativas e a tomada da decisão em si."

No Brasil, o processo de implementação de políticas de saúde pública está intrinsecamente relacionado ao desenvolvimento de estratégias, planos e ações que visam a atingir determinados objetivos.

É necessário analisar diversos aspectos do processo de implementação, tais como a definição de responsabilidades, a definição de recursos e a definição de mecanismos de mensuração do desempenho. Devem ser considerados, ainda, a influência dos fatores externos, como a opinião pública, a alternância de governo e os interesses econômicos, que podem contribuir para o sucesso ou fracasso de uma política pública.

Nessa toada, consigna-se que o processo de implementação de políticas públicas envolve diversos atores, tais como administração pública, em todas as suas esferas e âmbitos de atuação, setores privados, sociedade e outros, de modo que devem atuar em conjunto para garantir o sucesso de uma política.

Em contrapartida, esse processo também envolve a identificação de objetivos e metas, a definição de estratégias para alcançar esses objetivos, o estabelecimento de parâmetros, a definição de responsabilidades, a mobilização de recursos financeiros e materiais e a execução dos planos.

Verifica-se, assim, que a implementação de políticas públicas é uma tarefa árdua e exigente que requer a colaboração de todos os envolvidos, que devem buscar um diálogo aberto, crítico e construtivo a fim de que sejam identificadas oportunidades, solucionados problemas e avaliados resultados.

Todavia, não basta apenas que uma política pública seja implementada, em especial, porque a implementação não é sinônimo de eficiência, ainda mais se levado em consideração que cada região do país tem as suas particularidades e diferentes necessidades.

Em decorrência disso, é imprescindível que sejam desenvolvidos mecanismos de monitoramento e avaliação periódica dos resultados, além da criação de canais de comunicação transparentes que aproximem os cidadãos das instituições públicas, com o propósito de aferir se, de fato, as políticas públicas implementadas são eficientes à luz daquilo que se espera delas perante a sociedade.

Infere-se dessas considerações preliminares, que o processo de implementação de políticas de saúde pública é complexo e a complexidade aumenta na medida da magnitude das demandas sociais às quais o Poder Público é requisitado a solucionar. (FARIA, 2003; FERNANDES; CASTRO; MARON, 2013).

A implementação de políticas públicas revela alguns desafios: como efetuar uma abordagem que leve em consideração a regionalização, interdisciplinariedade e a intersetorialidade, obtendo respostas adequadas às complexas adversidades da sociedade contemporânea; como abranger a heterogeneidade social das populações-alvo, suas peculiaridades regionais e culturais, mormente quando se trata de políticas universais, como é a política de saúde; como harmonizar interesses das instituições envolvidas na estruturação da política pública, especificamente no tocante à definição da agenda.

A título de exemplo, tais desafios podem ser facilmente constatados no processo de implementação da Política de Regulação de Leitos de Terapia Intensiva. Isso ocorre por vários fatores, que podem ser resumidos em: a necessidade de enfrentar a limitação de recursos, a adequação do financiamento para a criação de novos leitos e a garantia de qualidade dos serviços prestados; o compromisso com a universalização do acesso à saúde e a flexibilização do sistema de regulação para permitir a participação de atores privados (BRASIL, 1988); e a definição de critérios de avaliação para medir a eficiência e a eficácia do uso dos leitos.

De acordo com Lima e D'Ascenzi (2013), os requisitos para a obtenção de resultados quanto a implementação de uma política pública, são: (i) ter legislação com propósitos objetivos e concretos; incorporação de uma teoria estável; (ii) potencializar a expectativa de que implementadores e grupos-alvo façam o almejado, destacando-se a função dos burocratas de médio escalão (BME); (iii) trabalhar com uma integração hierárquica apropriada; (iv) possuir recursos financeiros suficientes; (v) ter acesso a suporte, agências implementadoras solidárias, com competências políticas e gerenciais e compromissadas com os objetivos da política; (vi) ser alicerçada por grupos organizados e legisladores-chave; e (vii) controlar as alterações contextuais que possam prejudicar a implementação.

No âmbito da saúde, a estruturação regulamentar é função precípua do Estado, que a realiza de forma direta ou através de agências reguladoras, como a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). O cerne de análise é a regulação concebida pelo Estado e que expõe como qualidades da sua implantação: universalidade, intersetorialidade, hierarquização e descentralização dos serviços de saúde.

Consoante dissertam Ovando e Ovando (2023), a universalidade refere-se à utilização de serviços de saúde por todos os cidadãos, independentemente de seu status socioeconômico ou de sua localização geográfica. A intersetorialidade pressupõe que a regulação deve envolver setores diversos, como saúde, educação, serviços sociais, entre outros, para ter um efeito mais amplo. Já a hierarquização é necessária para definir as responsabilidades e prioridades de cada setor, enquanto a descentralização dos serviços de saúde permite que os serviços sejam fornecidos de forma mais acessível para a população.

Em que pese a pertinência das características supramencionadas para a implementação de políticas públicas, necessário ponderar que, sob outra perspectiva e conforme Souza (2003), no Brasil, a literatura internacional que versa a respeito de políticas públicas tem sido pouco explorada e traduzida, o que dificulta o acesso ao conhecimento produzido por especialistas estrangeiros. Além disso, sua aplicação empírica também tem sido relativamente escassa, devido à falta de recursos e capacitação profissional.

Para melhorar esse cenário, é indispensável o investimento em formação e implementação de recurso humano e aportes financeiros, visando a uma maior qualificação dos profissionais da saúde e o desenvolvimento de instrumentos para a avaliação das políticas públicas, compreendendo-se, dessa forma, como elas podem contribuir para o progresso social e econômico do país.

De todo modo, também não se pode perder de vista que, no processo de implementação de uma política pública estão incluídos estudos prévios e aprofundados sobre a política de regulação em saúde, em que são discutidos os aspectos téoricos-conceituais, a regulamentação entre as esferas pública e privada ou entre distintas esferas de governo, a autorregulação, cujo exercício é de responsabilidade dos órgãos e conselhos de categorias profissionais.

Nesse sentido, os estudos devem investigar a eficácia das políticas públicas de saúde, especialmente quanto à regulação e ao acesso aos serviços de alta complexidade tecnológica. Também é importante compreender as consequências das políticas de saúde para os diferentes

grupos sociais e populações, o que exige o desenvolvimento de metodologias interdisciplinares que permitam avaliar e acompanhar a implementação das políticas de saúde.

A propósito, estudos internacionais como o de Majone e Wildavsky (1984) e Bussmann (1998) apontam como foram as experiências de países europeus no tocante a implementação de políticas públicas e descentralização dos serviços de saúde. Entretanto, por conterem bases regulatórias e quadros institucionais distintos das particularidades do contexto brasileiro, não podem ser considerados como paradigmas em se tratando de pesquisas empíricas.

O primeiro passo para a implementação de qualquer política pública é a elaboração de um plano. Nesse plano, são definidas as metas, objetivos e procedimentos a serem adotados para implementar a política. O plano também precisa descrever as condições para a execução da política e os recursos financeiros e humanos que serão empreendidos.

Com o plano elaborado, estabelece-se um aparato administrativo para execução da política. Esse aparato pode ser composto por órgãos governamentais, agências, organizações não governamentais e outros atores. Para Secchi (2015), os atores são classificados em: a) governamentais, correspondentes aos burocratas, políticos e juízes; b) não governamentais, que são grupos de interesses, partidos políticos, meios de comunicação, *think tanks* - instituições de assessoramento, aconselhamento e pesquisa em políticas públicas -, destinatários das políticas públicas, organizações do terceiro setor e outros *stakeholders*: fornecedores, organismos internacionais, comunidades epistêmicas, financiadores e especialistas.

Diante do exposto, a implementação de políticas públicas de saúde deve ser compreendida como processo contínuo de planejamento, execução, monitoramento e correção de desvios. Na órbita da saúde, essa exigência assume especial relevância porque a ausência de fluxos claros, critérios objetivos, recursos suficientes e mecanismos de avaliação favorece a desorganização assistencial, amplia a insatisfação dos usuários e pode contribuir para a formação de conflitos judicializáveis. Por essa razão, a gestão legal do risco hospitalar deve ser situada no interior da própria política pública de saúde, como mecanismo de prevenção, rastreabilidade e qualificação institucional do cuidado.

## 5.2. Os óbices da ausência de política pública de saúde voltada para a medicina fundamentada na resolubilidade

Como discorrido em capítulos anteriores, é comum atribuir à medicina egípcia o início da atividade médica, mas a sua evolução se dá na Grécia, onde também nasceu o pai da Medicina, Hipócrates, por volta de 400 a.C. Há, nessa época, a descrição de técnicas semiológicas e cirúrgicas sistematizadas visando a melhores resultados diagnósticos e terapêuticos. (RIBEIRO JR, 2005; FIORINI; MANSO, 2021).

O propósito da medicina sempre foi se contrapor à ordem natural do universo do ponto de vista material, que são o envelhecimento, o desgaste natural, a degeneração e o comprometimento funcional consequente. Assim sendo, o médico foi o seu sacerdote que deve saber o fundamento corporal através do conhecimento da estrutura física que é a anatomia humana e sua funcionalidade, a fisiologia. A harmonia entre a estrutura e função, concede ao ser-humano o bem-estar e a preservação da vida (CAMPOS, PEDROSO, DE FARIA, 2022).

No entanto, faz-se necessário preservar o organismo das condições mórbidas como traumas, agressões biológicas representadas pelos vírus, bactérias e parasitas, alterações metabólicas como diabetes mellitus, dislipidemias e outros distúrbios, muitos deles genéticos, e ainda o desgaste natural do envelhecimento. A evolução da ciência como um todo tem permitido ao homem se aprofundar no conhecimento das alterações e avançar na descoberta dos procedimentos preventivos e terapêuticos dessas entidades.

Não obstante os benefícios proporcionados pela evolução da arte médica, a ciência tem se dobrado ao interesse do capital e se manifestado de forma indiferente desde que haja benefícios econômicos. Prova irrefutável dessa afirmação é a pressão midiática financiada e estimulada pelos grandes laboratórios na venda de vacinas contra o SARS-CoV-2 (*coronavírus*). A pesquisa inicial seguiu o padrão correto, mas diante dos resultados, mudou-se o trilho das ações e, sem qualquer fundamento consistente, pregou-se aos quatro cantos do mundo que seria imprescindível as doses de reforço, que em algumas edições já está na 5ª dose e sem os resultados almejados.

A doença continua ocorrendo devido às mutações e a argumentação é que, se contraída a virose, a sintomatologia será menos intensa com redução do risco de morte. Ninguém sabe se, com uma dose de reforço, isso seria comprovado ou seriam necessárias várias outras doses *ad infinitum.* Até então, não há estudo randomizado para responder a esse questionamento, e a imposição econômica se alastra travestida de ciência e preocupação social.

Quanto ao cenário da saúde pública brasileira, verifica-se que há inúmeras solicitações dos municípios para aquisição de aparelhos médicos hospitalares e custeio das atividades hospitalares e de atendimento ambulatorial. Essa angústia dos prefeitos se entende quando em 1993, a União era responsável por aproximadamente 72% do financiamento da saúde e os municípios por 16%. Em 2017, o percentual da União caiu para 43%, e o do município subiu para 30,8%. (OVANDO, GOMES, 2022).

Esse aumento sobre os municípios se deve basicamente à prática de uma medicina associada à política, principalmente quando o gestor municipal aceita e abraça prática voltada para o encaminhamento do paciente, ao invés da resolubilidade. Transfere-se o paciente sob a argumentação de que não há condições de atendimento local porque não tem equipamento ou ainda local adequado de tratamento como UTI. Essa afirmação, muitas vezes, pode ser considerada falaciosa, já que o esquema político se beneficia com o encaminhamento, não raro, de um acompanhante que é hospedado pela prefeitura na capital.

Isso gera dividendo político para a próxima eleição, mas nenhum munícipe cobra solução definitiva para a cidade através da disponibilidade de um clínico que diagnostique e resolva a questão médica de imediato. Quando se trata de cidade média, cuja população é de 70.000 a 200.000 habitantes, normalmente já há a disponibilidade de equipamentos médicos mais sofisticados. Muitos deles são da iniciativa privada, e os médicos assistentes simplesmente solicitam a Tomografia ou até Ressonância Magnética, sem base clínica sustentável, protelando e retardando o diagnóstico que, na maioria das vezes, pode ser esclarecido com anamnese e exame físico em torno de 82% e 76%. (HAMPTON *et al.*,1975; PETERSON *et al.*, 1992).

O desperdício no Brasil é tão grande que temos no país, em termos de Ressonância Nuclear Magnética, execução de 167 exames/1.000 habitantes, mais do que o triplo na OCDE (Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico) que são 52/1.000 habitantes. A resolubilidade nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) não chega a 20% e o encaminhamento e espera por especialistas no SUS é desproporcionalmente grande, e se constitui a principal queixa de insatisfação. (OVANDO, GOMES, 2022).

Com base nesses dados, recentemente foi aprovado na extinta Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara de Deputados, o Projeto de Lei - PL nº 4502/2019, de autoria do Deputado Federal do Estado de Mato Grosso do Sul, Dr. Luiz Ovando, que versa sobre

credenciamento do médico-clínico e especialista que pretenda atender em consultório privado ao paciente do SUS.

O projeto de lei em comento visa a agilizar o atendimento, promover a redução das filas de espera e resgatar a identidade do médico, que será procurado pessoalmente em seu consultório, além de reduzir as complicações que ocorrem por agravamento das doenças durante o período de aguardo.

Além desses propósitos, o projeto prioriza a resolutividade, que também deve ser compreendida como dimensão da humanização e da gestão legal do risco. Quanto mais tardia, fragmentada ou impessoal for a resposta assistencial, maior tende a ser a percepção de abandono, insegurança ou falha institucional. Por isso, políticas públicas direcionadas à resolubilidade, especificamente na atenção básica e na clínica médica, contribuem para prevenir agravamentos que podem ser evitados, reduzir custos diretos e indiretos diante da presteza do diagnóstico e tratamento, além de mitigar conflitos que, invariavelmente, poderão desembocar no Poder Judiciário.

Também é necessário reconhecer que, de acordo com o projeto legislativo, a valorização da clínica médica assume papel estratégico, porque a anamnese adequada, o exame físico qualificado, o raciocínio diagnóstico e a tomada de decisão oportuna constituem instrumentos primordiais para reduzir encaminhamentos desnecessários, racionalizar o uso de exames complementares e ampliar a resolutividade dos serviços. O problema, portanto, não reside na utilização de tecnologia diagnóstica, mas em seu emprego dissociado de critérios clínicos consistentes e de fluxos assistenciais adequadamente organizados.

E neste ponto, segundo Ovando e Gomes (2022), os exames médicos consomem 33,6 bilhões de reais ou 16,3% do total das despesas assistenciais do setor privado, ao passo que consultas ambulatoriais gastam 38,6 bilhões ou 18,8% da saúde suplementar. Os números são alarmantes e denunciam irregularidades assistenciais.

Tais condições são desestabilizadoras da segurança social e da ordem natural da prática médica, que têm sido perdidas ao longo dos anos, principalmente após a tentativa de disponibilizar mais médicos através de escolas médicas sem a devida e esperada condição técnica para boa formação profissional. Mencionam-se também os posicionamentos políticos de alguns que defendem a prática médica por médicos graduados em qualquer país, sem passar por critérios objetivos de qualificação e pela avaliação dos respectivos conselhos, órgãos de classe e associações.

Atualmente, há inúmeras universidades muito mais envolvidas com doutrinação ideológica do que a formação adequada do médico necessário e resolutivo. Isso tem gerado atritos e desordens no seio social, porque o diagnóstico, um dos objetivos essenciais da medicina, não é realizado em tempo oportuno. Os cidadãos mais instruídos e esclarecidos buscam a justiça para que se restabeleça a ordem jurídica na área médica e assim tenham seus danos físicos e emocionais reparados e restabelecidos.

O gestor da saúde é o Estado, que sempre tem dificuldades para contemplar de forma justa e eficiente a todas as demandas sociais. Ao mesmo tempo, o centro da força irradiadora da saúde é a medicina, que avança juntamente com a ciência mundial que se multiplica, mas não traz a compreensão da sociedade em termos de mudanças comportamentais para se beneficiar das conquistas científicas disponibilizadas.

A sedução é feita sobre o que interessa às grandes corporações e consequentes pressões em cima dos órgãos governamentais, que caminham sobre os interesses políticos circunstanciais e ideológicos, que nem sempre refletem o real interesse e necessidade da comunidade cuja síntese é denominada de saúde.

O entendimento social sobre a saúde, conforme o artigo 196 da Constituição Federal de 1988, não irradia o seu real sentido e intenção, pois a prevenção e responsabilidade individual em saúde não passa pela ação do cidadão que, invariavelmente, sempre se coloca na forma passiva para receber as ações disponibilizadas pelo Estado através da equipe de saúde.

Há condições mórbidas passíveis de reversão diante o diagnóstico preciso e intervenção oportuna. Todavia, há situações nas quais o procedimento pode ser o fator precipitante do agravo da condição mórbida, gerando as demandas judiciais, além da demora no diagnóstico pelas razões já esclarecidas como a competência profissional e responsabilidade individual.

Nessa vertente, percebe-se que a saúde enfrenta uma plêiade de situações num espectro variável e abrangente com muitas e distorcidas interpretações cobradas basicamente do médico que, amedrontado e ciente de formação deficiente, resolveu se proteger atrás das instituições. Além disso, também se observa que tendem a substituir a sua arte pela medicina da tecnologia indevida e encaminhamento de grande parte dos pacientes, quando recebem o reconhecimento míope dos que nada veem e entendem, como ações de competência profissional. Sob uma perspectiva positiva, o profissional médico ainda não aprendeu a ser

dissimulado e cínico. Por outro lado, ele continua frio, seco e não raro pouco cordial, o que desagrada o paciente que aprendeu que tem direitos e procura as instâncias jurídicas para a solução de seus males.

A saúde só terá um futuro próspero se houver valorização daquele profissional que resolve as condições mórbidas com diagnóstico pronto e oportuno, que foi formado numa escola médica onde a prioridade é o ser humano, a ciência e qualificação profissional com um campo de trabalho com remuneração condizente e oportunidades futuras de crescimento médico. Em resumo, todos os segmentos da sociedade têm a sua parcela de responsabilidade na qualidade e pacificação da saúde em nosso país.

## 5.3 Gestão legal do risco hospitalar como política pública de saúde

O direito à saúde foi elevado à categoria de direitos sociais fundamentais pela Constituição Republicana de 1988, que prevê ser do Estado o dever de garantir o acesso universal e igualitário à saúde, através de políticas públicas voltadas a isso. Em outras palavras, o legislador constituinte deixou claro que, a partir de então, os serviços de saúde, além de ser um dever do Estado, também ser fornecidos de forma gratuita a toda população, sendo permitido, ainda, que referidos préstimos fossem ofertados pela iniciativa privada.

Para implementação e efetivação de políticas públicas de saúde, foi idealizada e criada pelo legislador uma rede regionalizada e hierarquizada, a qual forma uma rede única responsável pelas ações e serviços públicos referentes à saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS).

> O Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde pública do mundo, abrangendo desde o simples atendimento para avaliação da pressão arterial, por meio da Atenção Primária, até o transplante de órgãos, garantindo acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país. Com a sua criação, o SUS proporcionou o acesso universal ao sistema público de saúde, sem discriminação. A atenção integral à saúde, e não somente aos cuidados assistenciais, passou a ser um direito de todos os brasileiros, desde a gestação e por toda a vida, com foco na saúde com qualidade de vida, visando a prevenção e a promoção da saúde. A gestão das ações e dos serviços de saúde deve ser solidária e participativa entre os três entes da Federação: a União, os Estados e os municípios. A rede que compõe o SUS é ampla e abrange tanto ações quanto os serviços de saúde. Engloba a atenção primária, média e alta complexidades, os serviços urgência e emergência, a atenção hospitalar, as ações e serviços das vigilâncias epidemiológica, sanitária e ambiental e assistência farmacêutica. (Ministério da Saúde, 2020)

Dentro disso, foi redigida a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde (Ministério da Saúde, 2011), que dispõe, em linhas gerais, que todo cidadão tem direito ao acesso ordenado e organizado aos sistemas de saúde; a um tratamento adequado e efetivo para seu problema; um atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação, que respeite a sua pessoa, seus valores e seus direitos. Além dos direitos alinhavados, todo cidadão tem responsabilidades para que seu tratamento aconteça da forma adequada e comprometimento dos gestores da saúde.

Esses direitos estão intrinsecamente relacionados à qualidade dos serviços, que compreendem um conjunto de elementos: o alto grau de competência profissional; eficiência na utilização de recursos; mínimo de exposição ao risco dos usuários; alto índice de satisfação dos pacientes; e, efeito favorável na saúde. (D'INNOCENZO; ADAMO; CUNHA, 2006).

Logo, deve ser levado em consideração o atendimento em si, como a qualidade da informação passada, o tempo de espera, o cuidado com o paciente, o bem-estar, o tratamento humanizado; a qualidade do diagnóstico e a abordagem terapêutica; e os recursos disponíveis para a realização de exames e procedimentos, como a disponibilidade de equipamentos, medicamentos e a qualidade das instalações.

Diante dessas particularidades, a gestão legal do risco hospitalar emerge como desdobramento institucional do dever de prestar assistência segura, adequada e humanizada. Consiste em um mecanismo de governança clínica, organização documental, padronização de fluxos, prevenção de eventos adversos e proteção simultânea do paciente, do profissional e da instituição.

Com o intuito de aperfeiçoar os serviços de saúde e estabelecer critérios objetivos quanto ao controle de qualidade desses préstimos, foi instituído pelo Ministério da Saúde, o Programa de Garantia e Aprimoramento da Qualidade em Saúde através da Portaria GM/MS nº 1.107, de 14 de junho 1995.

A despeito disso, é possível constatar que o sistema de saúde brasileiro falhou e falha diariamente na prestação de inúmeros serviços médicos e hospitalares, seja naqueles dispensados à população, seja na qualidade de trabalho proporcionada aos profissionais da saúde.

Nessa acepção, é importante destacar que a tese almeja não somente refletir a respeito ou analisar a finco as falhas da saúde no Brasil e suas políticas públicas, mas também as

expor, para proporcionar uma análise fundamentada a respeito da judicialização da saúde, definida como:

> A judicialização da saúde no Brasil é influenciada por vários fatores políticos, sociais e econômicos. Aqui estão algumas das causas principais: Fragmentação do sistema de saúde: O Brasil possui um sistema de saúde fragmentado, com o SUS e o setor privado coexistindo. Essa divisão pode levar a desigualdades no acesso aos serviços, incentivando as pessoas a recorrerem à justiça para garantirem atendimento. Deficiências no SUS: Apesar dos avanços, o SUS enfrenta desafios significativos como falta de infraestrutura, longas filas de espera, escassez de recursos humanos e materiais, e inconsistências na distribuição de medicamentos. Esses problemas muitas vezes resultam em negativas de atendimento ou demoras excessivas, levando os pacientes a buscarem soluções legais. Desigualdades sociais: As desigualdades socioeconômicas dificultam o acesso aos serviços de saúde de qualidade para pessoas de baixa renda ou em situação de vulnerabilidade, tornando-as mais propensas a recorrer à justiça. Inovações tecnológicas e terapêuticas: Novos tratamentos e medicamentos frequentemente têm custos elevados. Embora representem avanços na saúde, esses custos criam barreiras de acesso, levando à judicialização. Limitações orçamentárias e políticas públicas: A falta de investimento adequado e políticas públicas insuficientes contribuem para a falta de acesso a serviços de qualidade, empurrando os cidadãos a buscar seus direitos na justiça. A falta de acesso a cuidados de saúde adequados causa sofrimento individual e pode levar a complicações de saúde adicionais, piora na qualidade de vida, incapacidade de trabalho e até morte prematura. Além disso, a judicialização sobrecarrega o sistema judiciário, aumenta os custos para o Estado e cria incertezas para os prestadores de serviços de saúde e fabricantes de medicamentos. (Galvão, 2024, p. 2-3).

Para Carneiro *et al* (2015), esses fatores são compreendidos como eventos adversos, os quais são considerados incidentes, porém preveníveis, que ocorrem durante a prestação do serviço de saúde e que resultam em danos ao paciente. Ademais, podem, ainda, gerar um comprometimento da estrutura ou função da higidez corpórea e/ou algum efeito nocivo, como lesão, doença, incapacidade ou morte, podendo ser de caráter físico, social e/ou psicológico.

Dos eventos adversos, extrai-se que a necessidade de atendimento de saúde pela população ante a ineficácia das políticas públicas inerentes ao sistema de saúde ofertado, fez com que os cidadãos se socorressem do Poder Judiciário para exigir tais serviços ou a reparação dos danos advindos desses préstimos, já que o Estado é constitucionalmente responsável pela garantia do direito à saúde a todos aqueles que dele precisam e não possuem recursos financeiros para custear um tratamento pela via privada.

Consequentemente, o número de processos judiciais tendo como objeto direitos relacionados a saúde aumentou exponencialmente nos últimos anos, o que fez com que a discussão acerca da judicialização da saúde, já conceituada como uma forma de obter o acesso

a saúde e/ou seus recursos, por meio da justiça, quando o Estado se apresenta omisso em garantir esse direito ao cidadão, também aumentasse na mesma proporção.

À luz dos capítulos anteriores e de acordo com os dados do Departamento de Pesquisas Judiciárias do Conselho Nacional de Justiça (CPJ/CNJ), no ínterim compreendido entre 2008 a 2017, foi aferido um aumento de 130% nas ações judiciais envolvendo questões voltadas à saúde (CNJ, 2019). Por seu turno, a Secretaria Executiva do Ministério da Saúde indica que, no ano de 2018, as despesas da pasta da Saúde inerentes ao cumprimento de decisões judiciais foram de R$ 1.139.767.181,00, sendo que no ano de 2019, tais despesas foram elevadas ao patamar de R$ 1.404.532.650,00 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020).

Infere-se dos dados que o Poder Judiciário deve deter um conhecimento mais aprofundado da área para que possa solucionar, de forma adequada, equânime e justa, os conflitos que envolvem a dinâmica da gestão pública. Isso deve ser feito sem, contudo, ultrapassar os seus limites de atuação, como não raras vezes acontece, ao criar uma política pública para o caso *sub-judice* sem as capacidades técnica e orçamentária necessárias para tanto.

Sob outra vertente, a gestão legal hospitalar está diretamente ligada à criação de procedimentos e políticas internas que possam auxiliar na prevenção de eventos adversos e problemas decorrentes. Esses documentos devem ser acompanhados periodicamente e atualizados em consonância com as modificações legislativas. A análise e a realização de treinamentos também são fundamentais para a boa execução de tal política.

Outra forma de prevenção de eventos adversos é o monitoramento contínuo da qualidade assistencial, que pode ser realizado por intermédio de ferramentas de avaliação, como ciclos de auditoria, avaliação de desempenho e monitoramento de indicadores de qualidade.

Com a política de gestão legal do risco hospitalar, o SUS e a iniciativa privada estão aptos a oferecerem serviços de qualidade, que vão desde a triagem do paciente, procedimentos médicos, aos cuidados de enfermagem, à prevenção de doenças e a promoção da saúde. Trata-se de um contínuo processo de avaliação de serviços que busca atestar a qualidade dos préstimos, visando assegurar a satisfação dos usuários e a prevenção de riscos.

Envolve ainda a adoção de práticas de gestão que permitam a integração de diversos departamentos do ambiente hospitalar, assim como a consolidação de procedimentos, que vão desde o atendimento às leis, regulamentos e normas, até ao estabelecimento de padrões de

qualidade e a prevenção de eventos adversos. A gestão legal visa, ainda, a otimizar os recursos envolvidos na administração do departamento jurídico, que incluem desde o controle de documentos e processos internos até as relações externas, que envolvem a avaliação de contratos e a gerenciamento de litígios.

Ressalta-se que a adoção de uma política pública de gestão legal hospitalar pode contribuir para diminuir certas condutas dos profissionais que prestam atendimento, seguindo a orientação descrita em lei, para, por fim, gerenciarem riscos supervenientes e determinarem uma política de apreciação dos quesitos e situações que sejam prováveis de insucesso. Certo é que uma boa política pública de gestão, bem-organizada, estruturada e implantada de forma sistêmica, consegue prever e dirimir problemas que poderiam gerar consequências negativas à organização e, sobretudo, aos usuários de seus serviços.

Também foi possível deduzir que as políticas públicas de saúde devem ser direcionadas para a redução das desigualdades, especialmente na distribuição de recursos e serviços. Implicam, ainda, o gerenciamento dos recursos humano e econômico quanto aos serviços que devem ser prestados àqueles que necessitam de cuidados específicos e ainda não tenham acesso à assistência de saúde adequada.

Intimamente relacionado às considerações anteriores, emerge a imprescindibilidade de um modelo de gestão hospitalar sistêmico e inovador, que deve incluir a formação de equipes multidisciplinares para auxiliar a melhorar a eficiência e a qualidade dos serviços. Além disso, também devem ser criados mecanismos para acompanhar e gerenciar a performance dos préstimos ofertados, aferir a satisfação dos pacientes e aprimorar as políticas internas existentes.

Segundo Amaral (2025) e no caminho dos fundamentos esposados, a gestão hospitalar na atualidade passou a incorporar mecanismos administrativos direcionados à prevenção de danos, à fiscalização das rotinas assistenciais e ao controle das vulnerabilidades operacionais presentes no ambiente médico.

A atividade hospitalar deixou de se limitar à prestação do atendimento clínico e passou a envolver obrigações relacionadas à segurança do paciente, à documentação terapêutica e à redução de riscos jurídicos decorrentes da assistência em saúde. Em razão disso, a gestão legal do risco hospitalar passou a integrar as próprias estratégias de formulação das políticas públicas sanitárias, especialmente em sistemas submetidos à crescente litigiosidade.

No interior dessa dinâmica, o risco hospitalar passou a ser compreendido de maneira mais abrangente. Silva, Valente e Camacho (2020) destacam que os eventos adversos frequentemente decorrem de fatores organizacionais complexos, e não apenas de condutas individuais atribuídas aos profissionais de saúde. Falhas de comunicação entre equipes multidisciplinares, inadequação de protocolos clínicos, deficiência de treinamento técnico e ausência de padronização documental integram o conjunto de vulnerabilidades incidentes no cotidiano hospitalar. Dessa forma, o gerenciamento de riscos passou a exigir monitoramento contínuo dos fluxos internos de atendimento, identificação preventiva de falhas operacionais e implementação de mecanismos capazes de reduzir danos evitáveis.

A própria evolução tecnológica da medicina contribuiu para ampliar o campo das responsabilidades hospitalares, e os procedimentos de alta complexidade, as terapias intensivas e os sistemas informatizados de assistência aumentaram o grau de exposição das instituições de saúde a questionamentos judiciais relacionados à segurança do atendimento. Ao discutirem as problemáticas da gestão hospitalar no Sistema Único de Saúde, Santos *et al.* (2020) analisam que a administração hospitalar passou a conviver simultaneamente com desafios financeiros, assistenciais e jurídicos. Não basta assegurar funcionamento operacional das unidades de saúde; exige-se capacidade técnica-administrativa para garantir rastreabilidade das condutas clínicas, segurança assistencial e adequada gestão dos recursos disponíveis.

Nas últimas décadas, a política de segurança do paciente modificou a própria percepção jurídica do erro em saúde. Gaspary, Morgado e Santos (2017), ao tratarem sobre os desafios relacionados à disseminação da cultura de segurança em hospitais públicos, identificam que a prevenção de eventos adversos depende da reorganização permanente das práticas administrativas e assistenciais. A responsabilização deixou de recair exclusivamente sobre a figura isolada do profissional e passou a alcançar fatores estruturais ligados à organização hospitalar. Ausência de protocolos internos, sobrecarga assistencial, deficiência comunicacional e inadequação dos fluxos operacionais passaram a ser considerados elementos diretamente relacionados à ocorrência de danos.

Nesse contexto, mecanismos de auditoria clínica, compliance sanitário e monitoramento administrativo passaram a integrar a rotina das instituições hospitalares. Cavalcanti e Martens (2015) apontam que a gestão de riscos influencia inclusive a qualidade das aquisições públicas hospitalares, interferindo diretamente na segurança dos procedimentos

assistenciais e na prevenção de falhas operacionais. A racionalização administrativa, portanto, não se restringe ao controle financeiro das unidades de saúde. Ela repercute sobre a própria capacidade do hospital de garantir atendimento seguro, continuidade terapêutica e redução da exposição jurídica decorrente de eventos adversos.

Também a documentação clínica adquiriu importância primordial nesse cenário. Amaral (2025) sustenta que os registros assistenciais passaram a exercer função estratégica tanto na organização terapêutica quanto na proteção jurídica dos profissionais e das instituições hospitalares. Prontuários incompletos, ausência de evolução médica detalhada e falhas documentais figuram entre os principais elementos constantes nas ações judiciais envolvendo alegações de negligência ou defeito na prestação do serviço médico. A adequada formalização dos atos clínicos passou a representar instrumento essencial de rastreabilidade assistencial e reconstrução probatória.

Para além das dimensões burocráticas e administrativas, a gestão legal do risco hospitalar passou, igualmente, a envolver aspectos relacionados à humanização da assistência. Ao discutir as políticas públicas voltadas à saúde, Couto (2004) ressalta que o cuidado não pode ser reduzido à mera intervenção técnica, alcançando dimensões éticas, subjetivas e relacionais inerentes à experiência do adoecimento. Ambientes hospitalares marcados por precariedade comunicacional, insuficiência de acolhimento e distanciamento entre profissionais e pacientes tendem a produzir maior sensação de abandono terapêutico. Esse fator repercute diretamente na ampliação da litigiosidade envolvendo os serviços de saúde.

Além disso, a crescente digitalização das estruturas hospitalares introduziu novos riscos relacionados à circulação e proteção das informações médicas. Calle Arcentales, Mero Zambrano e Luján Johnson (2025) observam que a implementação de políticas de gerenciamento de riscos em hospitais públicos requer previsão orçamentária contínua voltada à modernização tecnológica e ao fortalecimento das estruturas administrativas. Sistemas eletrônicos de prontuário, plataformas digitais de gestão assistencial e bancos informatizados de dados clínicos ampliaram a necessidade de controle rigoroso sobre o tratamento das informações sensíveis dos pacientes. A gestão legal do risco hospitalar passou, portanto, a abranger também segurança cibernética, proteção de dados pessoais e fiscalização da circulação das informações em saúde.

A promoção do direito à saúde não se limita à ampliação formal do acesso aos serviços médicos, alcançando também a garantia de assistência segura, qualificada e livre de danos

evitáveis. Nesse contexto, Almeida Lima *et al*. (2014) ressaltam que a gestão de risco hospitalar se estrutura a partir da identificação precoce de situações potencialmente lesivas ao paciente, buscando reduzir os efeitos adversos decorrentes da assistência em saúde. A prevenção de falhas assistenciais, desse modo, passa a integrar o próprio conteúdo material do direito à saúde, mormente porque a ocorrência de danos relacionados ao atendimento hospitalar compromete não apenas a integridade física do paciente, mas igualmente a efetividade das políticas públicas sanitárias. A utilização de sistemas de notificação de incidentes, revisão de prontuários e monitoramento intenso e contínuo das práticas clínicas contribui para a construção de ambientes hospitalares mais seguros e compatíveis com os parâmetros contemporâneos de proteção da dignidade humana.

Além desses fatores, a gestão do risco hospitalar fortalece a concretização do direito à saúde ao estimular mecanismos de atuação coletiva e compartilhada dentro das instituições assistenciais. Segundo Almeida Lima *et al*. (2014), a participação da equipe multiprofissional e a cooperação dos próprios pacientes figuram entre os instrumentos relevantes para prevenção de falhas e aprimoramento da segurança assistencial. A integração entre diferentes métodos de controle e monitoramento permite maior capacidade de identificação de vulnerabilidades operacionais e aperfeiçoamento das rotinas hospitalares. Logo, a gestão de riscos deixa de representar mera estratégia administrativa voltada à redução de prejuízos financeiros e assume função vinculada à qualidade do cuidado prestado, à preservação da vida e à efetivação concreta do direito fundamental à saúde.

De outro norte, a gestão do risco hospitalar também se relaciona à promoção do direito à saúde por meio da reorganização dos fluxos de atendimento e da humanização da assistência prestada aos usuários do sistema de saúde. Nesse sentido, Maciel Lima e Ferreira Carabagialle (2014) analisam o Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) como estratégia voltada à qualificação do acesso aos serviços de urgência e emergência, especialmente a partir das diretrizes estabelecidas pela Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 e pela Portaria nº 1.600/2011 do Ministério da Saúde.

O ACCR desloca a lógica tradicional de atendimento baseada exclusivamente na ordem de chegada e introduz critérios relacionados à gravidade clínica, à vulnerabilidade do paciente e à necessidade terapêutica imediata. Dessa maneira, a gestão do risco assistencial passa a atuar diretamente na racionalização do atendimento hospitalar, reduzindo situações de agravamento clínico decorrentes da demora no acesso aos cuidados médicos.

Outrossim, Maciel Lima e Ferreira Carabagialle (2014) observam que o acolhimento com classificação de risco produz impactos que ultrapassam a dimensão puramente organizacional dos serviços hospitalares. A ampliação da escuta qualificada, o fortalecimento da dimensão humana da relação entre profissionais e usuários e a integração entre diferentes áreas da equipe de saúde figuram entre os elementos associados à melhoria da qualidade assistencial.

Os autores ressaltam, contudo, que a implementação do ACCR enfrenta obstáculos relacionados à sobrecarga das equipes, à limitação estrutural dos serviços e à necessidade de maior participação social na compreensão da proposta. Ainda assim, a utilização de mecanismos de classificação de risco contribui para efetivação do direito à saúde ao promover atendimento mais seguro, mais equânime e compatível com os princípios organizativos do Sistema Único de Saúde.

De todo modo, a gestão do risco assistencial passou a integrar as estratégias modernas e atuais de proteção ao direito à saúde, principalmente frente a necessidade de prevenção de danos considerados previsíveis e evitáveis no ambiente hospitalar. Conforme a ANVISA (2025), antes mesmo da padronização internacional promovida pelas normas ISO, já existiam recomendações para o gerenciamento de riscos nos serviços de saúde, com destaque para o modelo elaborado pela *National Patient Safety Agency* no âmbito do sistema público britânico.

Os chamados "Sete Passos para a Segurança do Paciente" introduziram diretrizes relacionadas à promoção da cultura de segurança, ao fortalecimento das equipes assistenciais e à integração das atividades de gestão de risco. A partir dessa lógica, a segurança do paciente deixou de ser compreendida apenas como responsabilidade individual do profissional de saúde e passou a envolver toda a estrutura organizacional dos serviços hospitalares.

> Antes de haver uma padronização da gestão de riscos pela ISO, já havia diversas recomendações internacionais para a utilização de modelos de gerenciamento de riscos assistenciais em serviços de saúde. Por exemplo, a integração das atividades de gestão de risco consta nos Sete Passos para a Segurança do Paciente (Quadro 3) da Agência Nacional de Segurança do Paciente (National Patient Safety Agency – NPSA) do Sistema Nacional de Saúde (National Health Service – NHS) do Reino Unido, desde 2004 (Anvisa, 2025, p. 32).

Ao definir a gestão de riscos como processo de avaliação, análise e gerenciamento de situações potencialmente danosas, a ANVISA (2025) ressalta que a finalidade dessas medidas

consiste na redução da frequência e da gravidade dos eventos adversos relacionados à assistência em saúde. Nesse modelo, a prevenção assume caráter permanente e sistemático, abrangendo mecanismos de notificação de incidentes, análise de causas, revisão de falhas operacionais e compartilhamento das informações obtidas a partir dos erros identificados. A gestão do risco assistencial, portanto, não se limita à contenção administrativa de prejuízos, alcançando diretamente a proteção da integridade física e da dignidade do paciente no interior das instituições de saúde.

Ademais, os parâmetros internacionais de segurança assistencial passaram a valorizar a participação ativa do paciente nos processos terapêuticos e decisórios relacionados ao cuidado em saúde. A ANVISA (2025) destaca que os modelos internacionais de gerenciamento de risco incluem práticas voltadas ao fortalecimento da comunicação entre usuários e equipes assistenciais, bem como à disseminação de uma cultura organizacional baseada no aprendizado contínuo. A incorporação dessas diretrizes ao âmbito do Sistema Único de Saúde repercute diretamente na efetivação do direito à saúde, na medida em que contribui para construção de ambientes hospitalares mais seguros, mais transparentes e menos suscetíveis à ocorrência de eventos adversos.

Diante desse cenário, a gestão do risco hospitalar consolidou-se como elemento integrante das políticas públicas de saúde voltadas à dignidade da pessoa humana e à qualificação da assistência médico-hospitalar. A prevenção de danos deixou de representar apenas mecanismo de redução de despesas decorrentes de ações indenizatórias. Passou a integrar o próprio conteúdo jurídico do dever estatal de garantir atendimento seguro, adequado e compatível com os parâmetros contemporâneos de proteção ao paciente.

Nesse cenário, verificou-se que uma das principais atribuições de uma política gestão de riscos é assegurar que todos os procedimentos desenvolvidos pelo nosocômio estejam de acordo com as normas e regulamentações vigentes, bem como elaborar e implementar políticas internas que proporcionam a higidez dos pacientes e profissionais. Isso envolve a identificação e avaliação dos riscos relacionados às atividades que são desenvolvidas no ambiente hospitalar, a implementação de planos de ação para a minimização dos riscos e a verificação de que os planos de ação estão sendo cumpridos.

Em contrapartida, é possível afirmar que, nas hipóteses em que as políticas públicas de saúde, de uma maneira geral, não conseguiram alcançar os objetivos almejados, o Poder

Judiciário se mostrou uma via alternativa à resolubilidade das mazelas causadas pela ineficiência das referidas políticas.

Embora a judicialização possa ser um meio de assegurar as garantias de direito à saúde, é preciso que seja feita com parcimônia e dentro dos limites de atuação, para que não comprometa a eficácia e a eficiência do sistema de saúde público. Assim, é pertinente que o Poder Judiciário seja responsável e consciente ao tratar desses casos, buscando sempre o equilíbrio entre o direito à saúde e o dever de responsabilidade do Estado.

Com base nessas premissas, infere-se que as políticas públicas cujo o objeto é a gestão legal dos riscos no âmbito da saúde possuem um enfoque prospectivo e almejam também o alcance da famigerada pacificação social, no sentido de contribuírem para a redução dos processos judiciais (judicialização do direito à saúde). Caracterizam-se, assim, como ação endógena, que lança seus efeitos "de baixo para cima", colocando os profissionais da saúde como agentes de desenvolvimento humano, na medida em que proporcionam ao paciente o direito de escolha e participação efetiva em seu próprio tratamento, contribuindo para o restabelecimento de sua saúde, além de garantir àqueles profissionais a devida valorização pelo trabalho desenvolvido.

No geral, a análise das políticas públicas de saúde com foco na gestão legal dos riscos hospitalares é o início de uma longa trajetória de conscientização profissional e social acerca de sua importância, de modo que as suas principais diretrizes e estratégias, como a qualidade da governança, a organização de fluxos, o uso de protocolos, o balanço de custos, gestão de processos e de recursos humanos e a padronização de registros, devem estar inseridas na própria dinâmica de funcionamento das instituições, direcionando o âmbito de atuação dos profissionais da saúde e garantindo uma maior segurança (administrativa e jurídica) a todos que fazem parte do sistema de saúde.

Diante de todo o exposto, é possível concluir que a ausência ou uma política precária de gestão dos riscos hospitalares tem grandes chances de culminar em inúmeros prejuízos e transtornos, podendo, inclusive, determinar a falência material e moral da instituição, pois a negligência quanto à administração dos possíveis riscos é um atestado para o declínio.

### 5.3.1 Promoção da saúde como direito humano e o princípio da equidade sanitária

O direito humano e social à saúde, fruto do movimento da Reforma Sanitária, deflagrada em nível internacional desde meados da década de 1970, vem se fazendo acompanhar de legislações e políticas públicas de humanização, adotadas em particular, pelos Estados nacionais a partir das duas décadas seguintes, em especial no Novo Milênio. A implementação dos princípios e critérios estabelecidos por essas novas políticas públicas de base humanística, visando a maior inclusão social, vem exigindo para atingir suas finalidades, novas estruturas e formas de gestão, assim como e principalmente novas posturas e atitudes dos profissionais e dos próprios usuários, ainda com certas dificuldades e formas de resistência.

No entanto, tem chamado a atenção, em paralelo a esse processo, o grande número de queixas e processos judiciais, encaminhados em desfavor de médicos, hospitais e estabelecimentos de saúde, pelos cidadãos que reivindicam seus direitos aos serviços de qualidade e segurança em saúde. Esse processo vem fortalecendo a chamada "judicialização da saúde", ou seja, a busca do Judiciário como a última e melhor alternativa para obtenção do que lhe foi negado na organização que lhe prestou o serviço.

Tal fato vem causando fortes impactos aos hospitais e outros estabelecimentos de saúde, tanto por desequilíbrio financeiro como pela maculação de sua imagem. Por outro lado, cria sérios obstáculos ao avanço das políticas públicas já implementadas, embora seja o reflexo de um sistema de saúde que ainda não consegue suprir esse direito fundamental da sociedade, em função da precariedade dos serviços prestados. Por isso, o objetivo desse capítulo é trazer para reflexão o papel que a gestão hospitalar, em particular o gerenciamento legal de riscos, exerce no ambiente hospitalar, com a implantação de serviços mais humanizados e seguros no atendimento à saúde.

Para esse fim, o tópico foi estruturado em seis partes, sendo a primeira delas destinada à introdução geral do tema a ser abordado; a segunda parte trouxe o resgate histórico da trajetória de eventos que propiciaram o fortalecimento da saúde como um direito fundamental, portanto igualitário, e do papel do princípio da equidade como uma política humanística. Já a terceira parte teve como objetivo caracterizar os princípios que regem as políticas humanísticas e suas práticas no ambiente hospitalar. Busca-se compreender a relevância do tratamento humanizado a fim de garantir a dignidade do ser humano que se submete a procedimentos médicos.

Na quarta parte, procurou-se tratar dos princípios e objetivos de uma gestão hospitalar no modelo de saúde humanizada. Abrange os objetivos desta gestão e os fatores de riscos que podem propiciar eventos adversos. Na quinta parte, foi inserida a discussão a respeito do papel exercido pelo gerenciamento legal de risco em ambiente hospitalar, para minimizar os impactos da judicialização e garantir a implementação das políticas de humanização. Sugere-se que isso seja feito mediante serviços mais humanizados e seguros no atendimento à saúde, ao evitar que eventos adversos e incidentes de várias ordens possam ocorrer. Por fim, traçaram-se as considerações finais parciais acerca da temática abordada e dados levantados.

Diante do quadro já considerado chocante de desigualdades sociais na década de 1970, foi enfatizado o Fórum Mundial da Saúde de 1978, na União das Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS), mediante a Declaração de Alma-Ata, que a saúde era um direito fundamental do ser humano. Nesse sentido, a saúde já era compreendida de uma forma mais abrangente, ou seja, como um estado de completo de bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade.

Nesse sentido, ainda que tivessem surgido várias abordagens a respeito da promoção da saúde, havia um consenso geral de que as ações centradas no modelo anterior de assistência médica seriam insuficientes para garantir esse processo. Promover e proteger a saúde humana, portanto, passou a ser considerado um compromisso essencial dos governos nacionais, como forma de melhor assegurar a qualidade de vida e a paz mundial e garantir o desenvolvimento socioeconômico, devendo, para isso, envolver diversos outros setores além daqueles tradicionalmente envolvidos com a saúde.

O conceito foi incorporado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e, a partir da década de 1980, a promoção da saúde começou a se destacar como Saúde Pública em diversos países. Em 1986, ocorreu a 1ª. Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde. A Carta de Ottawa, inspirada nos princípios da declaração de Alma-Ata, definiu a promoção da saúde como a ação de proporcionar aos povos os meios necessários para melhorar sua saúde e exercer um melhor controle sobre si mesmo.

Nesse diapasão, de acordo com os princípios estabelecidos, todo ser humano passou a gozar do direito e a assumir o dever de participar da construção das políticas de promoção da saúde. Essa participação ativa de fixar prioridades, tomar decisões e participar de estratégias, passou a ser vista pela OMS como a melhor forma de atingir os fins desejados.

Assim, já em 1996, a OMS, ao se referir às condições necessárias para se promover a saúde, exaltou o princípio da equidade sanitária, no sentido de reduzir as diferenças prevalentes no estado da saúde e assegurar a igualdade de oportunidades. Além disso, também se buscou proporcionar meios para que toda população pudesse desenvolver ao máximo sua saúde potencial, num processo de transformação das chamadas regras gerais a situações específicas, estas em acordo à cultura vivenciada pelos diferentes grupos e comunidades.

Dessa forma, no lugar de priorizar grupos de risco sobre doenças, a recomendação passou a ser a de envolver de forma ativa a participação dos grupos e comunidades no contexto de cada cotidiano vivido, tornando mais possível contemplar suas particularidades e principais necessidades em relação ao atendimento pretendido. Esse princípio passou a ser fortalecido nas várias conferências internacionais de saúde seguintes. Nesse prisma, a OMS em 1998, estabeleceu que os programas, políticas e atividades de promoção da saúde deveriam contemplar os seguintes princípios: concepção holística, intersetorialidade, empoderamento, participação social, equidade, ações multi-estratégicas e sustentabilidade.

Os vários acontecimentos e diretrizes internacionais ajudam a explicar a inserção, na Constituição Brasileira de 1988, do artigo 196, sobre a promoção da saúde. Ademais, também explica que fossem colocadas na seção II, do capítulo II, do título VIII, as bases conceituais e organizativas do Sistema Único de Saúde (SUS), buscando fortalecer os sistemas locais de promoção da saúde e a participação ativa da população.

Segundo Lamy, Hahn e Roldan (2019), o direito à saúde ultrapassa a dimensão estritamente assistencial e passa a integrar o núcleo dos direitos humanos relacionados à preservação da dignidade da pessoa humana. A promoção da saúde, analisada sob a perspectiva da equidade sanitária, não se esgota na ampliação formal dos serviços públicos nem na expansão quantitativa da rede assistencial. Em sociedades marcadas por desigualdades históricas, determinados grupos permanecem submetidos a condições permanentes de vulnerabilidade social, econômica e territorial. Nogueira e Pires (2004) observam que a efetividade do direito à saúde depende diretamente das condições concretas de vida da população, envolvendo fatores como alimentação, moradia, saneamento e inserção social. Nessas circunstâncias, a proteção sanitária passa a exigir respostas diferenciadas voltadas à superação das desigualdades materiais que condicionam os processos de adoecimento coletivo.

A equidade sanitária desloca o debate jurídico para além da igualdade abstrata presente na formulação normativa tradicional. Corgozinho e Oliveira (2016) sustentam que a equidade em saúde representa marco ético relacionado à distribuição justa dos recursos sanitários, considerando as diferentes necessidades existentes entre os grupos sociais. O tratamento uniforme de indivíduos submetidos a condições profundamente desiguais frequentemente perpetua os próprios mecanismos de exclusão social. Em razão disso, a organização das políticas públicas de saúde demanda identificação concreta das vulnerabilidades territoriais, epidemiológicas e socioeconômicas presentes em cada realidade coletiva. Não se trata apenas de distribuir serviços médicos de maneira linear, mas de reconhecer que determinadas populações necessitam de maior proteção estatal em razão da intensidade das barreiras que enfrentam para acessar condições dignas de vida e saúde.

Ao analisar a relação entre direito à saúde e justiça sanitária, Nunes (2009) afirma que os processos de adoecimento não podem ser compreendidos exclusivamente sob perspectiva biológica ou individual. Condições ambientais degradadas, precarização das relações de trabalho, insegurança alimentar e exclusão urbana interferem diretamente nos indicadores epidemiológicos e nas formas de distribuição da doença no espaço social.

A promoção da saúde deixa, assim, de operar apenas no âmbito hospitalar ou curativo e passa a envolver políticas públicas articuladas entre diferentes setores da administração pública. Educação, habitação, mobilidade urbana, abastecimento de água e proteção ambiental passam a integrar o próprio conteúdo material das estratégias sanitárias voltadas à redução das desigualdades.

Além disso, determinados grupos sociais experimentam formas específicas de exclusão sanitária que não podem ser enfrentadas por políticas homogêneas. Ao discutir a promoção da equidade na saúde da população negra, Faustino (2017) ressalta que as desigualdades raciais repercutem diretamente sobre os indicadores de mortalidade, acesso aos serviços de saúde e exposição a agravos evitáveis. A invisibilidade estatística, a marginalização territorial e as barreiras estruturais relacionadas ao racismo produzem impactos concretos sobre a efetivação do direito à saúde. Em razão disso, a equidade sanitária exige formulação de políticas públicas capazes de reconhecer diferenças históricas e promover redistribuição material dos recursos assistenciais.

No interior da organização sanitária brasileira, a desigualdade territorial da infraestrutura médica permanece como um dos principais obstáculos à efetividade do direito à

saúde. Ferraz e Vieira (2009) observam que a limitação dos recursos públicos impõe escolhas distributivas inevitáveis, especialmente em sistemas universais submetidos a forte pressão financeira e judicial. Hospitais de alta complexidade, centros especializados e tecnologias médicas permanecem concentrados em determinadas regiões economicamente favorecidas, enquanto localidades periféricas convivem com carência estrutural de profissionais, equipamentos e serviços especializados. A equidade sanitária, nesse contexto, deixa de representar categoria meramente principiológica e passa a exigir reorganização concreta da distribuição territorial dos recursos públicos em saúde.

Também a judicialização sanitária produz repercussões relevantes sobre a promoção da equidade. Segundo D'Ávila e Saliba (2017), a efetivação do direito à saúde demanda compatibilização entre proteção individual e justiça social distributiva. Embora o acesso ao Poder Judiciário possibilite a obtenção de medicamentos e tratamentos médicos, a dinâmica processual frequentemente favorece indivíduos com maior acesso à informação, representação jurídica e capacidade de mobilização administrativa. A concentração de recursos públicos em demandas individuais de alta complexidade repercute sobre o financiamento das políticas coletivas de saúde e produz efeitos distributivos que atingem diretamente as populações socialmente mais vulneráveis.

Nesse cenário, mecanismos consensuais de resolução de conflitos sanitários passaram a ser discutidos como instrumentos de promoção do acesso equitativo à saúde. Andrade e Andrade (2017) identificam na mediação sanitária alternativa voltada à ampliação do diálogo entre usuários, gestores públicos e profissionais de saúde, reduzindo a dependência exclusiva da judicialização como meio de efetivação dos direitos sociais. A construção de soluções administrativas dialogadas permite análise mais ampla das necessidades coletivas e das limitações estruturais do sistema de saúde, favorecendo respostas compatíveis com os princípios da justiça distributiva e da equidade sanitária.

As desigualdades relacionadas ao direito à saúde não se manifestam apenas no interior dos Estados nacionais. Faz-Ver e Rosaneli (2020) observam que os países do Sul Global convivem com limitações econômicas, dependência tecnológica e dificuldades estruturais que interferem diretamente na capacidade de implementação de políticas sanitárias universais. A distribuição internacional de medicamentos, tecnologias médicas e investimentos em saúde reproduz assimetrias históricas entre países centrais e periféricos. A promoção da saúde como

direito humano, portanto, também envolve enfrentamento das desigualdades globais relacionadas ao acesso aos recursos necessários para proteção da vida e da dignidade humana.

Dessa forma, a equidade sanitária não pode ser reduzida à ideia genérica de tratamento desigual dos desiguais. Trata-se de categoria relacionada à redistribuição concreta das oportunidades de acesso à saúde, considerando vulnerabilidades históricas, desigualdades estruturais e diferentes formas de exclusão social. A promoção da saúde exige atuação estatal orientada não apenas pela expansão formal da assistência médica, mas pela capacidade de identificar grupos submetidos a maiores níveis de exposição ao adoecimento e formular respostas públicas compatíveis com as necessidades específicas de cada realidade social.

### 5.3.2 Humanização no modelo de assistência hospitalar

O humanismo, pela sua origem, relaciona-se com o ato ou atitude de "tornar humano" ou "proporcionar condição humana", buscando estar coerente com os valores dos outros. Humanizar significa "abrir-se ao outro e acolher solidária e legitimamente a diversidade" (AYRES, 2004, p. 17). De acordo com o Ministério da Saúde, a humanização deve permanecer como uma diretriz transversal que favoreça: a troca e construção de saberes; o diálogo entre profissionais; o trabalho em equipe; a consideração em relação às necessidades, assim como aos desejos e interesses dos diferentes protagonistas no campo da saúde.

A humanização da saúde, segundo pressupõe Backes, Coerich & Erdmann, (2007), implica um sistema complexo de valores, que leva em conta o respeito à autonomia, diversidade de ideias e liberdade de expressão, no sentido de tentar recuperar a subjetividade, num processo de inclusão de todos. Pode-se alcançar essa complexidade por meio da ampliação da comunicação, seja entre diferentes pessoas que trabalham em equipe, seja entre profissionais com as pessoas que usufruem dos serviços de saúde no ambiente hospitalar. Portanto, passou a se tornar palavra de ordem a necessidade de interagir, tanto dentro e entre as equipes de diversos profissionais de saúde, como desses com os beneficiários dos serviços oferecidos (AYRES, 2004).

Desse modo, conforme lembra Rios (2009), na prática a humanização supunha pensar na criação de ambientes apropriados de fala e escuta dentro do hospital. Essa autora lembra que, na relação do profissional com o paciente, a escuta não significa apenas um ato generoso e de boa vontade, mas representa também um recurso técnico de grande importância para o diagnóstico e adesão terapêutica. Quando esses ambientes de interação são aplicados na

relação entre os profissionais do nosocômio, estes se transformam em bases para a transdisciplinaridade e para o exercício da gestão participativa.

Rios (2009) ainda reforça que a humanização também apresenta uma vertente moral, na medida em que evoca valores como respeito, solidariedade, compaixão, empatia, bondade, entre outros, que expressam uma visão de mundo em prol da transformação social. Trata-se de uma construção coletiva capaz de resgatar a dignidade humana no atendimento à saúde, com base no exercício da ética para sua organização.

Nesse sentido, a humanização está intimamente relacionada com a prática da "arte de cuidar", que exige um conjunto de conhecimentos voltados para o "outro". O cuidado em saúde, de acordo com Pinheiro & Mattos (2005), diz respeito a uma ação integral com o outro, respeitando seu direito de ser. O cuidado, nesse caso, implica considerar as diferenças dos sujeitos e respeitá-los em relação às suas necessidades específicas, permitindo que eles participem ativamente da decisão acerca da melhor tecnologia médica a ser utilizada. Significa também acolher e atender o ser humano em seu sofrimento com qualidade e resolutividade para seus problemas, com base no diálogo e na criatividade, num processo capaz de gerar transformação social.

Ao se considerar a integralidade dos diversos aspectos humanos no cuidado, o profissional de saúde, em especial o médico, acaba deixando de avaliar a doença para cuidar do doente, da pessoa humana, com suas necessidades específicas, que se encontra em determinadas circunstâncias, em condição de sofrimento (DEUS, 2015). Logo, além dos aspectos físicos, é preciso cuidar também dos outros aspectos, tais como os sociais, psíquicos, emocionais e espirituais.

Além de um processo realizado por equipes multiprofissionais em saúde, que sabe escutar e respeitar os diversos pontos de vista, deve ocorrer o estímulo a posturas ativas da pessoa em seu processo de cura. Estes se reconhecem como protagonista do seu cuidado, valorizando seu saber e conhecimento nesse processo (DEUS, 2015). A humanização pressupõe o paciente incluído em todas as decisões sobre os procedimentos utilizados durante a assistência e informado sobre qualquer dúvida existente a respeito dela. Isso permite que o próprio usuário participe do processo de transformação da assistência recebida no hospital como sujeito, de modo a dar fim ao anterior modelo de saúde, considerado desumanizado, também por despersonalizar os pacientes, transformando em simples em números, órgão ou profissão.

O cuidado integral tornou-se o caminho orientador do Sistema Único de Saúde (SUS), para as práticas de saúde no Brasil, pautadas em relações construídas pelos sujeitos por meio dos diferentes saberes (ASSIS *et al*, 2015). Segundo esses autores, a produção do cuidado deveria ser analisada em seis dimensões:

**I. Acessibilidade aos serviços de saúde**, abrangendo todas as práticas de atenção, desde a entrada até a saída da rede pelo usuário;

**II. O acolhimento**, um modelo de atenção com qualidade dos serviços, mediante coparticipação dos profissionais envolvidos e o usuário;

**III. um tipo de vínculo estabelecido entre os profissionais e usuários**, que seja capaz de favorecer a troca de conhecimentos entre os saberes técnicos e científicos com os saberes locais, estes segundo cada tipo de público, abrangendo a integralidade da saúde;

**IV. linhas de cuidado estabelecidas em rede**, alimentando-se de vários campos de conhecimento e prática (individual e coletiva), na construção do modelo de atenção à saúde;

**V. a responsabilização no ato de cuidar das pessoas**, valorizando a singularidade de cada usuário, realizada de forma compartilhada entre os profissionais e desses com o usuário; e,

**VI. a resolutividade dos serviços de atendimento percebida pelos usuários**, entendida como a capacidade de oferecer respostas adequadas às demandas, em acordo com as necessidades individuais e coletivas, desde a entrada e envolvendo os vários níveis do sistema.

O Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), criado no ano 2000, antecedeu e serviu de base à implantação da política nacional de humanização. Propunha a requalificação dos hospitais públicos, de modo a atender as expectativas de seus gestores e comunidade. O objetivo foi induzi-los a proceder a um conjunto de ações integradas, com a finalidade de transformar o modelo de assistência em vigor, no sentido de melhorar a qualidade e a eficácia dos serviços. O destaque, no entanto, era para se conseguir aprimorar as relações entre profissional de saúde e usuário, dos profissionais entre si e do hospital com a comunidade.

Nesse contexto, emerge a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão, denominada de HumanizaSUS e implantada em 2003 pelo Ministério da Saúde, a qual

apresentava como valores norteadores a “autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários, a construção de redes de cooperação e a participação coletiva no processo de gestão (DEUS, 2015).

Essa política nacional procurou induzir a prática da saúde baseada nos princípios do SUS, o que significava produzir mudanças, não só nos modos de cuidar como também de gerir. O esforço se deu no sentido de incluir trabalhadores e usuários e as diferenças na produção e gestão do cuidado, portanto uma gestão compartilhada, construída de forma coletiva. Propunha, assim, uma nova relação entre o usuário, os profissionais que atendem e a sociedade, tendo em vista os princípios da integralidade, da equidade, da universalidade, com incorporação de novas tecnologias e especialização dos saberes.

Segundo Deslandes (2004), a humanização da assistência hospitalar emergiu como resposta à crescente tecnificação dos serviços de saúde e à progressiva redução da dimensão relacional presente no cuidado médico. O desenvolvimento tecnológico da medicina ampliou significativamente a capacidade diagnóstica e terapêutica das instituições hospitalares, mas também favoreceu processos de atendimento marcados pela fragmentação das relações interpessoais e pela mecanização das práticas assistenciais. Nesse cenário, o paciente frequentemente passa a ocupar posição secundária diante das exigências operacionais, burocráticas e produtivistas que estruturam o funcionamento dos hospitais contemporâneos. A humanização surge justamente da necessidade de reaproximação entre técnica e cuidado, resgatando a dimensão ética e subjetiva da assistência em saúde.

Oliveira, Collet e Vieira (2006) observam que a assistência hospitalar centrada exclusivamente nos aspectos biológicos da patologia tende a reduzir o indivíduo à condição de objeto terapêutico. A experiência do adoecimento passa a ser conduzida por protocolos clínicos, exames diagnósticos e procedimentos técnicos, enquanto sentimentos relacionados ao medo, à fragilidade emocional e à perda da autonomia acabam desconsiderados no cotidiano hospitalar. Em razão disso, a humanização da assistência busca reconhecer o paciente em sua integralidade, considerando aspectos psicológicos, sociais e culturais que interferem diretamente na forma como o tratamento é vivenciado.

A comunicação estabelecida entre profissionais de saúde e pacientes ocupa posição relevante dentro dessa perspectiva. Silva, Sá e Miranda (2013), ao discutirem as concepções de sujeito e autonomia no contexto da humanização em saúde, ressaltam que o processo assistencial não pode ser estruturado a partir de relações hierárquicas rigidamente

verticalizadas. A utilização excessiva de linguagem técnica, a ausência de informações claras e o distanciamento comunicacional produzem insegurança e enfraquecem os vínculos terapêuticos. A assistência humanizada pressupõe ampliação da escuta clínica, compartilhamento das decisões relacionadas ao tratamento e valorização da autonomia do paciente no interior do processo terapêutico.

Além das relações interpessoais, a própria organização dos espaços hospitalares interfere diretamente na qualidade da assistência prestada. Penia e Oselame (2015) destacam que ambientes marcados por superlotação, rotinas excessivamente rígidas e precarização estrutural dificultam a implementação de práticas humanizadas no cotidiano hospitalar. O desgaste físico e emocional provocado por longos períodos de internação, associado à ausência de privacidade e ao atendimento mecanizado, intensifica a sensação de vulnerabilidade vivenciada pelos pacientes. A humanização, portanto, não se limita à cordialidade no atendimento, alcançando igualmente a reorganização dos fluxos assistenciais e das condições materiais presentes no ambiente hospitalar.

Sob outra vertente, as condições de trabalho dos profissionais de saúde também repercutem sobre a possibilidade de construção de uma assistência humanizada. Ferreira *et al.* (2021) apontam que jornadas exaustivas, sobrecarga assistencial e insuficiência de recursos humanos comprometem os processos de acolhimento, escuta qualificada e vínculo terapêutico. A precarização do trabalho hospitalar interfere não apenas na saúde mental das equipes, mas igualmente na qualidade da comunicação estabelecida com os pacientes e familiares. A humanização da assistência depende, nesse sentido, da existência de condições laborais minimamente compatíveis com o exercício ético e técnico do cuidado em saúde.

Ao analisar a política de humanização da assistência ao parto, Dias e Domingues (2005) evidenciam que a racionalidade hospitalar excessivamente centrada nos procedimentos técnicos habitualmente produz invisibilização das necessidades emocionais e subjetivas dos usuários dos serviços de saúde. A imposição de rotinas padronizadas, a limitação da autonomia do paciente e o enfraquecimento do diálogo entre equipe assistencial e usuários acabam contribuindo para experiências de sofrimento relacionadas ao próprio processo de internação hospitalar. A humanização propõe justamente a reconstrução dessas relações, permitindo maior participação do indivíduo nas decisões relacionadas ao cuidado recebido.

Nesse contexto, práticas voltadas ao acolhimento emocional passaram a integrar as estratégias de humanização hospitalar. Seitz (2008), ao abordar a utilização da biblioterapia

no ambiente hospitalar, demonstra que iniciativas relacionadas à promoção do bem-estar psicológico contribuem para redução da ansiedade e melhoria da experiência de internação dos pacientes. A assistência hospitalar deixa de operar exclusivamente na lógica da intervenção clínica e passa a incorporar mecanismos destinados à preservação da subjetividade e da dignidade humana durante o tratamento médico. O cuidado em saúde passa, assim, a abranger não apenas a recuperação biológica do organismo, mas também o suporte emocional necessário ao enfrentamento do adoecimento.

Por outro lado, a fragmentação crescente das especialidades médicas dificultou a preservação de uma visão integral do paciente. Conforme destacam Silva, Sá e Miranda (2013), o desenvolvimento técnico da medicina contribuiu para segmentação das práticas assistenciais e para o enfraquecimento da percepção global do indivíduo submetido ao tratamento. O paciente passa a circular entre diferentes profissionais e setores hospitalares sem adequada integração das informações relacionadas ao cuidado prestado. A humanização hospitalar busca enfrentar essa fragmentação mediante fortalecimento do trabalho interdisciplinar e valorização da integralidade da assistência.

Além disso, a humanização passou a repercutir na prevenção de conflitos e na redução da judicialização das relações médico-paciente. Deslandes (2004) observa que práticas assistenciais marcadas pela ausência de acolhimento, insuficiência informacional e distanciamento relacional tendem a produzir maior insatisfação dos usuários dos serviços de saúde. A fragilidade comunicacional intensifica percepções de abandono terapêutico, insegurança e desrespeito à dignidade do paciente. A construção de vínculos fundamentados na confiança, no diálogo e na transparência contribui para fortalecimento da relação terapêutica e redução de litígios decorrentes da assistência hospitalar.

Dessa maneira, a humanização no modelo de assistência hospitalar ultrapassa concepções simplificadas associadas apenas à cordialidade ou à empatia individual dos profissionais de saúde. Segundo Oliveira, Collet e Vieira (2006), trata-se de diretriz relacionada à reorganização ética, administrativa e assistencial dos serviços hospitalares, buscando compatibilizar desenvolvimento técnico da medicina e preservação da dignidade humana. A assistência humanizada pressupõe valorização da autonomia do paciente, qualificação da comunicação clínica, fortalecimento dos vínculos terapêuticos e reorganização das estruturas hospitalares a partir da centralidade do cuidado integral.

Marinho, Carrião e Marques (2019) analisam a assistência hospitalar a partir da articulação entre gestão em saúde, humanização e constituição histórico-social dos hospitais no âmbito do Sistema Único de Saúde. Os autores observam que a complexidade presente no ambiente hospitalar impede a adoção de modelos assistenciais excessivamente mecanizados e centrados apenas na racionalidade técnico-biológica. A qualidade da atenção hospitalar passa a depender da construção de práticas assistenciais capazes de integrar cuidado resolutivo, acolhimento humanizado e reconhecimento das singularidades dos sujeitos submetidos ao tratamento. Nesse cenário, a humanização não aparece como elemento periférico da assistência em saúde, mas como dimensão vinculada à própria efetividade do cuidado prestado nas instituições hospitalares.

Ao discutirem os fluxos de interatividade incidentes no interior da assistência hospitalar, Marinho, Carrião e Marques (2019) destacam a necessidade de interlocução entre saberes científicos, dimensões culturais, experiências populares e necessidades individuais dos pacientes. A assistência hospitalar humanizada pressupõe superação de modelos padronizados que frequentemente reduzem o indivíduo à condição de objeto terapêutico. A valorização das experiências subjetivas relacionadas ao adoecimento, das práticas integrativas e da construção de projetos terapêuticos singulares amplia a capacidade do sistema hospitalar de responder às demandas concretas dos usuários dos serviços de saúde. O cuidado passa, assim, a ser desenvolvido de maneira mais ampla, considerando não apenas a doença diagnosticada, mas também os aspectos sociais, culturais e emocionais envolvidos no processo terapêutico.

> Relacionando com a constituição histórico-social dos hospitais e os primórdios da assistência hospitalar, ressalta-se a prática de monges beneditinos - os que arquitetaram e "arquiteturaram" a assistência à saúde em construções que aqueciam, alimentavam, ofereciam repouso, eram casa de sangrias e também promoviam o cultivo de plantas e ervas com características medicinais nos jardins herbários. Entretanto, mesmo diante dos aspectos históricos, culturais, sociais e políticos propiciadores do uso de plantas medicinais e fitoterápicos, tem-se ainda seu uso muito restrito nos serviços de saúde pelo SUS, e quando implementados de modo mais efetivo, geralmente se resumem à atenção primária (Marinho; Carrião; Marques, 2019, p. 198).

Além dos fundamentos esposados, Marinho, Carrião e Marques (2019) ressaltam que a humanização da assistência hospitalar depende da reorganização das práticas de gestão em saúde. A construção de hospitais voltados à atenção resolutiva e de qualidade exige

articulação entre eficiência administrativa e valorização das relações humanas no interior das instituições hospitalares. Nesses ambientes, práticas assistenciais fundamentadas exclusivamente em protocolos rígidos e padronizações excessivas revelam limitações diante da diversidade das experiências humanas relacionadas ao adoecimento. A humanização hospitalar passa a envolver, portanto, reconhecimento da pluralidade dos sujeitos atendidos e abertura para formas de cuidado que ultrapassem os modelos estritamente biomédicos tradicionalmente legitimados nos serviços de saúde.

Sousa *et al*. (2021) compreendem a humanização da assistência hospitalar como conjunto de práticas, valores e comportamentos direcionados à superação de modelos de cuidado excessivamente centrados na racionalidade técnico-científica. No âmbito da Política Nacional de Humanização, a assistência em saúde passa a ser orientada pela valorização das dimensões subjetivas, sociais e relacionais presentes no processo terapêutico.

Os autores destacam que a efetivação dessa política depende do fortalecimento da comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários do sistema de saúde, permitindo construção mais participativa das práticas assistenciais. A humanização hospitalar deixa de se restringir ao atendimento individualizado e passa a envolver transformação das próprias relações estabelecidas no interior da rede pública de saúde.

> É importante ressaltar a humanização nos ambientes hospitalares, o cuidado, a qualidade da assistência dos profissionais da enfermagem, bem como a qualificação da equipe é essencial para a reabilitação e recuperação do paciente. Além disso, ter uma boa comunicação, compreender as necessidades do paciente, suas queixas, trabalhar no âmbito hospitalar com empatia é essencial, para que a saúde emocional do paciente fique em primeiro lugar e não venha agravar ou atrapalhar seu tratamento (Sousa *et al*. 2021, p. 12).

Além disso, Sousa *et al*. (2021) identificam obstáculos estruturais que dificultam a consolidação da Política Nacional de Humanização nos serviços hospitalares do SUS. A desvalorização dos profissionais de saúde, a fragilidade dos vínculos estabelecidos com os usuários e a insuficiência de investimentos em educação permanente interferem diretamente na qualidade da assistência prestada. Nesse contexto, a humanização hospitalar exige reorganização das práticas de gestão e fortalecimento dos espaços de diálogo no ambiente assistencial. A integração entre atenção e gestão, defendida pelos autores, busca justamente impedir a fragmentação das políticas de cuidado, permitindo desenvolvimento de uma

assistência hospitalar pautada na integralidade, na escuta qualificada e na valorização da dignidade humana durante o atendimento em saúde.

Dessa forma, faz-se fundamental reconhecer a importância da humanização, participação e comunicação do atendimento nas unidades hospitalares como uma forma de aprimorar a relação médico-paciente, atenuar os litígios na saúde e, consequentemente, assegurar de forma mais digna e adequada o acesso a esse direito.

A gestão legal do risco hospitalar, portanto, deve ser compreendida como política pública e institucional de prevenção. Ao articular segurança do paciente, documentação clínica, protocolos assistenciais, auditoria, comunicação, proteção de dados e humanização, ela contribui para a redução de danos evitáveis e melhora da resposta institucional aos conflitos. Sua importância para a tese está firmada em demonstrar que a mitigação dos potenciais conflitos judicializáveis pode ocorrer antes do processo judicial, por intermédio da melhoria do cuidado e da organização do ambiente assistencial.

## 5.4 Gestão hospitalar no modelo de saúde humanizada: princípios e diretrizes

Humanizar o trabalho em saúde também pressupõe mudanças no processo de gestão da organização da oferta dos serviços. Afinal, é preciso levar em conta o modo como usuários e trabalhadores da área da saúde interagem entre si aumentam seu grau de participação na gestão dos serviços, mediante adesão e criatividade na execução das atividades que qualificam o trabalho. Tais mudanças são construídas de forma coletiva e compartilhada, no sentido de estimular novos modos de cuidar e novas formas de organizar o trabalho.

A gestão hospitalar no modelo humanizado proposto pelo SUS (HumanizaSUS, 2013), deve levar em conta três princípios:

> **I. Transversalidade**, o que significa que a política de humanização e gestão precisa estar presente em todas as políticas do SUS e, ainda, reconhecer que as diferentes especialidades e práticas de saúde podem conversar com a experiência daquele que é assistido, de modo a produzir um serviço de saúde corresponsável;
>
> **II.** As **decisões da gestão** interferem diretamente na atenção à saúde e, desse modo, os trabalhadores e usuários devem conhecer como funciona a gestão dos serviços e a rede de saúde, participando ativamente dos processos de tomada de decisão;

**III. Protagonismo**, **corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos coletivos**, o que leva a reconhecer que uma mudança na gestão e atenção só consegue se concretizar, quando se amplia a autonomia e vontade das pessoas que compartilham responsabilidades.

Essa forma de gestão hospitalar também deve seguir essas seis diretrizes (HumanizaSUS, 2013):

**I. Acolhimento**, ao se reconhecer que cada usuário aporta consigo uma legítima e singular necessidade de saúde e que o acolhimento se sustenta em relações de confiança, compromisso e vínculo entre as equipes profissionais e dessas com os beneficiários dos serviços;

**II. Gestão participativa e cogestão**, que implica inclusão de novos sujeitos na análise e decisão nos processos de gestão, para pactuar tarefas e aprender coletivamente;

**III. Ambiência**, ou seja, a criação de espaços saudáveis, acolhedores e confortáveis, - que possibilitem o encontro entre os profissionais e os usuários;

**IV. Clínica ampliada e compartilhada**, com prática de diagnósticos mais holísticos, que levem em conta a singularidade do sujeito e a complexidade do processo saúde/doença e envolvam decisões compartilhadas;

**V. Valorização do trabalhador** na tomada de decisão, apostando na sua capacidade de analisar, definir e qualificar os processos de trabalho, mediante estabelecimento de acordos;

**VI. Defesa dos direitos dos usuários**, incentivando o conhecimento que os usuários têm do direito aos serviços e de saúde e assegurando que sejam cumpridos.

No entanto, a maioria dos hospitais brasileiros ainda enfrenta dificuldades em implementar e incorporar esse modelo de gestão, embora sua adoção seja essencial à organização e à qualificação dos serviços de saúde. Ela representa um processo de inovação, orientada para a obtenção de resultados, como gestão empreendedora (DRUCKER, 2003).

Sob outra ótica, ainda que o debate judicial seja positivo para a mudança das injustiças ocorridas no seio social, a judicialização muitas vezes pode ser negativa devido à sobrecarga do Poder Judiciário, levando em conta que, mesmo antes da judicialização do direito à saúde

se tornar tão popular e frequente, a justiça brasileira já se deparava com um lapso de produtividade. Esse colapso ocorria por causa da judicialização excessiva de tantos problemas que poderiam ser facilmente resolvidos através de conciliações extrajudiciais, por exemplo, ou por outras formas consensuais de solução de controvérsias.

Ressalta-se que a mediação, a conciliação e a arbitragem são métodos de solução de conflitos que existem há muito tempo. Estes métodos foram adotados por vários países como formas alternativas para resolver conflitos decorrentes dos maus resultados dos serviços de saúde.

A título de exemplo, o Tribunal de Mediação, Conciliação e Arbitragem Médico e de Saúde foi implementado na Argentina sob autorização e fiscalização do Tribunal Internacional de Conciliação e Arbitragem do Mercosul (TICAMER), com os propósitos de prevenir e auxiliar nos conflitos oriundos da prestação de um serviço de saúde, desde que expressamente acordado entre as partes litigantes (França, 2014).

No Brasil, os métodos alternativos de solução de conflitos ganharam destaque a partir da Resolução nº 125/2010 do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), com o advento do, então à época, novo Código de Processo Civil e da Lei nº 13.140/2015, diplomas que estimularam seu uso como forma de pacificação social e de diminuição da chamada crise do Poder Judiciário. Para a literatura, o diálogo entre os sujeitos inseridos na dinâmica consistente em préstimos relacionados à saúde é substancial para a possível resolubilidade dos conflitos:

> A complexidade das relações na área da saúde são também verificáveis na diversidade de diálogo entre as múltiplas partes que se relacionam, identificando nos conflitos mais comuns, pelo menos, três tipos de linguagens, de acordo com os intervenientes: - Médicos; Staff - linguagem ética e técnica; Famílias; Pacientes; Acompanhantes - linguagem emocional - Empresas; Operadoras e Seguradoras - linguagem financeira. (Nascimento, 2016, p. 208)

Dos fundamentos alhures e levando-se em consideração o paradigma do Tribunal argentino, conclui-se que os métodos alternativos de resolução de conflitos podem ser inseridos numa política de gestão legal do risco hospitalar. Nessa senda, defende-se a instalação das câmaras de mediação, arbitragem e conciliação nos átrios dos ambientes hospitalares, de natureza pública ou privada, com o fim de solucionar um conflito originário dos maus serviços de saúde e, assim, promover a pacificação social entre as partes.

Nesse contexto e indo ao encontro das políticas públicas de humanização da saúde, os métodos alternativos de resolução de conflitos emergem como elementos essenciais a serem observados quando o assunto é gestão hospitalar.

Paralelamente, como efeito secundário é possível afirmar que nos conflitos inerentes à saúde, a arbitragem, a conciliação e a mediação, são metodologias alternativas à Justiça convencional, cujas principais vantagens são a celeridade, a economia de recursos financeiros e o alcance de soluções adequadas às peculiaridades dos casos, podendo, ainda, ser consideradas satisfatórias para as partes.

De acordo com essa lógica, também haverá redução no número de processos judiciais, não porque serão criados óbices ao acesso à justiça, o que seria inconstitucional, mas porque essas demandas já seriam imediatamente solucionadas no âmbito extrajudicial. Com isso, desafoga-se o Poder Judiciário, poupa-se tempo, atende-se a pretensão do cidadão que necessita dos serviços de saúde e garante-se a eficácia das políticas públicas.

Apesar dos benefícios esposados, não se pode perder de vista que um dos maiores litigantes judiciais em se tratando de direito à saúde, é o próprio Estado, de modo que os métodos alternativos de solução de conflitos, em regra, não seriam aplicáveis ao Poder Público, sobretudo por causa do primado da supremacia e da indisponibilidade do interesse público.

Entretanto, sopesando-se as benesses com o impedimento alhures, é possível afirmar que, ao possibilitar o Poder Público de transacionar pelas vias extrajudiciais, certamente contribuirá para a pacificação dos conflitos. Aliás, com a célere resolução de inúmeros problemas sociais, facilitar-se-ão, com isso, o gerenciamento e a eficiência das questões administrativas.

Denota-se, portanto, que a comunicação em ambientes hospitalares envolve múltiplas partes com diversidade de linguagem. Fato que, somado aos sentimentos extremos inerentes a estes ambientes pode, com frequência, culminar em conflitos. Tais conflitos, em regra, serão levados à apreciação do Poder Judiciário, o qual, alheio a tais questões subjetivas, pode não conseguir oferecer a solução mais justa e eficiente ao embate, contribuindo para a já mencionada judicialização da saúde.

A mediação de conflitos emerge como uma forma de pacificação eficaz, pois, com a atuação do terceiro imparcial, denominado mediador, as partes envolvidas poderão ter a oportunidade de expor seus sentimentos e necessidades, tendo a chance de solucionar o

impasse antes mesmo de se socorrerem do Poder Judiciário. Isso faz com que o problema possa ser resolvido de uma forma mais célere e precisa, benéfica para o paciente, para o profissional e para as instituições e convênios médicos, em especial em relação ao sigilo das informações e manutenção de vínculos futuros.

## 5.5 Eventos adversos oriundos da ausência de política de gestão legal do risco no ambiente hospitalar

Diante das dificuldades vividas nos hospitais em relação à adoção do modelo preconizado pela Política Nacional de Humanização e Gestão, tem sido frequente observar questões relacionadas a erros médicos, ausência de coberturas dos planos de saúde, precariedade do Sistema Único de Saúde (SUS), ausência de condições de trabalho dos profissionais da saúde, falta de estrutura material considerada básica, entre outras. Ademais, os cidadãos, cada vez mais conscientes de seus direitos, abrem processos contra os médicos e unidades de saúde, não raro requerendo indenizações de grandes proporções, que podem até inviabilizar o funcionamento financeiro da unidade, bem como contribui para desviar a finalidade da assistência hospitalar.

Além desses incidentes, existe um extenso leque de fatores que podem ensejar situações de riscos, dentre elas, as condições precárias de trabalho, abandono de pacientes, desgastes na relação profissional da saúde e paciente, falsas garantias de resultados dos tratamentos, procedimentos realizados por profissionais não habilitados, entre outros.

Também podem se juntar a isso os problemas de má gestão, que podem ocasionar vários tipos de prejuízos, como o fim da carreira do médico que cometeu um erro, ou à imagem da instituição hospitalar na qual houve erro. Ainda é preciso salientar o abalo de um paciente que pode contribuir para perpetuar seu sofrimento.

Portanto, cresceram os debates acerca dos chamados erros médicos, ausência de coberturas dos planos de saúde, ausência de fornecimento de medicamentos por parte dos Entes Federativos, precariedade do Sistema Único de Saúde (SUS), como também sobre a falta de condições de trabalho dos profissionais da saúde, dentre outros. Entre essas questões debatidas no ambiente hospitalar, tem sido comum a ocorrência dos chamados “eventos adversos (EAs)”, entendidos como:

> [...] incidentes indesejáveis, porém preveníveis, que ocorrem durante a prestação do cuidado à saúde e que resultam em danos ao cliente, podendo gerar um comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou algum efeito nocivo, como doença, lesão, incapacidade, ou morte, podendo este ser de caráter físico, social e/ou psicológico (Carneiro *et al*, 2011, p. 2015).

Os fatores de risco relacionados aos eventos adversos são incalculáveis, frente a um conjunto de situações que podem ocorrer no dia a dia de um nosocômio, até mesmo em uma simples consulta entre o paciente e o profissional médico. Até mesmo condutas simples, como o compromisso da atuação profissional, podem fazer toda a diferença para o enfermo que busca uma solução para sua patologia. Afinal, é dever dos profissionais da saúde buscar melhores condições de atendimento.

Na prevenção de eventos adversos e de outras questões apontadas, destaca-se a atuação do advogado no exercício da gestão legal do risco hospitalar. Este é considerado o profissional com conhecimento técnico acerca ordenamento jurídico, que fica responsável por elaborar os regimentos a serem seguidos pelos que exerçam seus ofícios em estabelecimentos ligados à saúde. O setor jurídico é responsável por acompanhar as novas legislações específicas, visando a minimizar os possíveis eventos adversos e outras questões relacionadas às queixas e processos dos usuários. O propósito é o de garantir a excelência dos préstimos médico-hospitalares e de oferecer aos pacientes a segurança de um atendimento zeloso e de alto padrão de qualidade.

No entanto, o conjunto de processos dos usuários tende a sobrecarregar o setor jurídico das unidades hospitalares. De acordo com Carneiro *et al* (2011), estudos feitos em unidades de saúde internacionais e no Brasil têm demonstrado que grande parte desses eventos adversos poderiam ser evitados, se fosse adotado o gerenciamento legal de riscos.

Portanto, além da gestão hospitalar com base na política de humanização e do cuidado integral, cada vez mais, torna-se imprescindível a existência da gestão legal do risco no ambiente hospitalar. Para um autêntico modelo de gestão de risco, segundo esses autores, torna-se imprescindível o emprego de métodos, procedimentos, protocolos e obrigações que sejam rigorosamente cumpridos. Eles devem permitir o monitoramento dos atendimentos realizados no hospital, do mais comum ao mais complexo.

Entre as principais normas e condições a serem estabelecidas, pode-se destacar como a mais relevante aquela que contribui para elevar os padrões de qualidade no atendimento ao paciente (CARNEIRO *et al*, 2011).

A gestão legal diz respeito a uma forma de gestão do departamento jurídico dentro do hospital, baseada em estratégias e táticas, assim como na operacionalização desse processo de forma planejada, mediante rotinas internas bem estruturadas. De acordo com Tozzi & Selem (2013), esses três níveis de atividades (estratégico, tático e operacional) são pensados em função de duas modalidades de público: o interno e o externo. No ambiente hospitalar, em princípio, seria para os profissionais da saúde (interno) e para os usuários dos serviços do hospital (externo).

Nesse caso, várias ferramentas e modelos de gestão são emprestados da Administração e, até mesmo de outras áreas, na condução do processo de gestão legal. Magalhães (2014) refere-se ao departamento jurídico como um setor que apresenta interface com praticamente todos os departamentos da organização hospitalar, o que lhe atribui maior possibilidade de visão integral da estrutura e da dinâmica organizacional. Essa peculiaridade lhe atribui a possibilidade de atuar com pensamento e ação estratégica dentro do hospital. Isso pode incluir uma ação rápida frente às diversas questões que afetam a unidade e que pode envolver o acesso a uma nova legislação ou mudanças na estrutura administrativa, dentre outras.

A adoção da gestão legal pode contribuir para diminuir certas condutas dos profissionais que prestam atendimento, seguindo a orientação descrita em lei, para, por fim, gerenciarem riscos supervenientes e determinarem uma política de apreciação dos quesitos e situações que sejam prováveis de insucesso. Certo é que uma boa gestão, bem-organizada e implantada, de forma sistêmica, consegue prever e dirimir problemas que poderiam gerar consequências negativas à organização e sobretudo, aos usuários de seus serviços.

Como já é possível depreender a gestão legal envolve, entre outros, a gestão do risco, definido pela Norma Brasileira NBR ISO 31:000, como sendo as atividades coordenadas para dirigir e controlar os riscos da organização. No caso da saúde, esse gerenciamento seria utilizado como uma política interna, não só para oferecer maior estabilidade da segurança dentro do hospital em relação aos vários tipos de incidentes, mas sobretudo para garantir a segurança do usuário. De acordo com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa (2017, p. 9), “a gestão do risco está intimamente relacionada ao estabelecimento de uma cultura de segurança, que pressupõe o aprendizado com as falhas e a prevenção de novos incidentes relacionados à assistência à saúde”. Nesse caso, a meta da gestão de risco em ambiente hospitalar consiste na prevenção de agravos e incidentes que naturalmente são imensuráveis.

Para que se alcance a tal sonhada prevenção, é preciso que os médicos, enfermeiros, administradores se conscientizem do papel das regras estrategicamente planejadas, de modo a evitar que eventos danosos e adversos podem ocorrer. De acordo com Brandão, Brito & Barros (2018), a identificação dos riscos é importante para se fazer a prevenção de eventos adversos e impedir que o usuário sofra algum dano. Trata-se, portanto, de um modo para se garantir um atendimento mais humanizado e seguro.

Podem-se acrescentar a isso outras finalidades, tais como a prevenção de incidentes em vários tipos de ambientes hospitalares; a maior segurança ao profissional da saúde (médicos, enfermeiros, técnicos, farmacêuticos, dentistas) no exercício de suas funções; a redução da judicialização da saúde, decorrente, principalmente, do denominado "erro médico"; a imprescindibilidade da atuação do profissional advogado, devidamente qualificado, dentre outros já sinalizados.

O gerenciamento de riscos, segundo Balestrin (2003), implica ações de mapeamento e controle dos fluxos das diversas ações desenvolvidas dentro da unidade hospitalar. Envolve, ainda, a construção de uma cultura de compartilhamento de responsabilidades e cooperação entre equipes, além de maior proximidade desses profissionais com os usuários. Nesse tipo de esforço, todos saem ganhando, sejam o hospital, as equipes de médicos, enfermagem e demais funcionários, mas principalmente os usuários.

O gerenciamento de riscos, além de evitar erros e prejuízos (morais, físicos, financeiros), serve para oferecer serviços médico-hospitalares de alto nível. Balestrin (2003) também destaca a importância em consolidar o uso de protocolos a serem rigorosamente seguidos, no sentido de favorecer o rastreamento das diversas formas de atendimento realizado, desde as mais simples até as mais complexas, inclusive aquelas relacionadas à segurança do paciente.

A segurança do paciente, nesse caso, implica a redução do risco de danos causados pelos serviços da assistência à saúde no ambiente hospitalar. Em função da grande ocorrência de incidentes relacionados com a assistência, foi criado em 2013, o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), com o objetivo de "promover e apoiar a implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente em diferentes áreas da atenção, organização e gestão de serviços de saúde, por meio da implantação da gestão de risco e de Núcleos de Segurança do Paciente nos estabelecimentos de saúde".

Por derradeiro e diante de todas as considerações esposadas, é possível concluir que as atividades relacionadas à área da saúde devem ser exercidas com extrema responsabilidade, lisura e zelo, especificamente, no que tange à obediência e observação das políticas de gestão de saúde, a fim de garantir a incolumidade (física e mental) do paciente e reduzir ou até mesmo extinguir a ocorrência de eventos adversos.

Como fechamento, reforça-se que a gestão legal do risco não é um "apêndice burocrático" do hospital, mas parte do próprio cuidado, porque organiza decisões, melhora rastreabilidade, qualifica comunicação e reduz incentivos ao litígio. A partir desse ponto, o Capítulo 6 aprofunda o elemento mais sensível, e mais tradicionalmente decisivo, para prevenir conflitos: a relação médico-paciente, especialmente sob a ótica da humanização, do consentimento informado e da comunicação clínica.

Portanto, à luz de todas as considerações, o capítulo em questão permitiu evidenciar e discutir sobre o momento que propiciou a deflagração das políticas internacionais, que passaram a tratar a saúde de forma holística e como um direito fundamental do ser humano no planeta, visando a minimizar as grandes desigualdades sociais. Ao mesmo tempo, foi possível deduzir que não se trata de apenas pensar e praticar o usufruto desse direito à saúde, com base no princípio da igualde. As diferenças humanas, sociais e culturais que se manifestam em diversos contextos territoriais, assim como entre grupos específicos, exige que pensemos no princípio da equidade, assim como de sua participação no processo de assistência.

Também foi possível deduzir que as políticas de humanização são mais bem compreendidas quando se associam ao conceito do "cuidar", que envolve a integralidade dos diversos aspectos humanos, portanto não só biológicos. Implicam também atitudes de natureza holística, que se traduzem em ações compartilhadas e dialogadas, tanto para aprender, como para tomar decisões coletivas.

Intimamente ligado à consideração anterior, aparece a necessidade de uma gestão hospitalar de caráter mais sistêmico, ou seja, capaz de envolver a participação dos profissionais e usuários de forma interativa, potencializada para ser mais criativa em soluções inovadoras relacionadas aos modos de cuidar e novas formas de organizar o trabalho.

Nesse contexto de mudanças para um novo modelo mais humanizados, foi possível discutir o papel fundamental que o gerenciamento legal de risco pode exercer no processo de gestão do hospital, em função de sua capacidade de se conectar com todo ambiente hospitalar.

Nesse processo, todos os setores existentes no hospital, da presidência ao porteiro, devem exercer um papel estratégico na minimização dos incidentes e eventos adversos.

Assim, o presente trabalho também possui o escopo de alertar e elucidar que o processo de implantação de um sistema de qualidade para hospitais, clínicas e laboratórios, deve ser compreendido como um método contínuo e permanente, sempre buscando a excelência na prestação de serviços e diminuição dos infortúnios.

Diante de todo o exposto, é possível concluir que a ausência ou a gestão precária dos riscos hospitalares certamente culminará em inúmeros prejuízos e transtornos, podendo, inclusive, determinar a falência da instituição, pois a negligência quanto à administração dos possíveis riscos é um atestado para o declínio.

## 6. A RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE COMO PILAR PARA A PREVENÇÃO DE LITÍGIOS

Este capítulo examina a relação médico-paciente como campo jurídico, ético e comunicacional de prevenção de litígios. A análise parte do pressuposto de que a mitigação da judicialização da saúde, principalmente àquela relativa ao seio da relação médico-paciente, pode ser alcançada por intermédio de mecanismos e instrumentos que priorizem a qualificação do encontro terapêutico, a humanização da assistência, a gestão legal do risco e a construção de respostas institucionais capazes de preservar a dignidade do paciente e a segurança do profissional médico.

A crescente judicialização da saúde tem conduzido parte significativa dos debates jurídicos para aspectos relacionados ao financiamento das políticas públicas, ao acesso a medicamentos e à responsabilidade civil dos profissionais da saúde. Entretanto, por trás de inúmeros conflitos que alcançam o Poder Judiciário, encontra-se um elemento, que não raras às vezes, é negligenciado: a qualidade da relação estabelecida entre médico e paciente. Conforme observam Caprara e Rodrigues (2004), a relação terapêutica não constitui mero instrumento operacional destinado à execução de procedimentos clínicos, mas representa

espaço de construção de confiança, compartilhamento de informações e formação de expectativas acerca do tratamento. Quando essa relação se fragiliza, aumentam as possibilidades de incompreensão, insatisfação e, consequentemente, de judicialização.

Ao longo das últimas décadas, a prática médica passou por profundas transformações decorrentes dos avanços tecnológicos, da ampliação das especialidades e da crescente complexidade dos sistemas de saúde. Segundo Campos e Fígaro (2021), a racionalização dos serviços assistenciais produziu alterações significativas na forma de interação entre profissionais e pacientes. Consultas mais rápidas, protocolos rígidos e inoperantes de atendimento e aumento da demanda assistencial reduziram os espaços tradicionalmente destinados à escuta clínica. Nesse cenário, a comunicação terapêutica passou a disputar espaço com exigências administrativas, metas de produtividade e limitações estruturais dos serviços de saúde.

Nesse processo, e apesar das transformações supramencionadas, a confiança é o pilar que fornece sustentação à relação médico-paciente, sendo, assim, um atributo intrínseco aos sujeitos que participam desse vínculo. Caprara *et al.* (1999) destacam que o vínculo de confiança sempre constituiu elemento estruturante da prática médica, funcionando como mecanismo capaz de reduzir inseguranças e facilitar a adesão terapêutica. O paciente busca atendimento em condição de vulnerabilidade física ou emocional, depositando no profissional expectativas relacionadas não apenas à cura, mas também ao acolhimento e à orientação. Quando a confiança é preservada, mesmo resultados clínicos desfavoráveis tendem a ser compreendidos dentro dos limites da ciência médica. Em contrapartida, sua ruptura frequentemente desencadeia conflitos que ultrapassam o campo assistencial.

Essa realidade torna-se ainda mais evidente diante do crescimento da autonomia dos pacientes. Conforme analisam Santos *et al.* (2025), o modelo paternalista que historicamente caracterizou a medicina vem sendo gradualmente substituído por relações mais horizontais e participativas. O paciente, na atualidade, possui amplo acesso à informação, acompanha debates sobre tratamentos e reivindica participação ativa nas decisões relacionadas ao próprio corpo. Essa transformação representa avanço significativo para a efetivação da dignidade humana, mas exige dos profissionais novas competências comunicacionais e relacionais.

A ampliação da autonomia, entretanto, não elimina as assimetrias existentes na relação médico-paciente. Cunha Júnior (2022) observa que o conhecimento técnico permanece concentrado nas mãos do profissional de saúde, criando diferenças estruturais de poder que

influenciam diretamente o processo decisório. O desafio contemporâneo consiste justamente em compatibilizar a autoridade científica do médico com o direito do paciente de compreender, questionar e participar das escolhas terapêuticas. A ausência desse equilíbrio, por outro lado, gera sentimentos de exclusão e desconfiança que podem contribuir para a formação de litígios futuros.

Nesse contexto, a comunicação assume papel que ultrapassa a mera transmissão de informações clínicas. Segundo Ferreira *et al.* (2019), comunicar-se adequadamente significa construir espaços de escuta, interpretar expectativas, identificar angústias e traduzir conhecimentos técnicos para uma linguagem acessível. O sucesso terapêutico não depende exclusivamente da correção da conduta médica adotada, mas também da forma como essa conduta é explicada, compreendida e compartilhada com o paciente. A deficiência comunicacional figura entre os fatores mais associados aos conflitos que posteriormente se convertem em demandas judiciais.

Com efeito, a prevenção dos litígios em saúde encontra fundamento relevante justamente na qualidade dessa comunicação. Diversas controvérsias submetidas ao Poder Judiciário não decorrem necessariamente de erro médico propriamente dito, consubstanciado na atecnia do profissional, mas da percepção de abandono, indiferença ou insuficiência informacional. Conforme observam Oliveira, Collet e Vieira (2006), pacientes tendem a avaliar a assistência recebida pela forma como foram tratados ao longo do percurso terapêutico, não se restringindo aos resultados clínicos alcançados. O sentimento de acolhimento exerce influência substancial sobre a satisfação do usuário e sobre sua disposição em resolver eventuais divergências por vias não litigiosas.

Em complemento, a humanização da assistência surge, nesse cenário, como importante estratégia de prevenção de conflitos. Deslandes (2004) sustenta que a humanização, além de envolver a própria a cordialidade no atendimento, também deve considerar a reorganização das práticas assistenciais a partir do reconhecimento do paciente como sujeito de direitos. Isso significa considerar suas necessidades emocionais, culturais e sociais, além dos aspectos estritamente biológicos relacionados à doença. A construção de uma assistência centrada na pessoa fortalece o vínculo terapêutico e reduz a probabilidade de ruptura da confiança.

De forma semelhante, Penia e Oselame (2015) ressaltam que a humanização contribui para a qualificação da experiência do paciente dentro dos serviços de saúde. Ambientes acolhedores, profissionais capacitados para comunicação empática e valorização da

singularidade dos indivíduos favorecem a formação de relações mais sólidas entre usuários e equipes assistenciais. Essa aproximação cria condições mais favoráveis para resolução consensual de divergências e diminui a tendência de transferência dos conflitos para a esfera judicial.

A participação do paciente nas decisões clínicas também desempenha função relevante na mitigação da litigiosidade. Silva, Sá e Miranda (2013) aduzem que a valorização da autonomia exige compartilhamento de informações e construção conjunta das estratégias terapêuticas. Quando o paciente compreende os riscos, benefícios e limitações do tratamento proposto, desenvolve expectativas mais realistas acerca dos possíveis resultados. A decisão deixa de ser percebida como imposição unilateral e passa a representar escolha construída mediante diálogo entre as partes envolvidas.

Essa perspectiva dialoga diretamente com a importância do consentimento livre, esclarecido e informado. Embora frequentemente tratado sob enfoque jurídico, o consentimento possui dimensão relacional que ultrapassa a simples assinatura de documentos. Conforme sustentam Caprara e Rodrigues (2004), informar adequadamente o paciente constitui ato de respeito à sua condição de sujeito autônomo. O consentimento somente cumpre sua finalidade quando resulta de processo comunicacional efetivo, capaz de garantir compreensão real das informações transmitidas.

Além dos fatores alinhavados, a prevenção de litígios também se relaciona com capacidade dos serviços de saúde de lidar adequadamente com situações de conflito. Andrade e Andrade (2017) observam que mecanismos de mediação sanitária podem contribuir significativamente para redução da judicialização, especialmente quando utilizados antes da instauração de processos judiciais. O diálogo estruturado entre pacientes, profissionais e gestores permite esclarecimento de dúvidas, correção de falhas comunicacionais e construção de soluções consensuais compatíveis com as necessidades de todos os envolvidos.

Outro aspecto relevante refere-se à incorporação de modelos integrativos de cuidado. Otani e Barros (2011) defendem que a assistência em saúde não deve permanecer limitada ao paradigma biomédico tradicional, centrado exclusivamente na doença. A valorização das dimensões subjetivas do adoecimento favorece compreensão mais ampla das necessidades dos pacientes e fortalece o vínculo terapêutico. Quanto maior a percepção de integralidade do cuidado, menores tendem a ser os níveis de insatisfação associados à assistência recebida.

Sob a perspectiva social, a equidade desempenha papel essencial na construção de relações terapêuticas mais estáveis. Segundo Corgozinho e Oliveira (2016), o reconhecimento das diferentes condições sociais e individuais dos pacientes constitui exigência ética inerente à assistência em saúde. Tratamentos padronizados que desconsideram contextos específicos podem produzir sentimentos de injustiça e exclusão. A percepção de tratamento desigual frequentemente se transforma em fator de desgaste da relação médico-paciente e contribui para ampliação da litigiosidade.

As reflexões de Faustino (2017) reforçam essa compreensão ao evidenciar que grupos historicamente vulnerabilizados podem experimentar barreiras adicionais no acesso aos serviços de saúde. A ausência de sensibilidade às desigualdades sociais, econômicas e culturais interfere diretamente na qualidade da assistência prestada. A construção de relações terapêuticas fundamentadas no respeito às diferenças fortalece a legitimidade do cuidado e reduz potenciais fontes de conflito.

De outro norte, os próprios profissionais de saúde também se encontram submetidos a pressões que repercutem sobre a qualidade das relações assistenciais. Machado *et al*. (2023) demonstram que a sobrecarga de trabalho, a escassez de recursos humanos e as condições adversas de exercício profissional afetam significativamente a capacidade de manutenção de vínculos terapêuticos consistentes. À luz dessas circunstâncias, é cediço que a prevenção de litígios depende, igualmente, de condições organizacionais que permitam aos profissionais exercer a medicina com segurança, tempo adequado e suporte institucional.

As transformações tecnológicas recentes introduziram novos desafios para a relação médico-paciente. Medeiros *et al*. (2020) analisam que a expansão da telemedicina ampliou o acesso aos serviços de saúde, mas também modificou as formas tradicionais de comunicação clínica. Em ambientes virtuais, a materialização da confiança no vínculo estabelecido entre paciente e profissional exige desenvolvimento de novas habilidades relacionais e adaptação dos modelos de atendimento. A utilização adequada dessas ferramentas pode fortalecer a assistência, todavia, se a sua implementação ocorrer de forma inadequada, há a possibilidade de ampliação dos distanciamentos já existentes.

Conforme discorrido no capítulo anterior, a experiência da pandemia de Covid-19 evidenciou, de forma contundente, a importância dos aspectos relacionais da assistência médica. Araújo e Lins-Kusterer (2021) demonstram que a crise sanitária ampliou vulnerabilidades previamente existentes e revelou o papel central da comunicação terapêutica

em situações de crise. Mesmo diante de limitações estruturais severas, profissionais que conseguiram preservar espaços de diálogo e acolhimento contribuíram para manutenção da confiança dos pacientes e familiares.

É sabido que a judicialização da saúde, como um todo, é analisada a partir de seus efeitos econômicos, administrativos e processuais. Porém, a observação dos conflitos concretos revela que muitos deles possuem origem em falhas relacionais que poderiam ser prevenidas por meio do fortalecimento da comunicação, da autonomia e da humanização da assistência. A relação médico-paciente constitui espaço privilegiado de construção da confiança social na medicina e nos sistemas de saúde. Quando essa relação é valorizada, amplia-se a capacidade de resolução consensual dos conflitos e reduz-se a necessidade de transferência das controvérsias para o Poder Judiciário.

A consolidação de uma assistência orientada pela escuta qualificada, pelo compartilhamento das decisões, pelo respeito à autonomia e pela valorização da dignidade humana representa um dos caminhos mais promissores para enfrentamento da crescente litigiosidade em saúde. A prevenção dos conflitos não depende exclusivamente de reformas legislativas ou da criação de novos mecanismos processuais. Ela começa no encontro entre médico e paciente, no modo como a informação é transmitida, na qualidade do vínculo construído e na confiança que sustenta a relação terapêutica.

A partir dessa ideia, o capítulo passa a examinar a relação médico-paciente em cinco planos complementares. Inicialmente, são delimitados seus fundamentos jurídicos e deontológicos, com especial atenção ao Código de Defesa do Consumidor, ao Código de Ética Médica e ao dever de informação. Em seguida, analisa-se a crise comunicacional e a deterioração da confiança na medicina atual. Na sequência, a humanização, a ética do cuidado e a cautela são examinadas como estratégias preventivas. Por fim, o consentimento informado, a documentação e os mecanismos consensuais de resolução de conflitos são tratados como instrumentos de gestão legal do risco e de mitigação da litigiosidade.

## 6.1 Fundamentos jurídicos da relação médico-paciente: Código de Defesa do Consumidor, Código de Ética Médica e dever de informação

Se os capítulos anteriores se debruçaram sobre a problemática nos planos estrutural, institucional e sistêmico, este tópico desloca o foco para o microfundamento do conflito em

saúde, consistente na qualidade da relação médico-paciente. A hipótese operacional consiste na demonstração de que onde há comunicação, confiança, registro e documentação adequados, há menos litígio, e, quando o conflito surge, há melhores condições de solução proporcional e segura.

Antes do exame mais aprofundado sobre os aspectos que influenciam a boa e tradicional prática médica, é importante delinear os fatores legais que norteiam a relação médico-paciente.

Nesse contexto, a incidência do Código de Defesa do Consumidor (CDC) sobre a relação médico-paciente, em especial sobre a atividade médica, deve ser examinada com equilíbrio. De um lado, o regime consumerista pode elevar os padrões de informação, transparência, segurança e qualidade da prestação assistencial. De outro, sua aplicação simplificadora pode produzir efeitos disfuncionais quando aproxima indevidamente o ato clínico de uma lógica de entrega de resultado, ignorando a natureza prudencial, probabilística e tecnicamente complexa da medicina (MONTGOMERY, 2006).

A relação médico-paciente não pode, na sua essência, ser resumida, pura e simplesmente, em um contrato de consumo. Na realidade, trata-se de relação jurídica complexa, dotada de dimensão ética, técnica, fiduciária, comunicacional e bioética. Contudo, quando presentes os elementos próprios da relação de consumo, tais como o consumidor, o fornecedor, o serviço remunerado e a inserção no mercado, o Código de Defesa do Consumidor pode incidir sobre a prestação de serviços médicos, hospitalares, laboratoriais e assistenciais.

O instrumento legislativo em questão define a figura do consumidor como aquele que adquire ou utiliza produto ou serviço como destinatário final, e a figura do fornecedor como a pessoa física ou jurídica que desenvolve atividade de prestação de serviços, e o serviço consiste em qualquer atividade fornecida no mercado de consumo mediante remuneração (BRASIL, 1990).

Quanto a responsabilidade dos profissionais liberais, incluindo-se nesses os médicos, a fonte legislativa supramencionada, em seu artigo 14, § 4º, preserva expressamente a apuração da responsabilidade pessoal mediante a verificação de culpa.

Essas premissas normativas, todavia, não autorizam a conclusão de que toda relação médico-paciente seja, automaticamente e em qualquer circunstância, relação médico-consumidor. A assistência prestada no âmbito público, as situações de urgência e

emergência, a atuação profissional em contexto institucional não remunerado diretamente pelo paciente e os serviços prestados no âmbito do Sistema Único de Saúde exigem análise jurídica própria. Mesmo na esfera privada, o enquadramento consumerista não esgota o significado ético da relação terapêutica, nem transforma o paciente em consumidor comum de produto padronizado.

A relevância do CDC para a medicina decorre, sobretudo, do reconhecimento da vulnerabilidade do paciente. No campo da saúde, a vulnerabilidade assume dimensão ampliada, pois envolve sofrimento físico ou psíquico, assimetria informacional, desconhecimento técnico, medo, urgência decisória, dependência institucional e expectativa de cuidado. Nesse sentido, a proteção consumerista merece ser compreendida como reforço normativo dos deveres de informação, boa-fé, segurança, transparência e qualidade da prestação assistencial, afastando-se, por outro lado, a interpretação, até mesmo equivocada, de que a incidência da norma atrairia uma lógica mercantil para a medicina (MARQUES; BENJAMIN; MIRAGEM, 2019).

O dever de informação constitui o principal elo entre Direito do Consumidor, Direito Médico e Bioética, pois o artigo 6º do CDC assegura ao consumidor informação adequada e clara sobre os serviços, inclusive quanto aos riscos que apresentem; o artigo 14, por sua vez, trata da responsabilidade por defeitos relativos à prestação do serviço e por informações insuficientes ou inadequadas sobre sua fruição e riscos (BRASIL, 1990). Na medicina, essa diretriz impõe que a análise jurídica vai além do resultado clínico, alcançando, ainda, a qualidade do processo assistencial, consubstanciado na comunicação, no consentimento, no registro, na continuidade do cuidado, na coordenação interprofissional e na gestão de incidentes.

É precisamente nesse ponto que se deve distinguir a responsabilidade do profissional liberal da responsabilidade institucional. O profissional médico responderá quando demonstrada conduta culposa (negligência, imprudência ou imperícia), além do dano e do nexo causal. Essa regra preserva o núcleo clássico da responsabilidade médica e impede que a incerteza inerente ao cuidado seja convertida, sem mediação dogmática, em inadimplemento automático (KFOURI NETO, 2013; CAVALIERI FILHO, 2026).

Por sua vez, a responsabilidade hospitalar (institucional) possui contornos distintos, que podem ser aferidos através dos fundamentos expostos pelo Superior Tribunal de Justiça, no julgamento do Recurso Especial (REsp) nº 1.704.511/RS. Naquela oportunidade, o referido

órgão judiciário decidiu que a responsabilidade objetiva do hospital, como prestador de serviço, limita-se aos serviços próprios do estabelecimento, como estrutura, hotelaria, enfermagem, equipamentos, exames e organização assistencial. Quando o dano alegado decorre de ato técnico-profissional do médico, a responsabilização do nosocômio passa, imprescindivelmente, pela comprovação da culpa do agente vinculado, salvo hipóteses de defeito próprio do serviço ou falha organizacional autônoma (STJ, 2019).

Essa distinção é essencial para evitar dois equívocos: (i) tratar toda prestação médica como produto com garantia de resultado, convertendo incerteza clínica em inadimplemento; (ii) supor que a responsabilidade subjetiva do médico imuniza hospitais, clínicas e demais instituições em relação a falhas próprias de organização, segurança, informação, registro, fluxo, continuidade assistencial e gestão do risco. O CDC, nesse ponto, pode funcionar como norma de qualificação do processo assistencial, e não como mecanismo de punição automática.

Em regra, a atividade médica configura obrigação de meio, compreendida no fato de que o médico não promete cura, melhora plena, ausência de complicações ou eliminação integral de riscos. Compromete-se, isto sim, a empregar diligência técnica, prudência clínica, atualização científica, respeito ético, informação adequada e registro compatível com a complexidade do caso. A medicina lida com variabilidade biológica, incerteza diagnóstica, comorbidades, adesão do paciente, limites institucionais, resposta orgânica individual e riscos inerentes aos procedimentos. Por isso, erro médico, evento adverso, complicação inevitável e insucesso terapêutico não são categorias equivalentes (KFOURI NETO, 2013; MONTGOMERY, 2006; INSTITUTE OF MEDICINE, 2000).

O erro médico pressupõe conduta tecnicamente inadequada, culposa ou contrária ao padrão profissional exigível. O evento adverso corresponde a ocorrência indesejada relacionada ao cuidado, que pode ou não decorrer de falha. A complicação inevitável pode ocorrer mesmo diante de conduta adequada, especialmente em procedimentos invasivos, pacientes graves ou quadros de elevada complexidade. O insucesso terapêutico, por seu turno, não indica necessariamente erro, pois a medicina não controla todos os determinantes e variáveis do resultado. Referida diferenciação é indispensável para que o CDC proteja o paciente sem converter a medicina em atividade ordinariamente de resultado.

Ainda nessa temática, e a título de elucidação, pertinente suscitar que a exceção mais sensível à regra se encontra na cirurgia plástica estética não reparadora. Isso porque, o STJ, ao

julgar o REsp nº 2.173.636/MT, reafirmou que, nessa modalidade, a jurisprudência e a doutrina reconhecem obrigação de resultado, sem, contudo, transformar a responsabilidade do médico cirurgião em objetiva. A responsabilidade permanece subjetiva, embora com presunção de culpa e inversão do ônus probatório em determinadas circunstâncias, mormente quando o resultado se mostra desarmonioso segundo o senso comum (STJ, 2024).

Essa peculiaridade não pode ser importada de forma automática para a Clínica Médica, para a Obstetrícia, para a Anestesiologia, para a Psiquiatria ou para outras especialidades médicas marcadas por incerteza, risco basal elevado, multimorbidade e múltiplos determinantes de desfecho. Como adverte Montgomery (2006), a medicina não opera como ciência mecânica de aplicação linear, mas como prática de julgamento clínico em ambiente de incerteza.

A clínica médica evidencia com particular nitidez os limites da lógica de resultado, porque o médico clínico lida com pacientes complexos, transições de cuidado, múltiplos profissionais, hipóteses diagnósticas sucessivas, resposta terapêutica variável e necessidade de coordenação entre atenção primária, especialistas, enfermagem, diagnóstico, farmácia e leitos. Nessa vertente, extrai-se que o risco jurídico mais frequente decorre de falhas de coordenação, como a alta sem plano claro, a ausência de reconciliação medicamentosa, a falta de registro do raciocínio clínico, a comunicação insuficiente de sinais de alarme, as lacunas no consentimento para condutas de risco e a perda de informação entre plantões.

Nessa perspectiva, o CDC deve ser compreendido menos como um instrumento de responsabilização automática e mais como parâmetro normativo de qualidade, transparência, informação e rastreabilidade da prestação assistencial. O médico clínico, ao coordenar o cuidado, também atua como gestor microjurídico do risco, não porque se reduza a burocrata da assistência, mas porque a boa clínica exige explicitar razões, incertezas, alternativas e limites. A documentação não é mero formalismo defensivo; é instrumento de continuidade assistencial, segurança do paciente, transparência e demonstração de diligência (INSTITUTE OF MEDICINE, 2000; WHO, 2021).

Paralelamente, forçoso reconhecer que o consentimento informado do paciente ocupa posição singular na prática médica, de modo que Código de Ética Médica veda ao profissional médico deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento, salvo em caso de risco iminente de morte (CFM, 2018).

A propósito, o STJ, ao julgar o REsp nº 1.848.862/RN, reiterou que o paciente tem direito de conhecer riscos, benefícios e alternativas de determinado procedimento, possibilitando manifestação livre e consciente, e destacou que a ausência de termo de consentimento dificulta a comprovação do cumprimento do dever de informação, especialmente em casos complexos (STJ, 2022). Esse precedente é particularmente útil para a tese porque demonstra que o consentimento informado é expressão jurídica da autonomia e da boa-fé objetiva, não mera formalidade documental.

Conforme amplamente debatido nos tópicos subsequentes da tese, o consentimento informado não se resume ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, ele constitui processo comunicacional contínuo, pelo qual o médico apresenta diagnóstico, prognóstico, alternativas, riscos, benefícios, incertezas e consequências da recusa em linguagem acessível e compreensível. A formalização documental é relevante para fins de prova e rastreabilidade, mas não substitui o diálogo clínico efetivo. O formulário assinado sem compreensão real pode ser juridicamente frágil; em sentido inverso, a comunicação qualificada, registrada em prontuário e acompanhada de termo individualizado, fortalece a autonomia do paciente, a segurança do profissional e a qualidade institucional do cuidado (ELWYN *et al*., 2012; CFM, 2018).

A decisão compartilhada contribui para superar a oposição simplificadora entre autonomia médica e proteção do paciente. Elwyn *et al*. (2012) propõem modelo de prática clínica em que médico e paciente deliberam a partir da integração entre evidências científicas, opções disponíveis, riscos, benefícios, preferências e contexto individual. Essa perspectiva não transfere responsabilidade técnica ao paciente, nem enfraquece a autoridade científica do médico. Pelo contrário, exige autonomia médica responsável, situada na capacidade de decidir tecnicamente e, ao mesmo tempo, tornar a decisão compreensível, justificável e rastreável.

Também por isso, a autonomia técnica do médico não pode ser confundida com discricionariedade, tendo em vista que a medicina exige julgamento clínico, prudência e interpretação contextual. Montgomery (2006) sustenta que o raciocínio médico envolve julgamento prático sob incerteza, inclusive em ambiente científico e tecnologicamente sofisticado. Tal compreensão permite afastar dois extremos, sendo o primeiro relativo à autonomia absoluta e sem prestação de contas, e, o segundo inerente à redução da medicina a prestação padronizada de resultado.

A literatura sobre segurança do paciente reforça essa conclusão, especificamente o Institute of Medicine (2000), que, por meio de relatório, consolidou uma virada importante ao tratar os erros em saúde como problemas associados a sistemas mal desenhados, e não apenas a profissionais individualmente negligentes. Na mesma direção, a Organização Mundial da Saúde, em seu Plano de Ação Global para a Segurança do Paciente 2021-2030 (*Global Patient Safety Action Plan 2021–2030*), propõe diretrizes estratégicas para eliminar danos evitáveis e melhorar a segurança do paciente em diferentes domínios da prática assistencial (WHO, 2021).

O debate em voga também foi objeto da *Agency for Healthcare Research and Quality* – AHRQ, instituto de pesquisa que tem como propósito aprimorar a qualidade, a adequação e a eficácia dos serviços de saúde, bem como o acesso a esses serviços, por meio do estabelecimento de uma ampla base de pesquisa científica e da promoção de melhorias nas práticas clínicas e do sistema de saúde, incluindo a prevenção de doenças e outras condições de saúde. As contribuições apresentadas pelo referido instituto tratam do telediagnóstico e dos checklists de raciocínio clínico. Graber, Hunte e Smith (2020) examinam as implicações do telediagnóstico para a qualidade e a segurança diagnóstica, enquanto Zwaan e Staal (2020) indicam que os checklists de raciocínio clínico podem auxiliar a redução de erro diagnóstico, embora a evidência ainda dependa de contexto, implementação e avaliação metodológica cuidadosa.

Esse conjunto de fontes demonstra que a responsabilização jurídica não pode operar por uma lógica exclusivamente culpabilizante, notadamente porque indicam que a comunicação deficiente, os registros incompletos, os fluxos mal desenhados e a ausência de protocolos ampliam o risco de eventos adversos e conflitos. A resposta jurídica, portanto, não se trata de transformar todo resultado desfavorável em responsabilidade civil, mas induzir sistemas mais seguros, comunicativos e rastreáveis (INSTITUTE OF MEDICINE, 2000; WHO, 2021; GRABER; HUNTE; SMITH, 2020; ZWAAN; STAAL, 2020).

Nesse quadro, é possível concluir que a aplicabilidade do CDC na relação médico-paciente fortalece o dever de informar, a transparência, a boa-fé, a segurança do paciente, a responsabilização institucional por falhas de processo e o respeito à dignidade da pessoa humana (MARQUES; BENJAMIN; MIRAGEM, 2019). Ademais, essa moldura também pode ser compatibilizada com a humanização como governança, intrinsecamente relacionada ao acolhimento, comunicação, consentimento, prontuário e gestão de incidentes,

de modo que tais atributos deixam o plano das boas intenções e passam a integrar padrões verificáveis de qualidade assistencial.

Já sob a ótica mercantilizante-disfuncional, conclui-se que, quando instituições, publicidade, práticas defensivas ou decisões descontextualizadas convertem incerteza clínica em inadimplemento, produz-se pressão por resultado impossível. Esse uso indevido pode estimular medicina defensiva, deteriorar a confiança, aumentar custos e deslocar a clínica para uma lógica de autoproteção. Portanto, não é preciso negar a incidência do CDC na relação médico-paciente para criticar esse desvio, porém, a resposta adequada deve ser institucional, comunicacional e preventiva.

No mais, a operacionalização dessa leitura equilibrada pode ser organizada em três eixos. O primeiro é a decisão compartilhada, que exige explicitação de alternativas, riscos e incertezas, com reconhecimento das preferências e do contexto do paciente (ELWYN *et al*., 2012). O segundo é a documentação como instrumento de cuidado e de justiça, pois prontuários adequados, registros de hipóteses diagnósticas, riscos discutidos, alternativas apresentadas e razões da escolha reduzem interpretações retrospectivas adversariais (CFM, 2018; STJ, 2022). O terceiro é a gestão institucional do risco e do conflito, por meio de ouvidoria qualificada, comissões internas, mediação em saúde, protocolos de consentimento, comunicação de incidentes e fluxos de resposta proporcionais, tempestivos e humanos (INSTITUTE OF MEDICINE, 2000; WHO, 2021).

Em suma, a aplicação do Código de Defesa do Consumidor à medicina não deve ser rejeitada em nome de uma autonomia médica absoluta, nem aplicada de forma acrítica como se a prática clínica fosse atividade ordinariamente de resultado. O instrumento legislativo referenciado pode funcionar como mecanismo de tutela informacional, equilíbrio relacional e qualificação institucional do cuidado, desde que interpretado em diálogo com a responsabilidade subjetiva do profissional liberal, a natureza prudencial da medicina, a segurança do paciente, o consentimento informado, a decisão compartilhada e a autonomia técnica do médico. Assim compreendido, o regime consumerista pode contribuir para que a autonomia profissional seja exercida com clareza, responsabilidade, rastreabilidade e suporte institucional, reduzindo conflitos e qualificando a resolução daqueles que inevitavelmente surgirem.

Em paralelo, imperioso mencionar que a análise sob a ótica consumerista não é exauriente quanto aos fatores envoltos na relação médico-paciente, em especial no que tange à

prática médica, que se submete a uma moldura deontológica própria, estruturada pelo Código de Ética Médica. É nesse segundo plano normativo que se tornam mais evidentes os deveres de zelo, prudência, sigilo, respeito à autonomia, consentimento, continuidade assistencial e documentação adequada.

A relação médico-paciente constitui um dos núcleos mais sensíveis da ética médica na atualidade, porque nela se encontram, de modo concreto, a vulnerabilidade daquele que busca cuidado, a autonomia técnica daquele que o presta, a confiança que sustenta o vínculo terapêutico e os deveres jurídicos e deontológicos que conformam a prática clínica.

O homem só existe pelo outro. Sem o próximo, a própria existência humana fica ameaçada, porque tudo o que fazemos, pensamos e almejamos, direta ou indiretamente, repercute sobre pessoas concretas, em sua dignidade, integridade e projetos de vida. Por isso, a tradição cristã sintetiza em linguagem simples uma intuição antropológica profunda: a ética se mede pela forma como tratamos o outro (“amarás o teu próximo como a ti mesmo” - Mt 22:39).

No campo da saúde, especificamente na medicina, essa premissa deixa de ser apenas máxima moral e torna-se critério operativo: o cuidado é legítimo quando preserva a pessoa do paciente como sujeito, e não como “objeto” de condutas, protocolos, rotinas ou interesses. O cuidado médico somente se legitima quando preserva o paciente como sujeito de dignidade, vontade, história e direitos, e não como objeto de protocolos, rotinas institucionais, interesses econômicos ou decisões técnicas unilateralmente impostas. Essa compreensão não afasta a importância da ciência, da tecnologia e da autonomia profissional do médico, mas exige que tais elementos sejam exercidos em favor da pessoa assistida, com prudência, respeito e responsabilidade.

Entretanto, na modernidade tardia, as ambições catalisadas pela lógica econômica, com centralidade em desempenho, consumo, produtividade e poder, reordenam prioridades e tendem a instrumentalizar relações humanas, inclusive as relações de cuidado. É nessa realidade que se tornam mais visíveis as tensões entre finalidade terapêutica, pressões organizacionais, assimetrias informacionais e interesses econômicos.

A necessidade de balizadores normativos (Código de Ética Médica, Código de Defesa do Consumidor, Estatuto da Criança e do Adolescente, Estatuto do Idoso, entre outros) cresce não porque a sociedade “evoluiu moralmente” por inércia, mas porque percebeu, com maior nitidez, que relações assimétricas, sobretudo quando atravessadas por vulnerabilidade técnica,

emocional e institucional, podem produzir danos físicos, psíquicos, econômicos e sociais. Em síntese, tais códigos funcionam como instrumentos de proteção de direitos humanos, com dupla função: (i) orientar condutas profissionais e institucionais, e (ii) oferecer parâmetros de controle quando a confiança se rompe e o conflito se instala.

Nessa moldura, o Código de Ética Médica, incorporou temas relacionados às transformações tecnológicas, comunicacionais e sociais contemporâneas, sem abandonar o zelo pelos princípios deontológicos da medicina e o respeito ao ser humano. Ao enunciar que a medicina é exercida em favor do ser humano e da coletividade e que o alvo da atenção do médico deve ser a saúde da pessoa, o Código afirma uma regra civilizatória básica: a técnica existe para a vida, e não o contrário. Logo, a medicina é definida como profissão a serviço da saúde do ser humano e da coletividade, exercida sem discriminação, tendo como alvo a saúde da pessoa, em benefício da qual o médico deve agir com máximo zelo e melhor capacidade profissional (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2018).

Essa moldura normativa permite a compreensão no sentido de que o Código de Ética Médica não se reduz a um simples instrumento corporativo de autoproteção profissional, muito menos pode ser considerado tão somente um catálogo sancionatório de vedações. Em verdade, o instrumento deve ser lido como documento deontológico, isto é, como conjunto de princípios, direitos e deveres destinados a orientar a prática médica em sua dimensão técnica, ética, relacional e social. Soares, Santos e Santos (2024), ao analisarem documentalmente o código à luz dos direitos humanos, identificam a prevalência de princípios como dignidade, autonomia, respeito à vulnerabilidade humana, integridade pessoal, benefício, prevenção de efeitos nocivos, privacidade, confidencialidade, não discriminação e não estigmatização.

A perspectiva dos autores pressupõe que a ética médica estrutura a própria qualidade da assistência, indo além da conduta individual do profissional. O código em questão reconhece que o médico se responsabiliza pessoalmente por seus atos profissionais, resultantes de relação particular de confiança e executados com diligência, competência e prudência (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2018). Assim, a gênese da responsabilidade ética pode ser materializada tanto no erro técnico grosseiro quanto na quebra dos deveres de zelo, informação, sigilo, respeito à autonomia, documentação e continuidade assistencial

Conforme debatido no capítulo 4, historicamente, a relação médico-paciente foi marcada por forte assimetria de poder e conhecimento e, de acordo com Bonissoni e Noldin

(2020), durante um longo período, a interação ética ideal atribuiu ao médico ampla autonomia sobre os tratamentos, sem considerar suficientemente a percepção do paciente sobre decisões que incidiam sobre seu corpo, sua saúde e sua vida. Segundo os autores, esse modelo paternalista foi progressivamente substituído por uma relação em que a decisão unilateral se converte em decisão compartilhada, e a decisão que antes era tomada de maneira individual pelo médico, com traços de autoritarismo, passa a adquirir contornos mais contratualizados e participativos.

Tal mudança de paradigma não afasta e tampouco elimina a assimetria técnica, porém há uma redefinição de sua função no âmago da relação estabelecida. Tavares (2008) sustenta que a consulta médica é interação complexa e multidimensional entre médico e paciente; a assimetria existe porque o médico detém conhecimento técnico necessário à solução dos problemas de saúde, contudo, essa diferença não precisa significar desequilíbrio na inter-relação. Esse ponto é crucial sob a vertente da relação médico-paciente, pois a assimetria técnica não autoriza paternalismo, opacidade decisória ou comunicação insuficiente; ao revés e na realidade, ela aumenta o dever ético de traduzir informações, esclarecer riscos e construir um vínculo pautado na confiança.

Para além desses aspectos, é pertinente destacar que a vulnerabilidade do paciente é acentuada pelo sofrimento, pelo medo, pela urgência, pela dependência do serviço de saúde e pela dificuldade de compreender linguagem técnica. Por isso, a relação médico-paciente exige uma ética da proximidade e da comunicação. Tavares (2008) identifica expectativas próprias do paciente, como atenção do médico, escuta, importância atribuída ao relato, compreensão do contexto social e condução da consulta conforme possibilidades e expectativas concretas. Quando essas expectativas são frustradas, a relação pode ser percebida como injusta, especialmente se o paciente entende que recebeu tempo insuficiente, informação inadequada ou tratamento incompatível com sua necessidade.

E no que se refere à comunicação, trata-se de um requisito tão importante que transcende até mesmo os próprios valores morais e subjetivos que envolvem a relação médico-paciente, constituindo, assim, um dever normativo específico insculpido no Código de Ética Médica. Essa proposição é facilmente percebida no referido instrumento legal, como o disposto no artigo 22, que veda ao médico deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento, salvo em caso de risco iminente de morte; no artigo 31 que veda desrespeitar o direito do paciente de decidir

livremente sobre práticas diagnósticas ou terapêuticas; e no artigo 34 veda deixar de informar diagnóstico, prognóstico, riscos e objetivos do tratamento, exceto quando a comunicação direta puder provocar dano, hipótese em que a informação deve ser feita ao representante legal (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2018).

Os dispositivos alinhavados revelam que a autonomia do paciente é um pressuposto ético da medicina e uma condição *sine qua non* para o exercício da prática clínica. Por seu turno, o médico conserva autonomia técnica para indicar meios cientificamente reconhecidos, formular hipóteses diagnósticas, definir estratégias terapêuticas e recusar práticas contrárias à ciência ou à consciência profissional. Contudo, a autonomia em voga não pode ser confundida com poder absoluto, notadamente porque o código estabelece que o profissional médico deve aceitar as escolhas do paciente relativas aos procedimentos diagnósticos e terapêuticos, desde que adequadas ao caso e reconhecidas sob a ótica da literatura médica (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2018).

Diante dessas minúcias, compreende-se a relação médico-paciente como espaço de dupla autonomia, onde profissional e paciente devem encontrar o equilíbrio entre as suas pretensões e necessidades. De um lado, há a autonomia técnica do médico, fundada em ciência, experiência, prudência, cautela, consciência profissional e dever de agir em benefício do paciente. De outro, há a autonomia existencial do paciente, baseada no direito de compreender, consentir, recusar, perguntar e participar das decisões sobre seu corpo e sua saúde. A ética médica contemporânea não elimina nenhum desses polos; busca harmonizá-los por meio de comunicação, prudência, decisão compartilhada e registro.

Por sua vez, a autonomia do paciente encontra desdobramento específico na recusa terapêutica e a Resolução CFM nº 2.232/2019 estabelece normas éticas para a recusa terapêutica e a objeção de consciência na relação médico-paciente, reconhecendo a recusa como direito do paciente, nos termos da legislação vigente, desde que observados os pressupostos de capacidade, informação e livre manifestação de vontade. Nessa senda, o CFM ressalta que a norma é expressão do respeito à dignidade humana e que o consentimento livre e esclarecido foi concebido como garantia da autonomia e da dignidade do paciente.

Isso não significa, contudo, que a vontade do paciente possa impor ao médico condutas tecnicamente inadequadas, ilícitas ou cientificamente não reconhecidas, ainda mais porque o Código de Ética Médica assegura ao médico o direito de indicar o procedimento adequado ao paciente, observadas as práticas cientificamente reconhecidas e respeitada a

legislação vigente, e também veda a prática ou indicação de atos médicos desnecessários ou proibidos pela legislação brasileira (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2018). Assim, a autonomia do paciente deve ser respeitada no campo das alternativas lícitas, proporcionais e cientificamente reconhecidas; não autoriza a exigência de condutas incompatíveis com a boa prática médica.

Exemplo clássico dessas circunstâncias está consubstanciado na Recomendação CFM nº 1/2016, a qual reforça essa interpretação ao tratar do consentimento livre e esclarecido na assistência médica. O documento recomenda que o esclarecimento seja claro, pertinente e suficiente, abrangendo justificativas, objetivos esperados, benefícios, riscos, efeitos colaterais, complicações, duração, cuidados e demais aspectos específicos do procedimento, justamente para permitir o consentimento livre e a decisão segura do paciente. Referida Recomendação também afirma que esse esclarecimento não se enquadra na prática da medicina defensiva, sobretudo porque o ato de informar não é defender-se do paciente, mas cuidar melhor dele.

Pazinatto (2019), ao analisar a relação médico-paciente na perspectiva Recomendação suscitada, sustenta que o paternalismo historicamente presente nessa relação foi enfraquecido pela evolução do princípio da autonomia, tornando necessária comunicação mais horizontal. Segundo a autora, a Recomendação atribui ao médico a responsabilidade de desenvolver relação intersubjetiva com o paciente, estabelecendo conexões mais simétricas e igualitárias, a fim de favorecer a obtenção segura do consentimento.

Firmado nesse raciocínio, é plenamente possível afirmar que o consentimento informado não pode ser resumido ou interpretado como um mero formulário burocrático ou mecanismo de blindagem ou de isenção de responsabilidade (ética-administrativa, civil ou penal) do profissional. Em verdade, a Recomendação traduz o consentimento como ato de decisão, concordância e aquiescência do paciente ou de seu representante, após informação e explicações necessárias, sob responsabilidade do médico, sobre os procedimentos diagnósticos ou terapêuticos indicados. Em termos acadêmicos, o consentimento é processo comunicacional de formação da vontade, no qual informação, compreensão, capacidade, voluntariedade e registro se integram.

Portanto, a capacidade para consentir não se confunde integralmente com a capacidade civil abstrata. Pazinatto (2019) observa que a Recomendação alhures expõe de maneira detalhada o processo de obtenção do consentimento e permite compreender que a autonomia do paciente demanda informações claras e objetivas sobre diagnóstico, prognóstico e

tratamentos indicados. Essa mesma fonte ressalta que a relação médico-paciente reclama uma análise transdisciplinar que considere a legislação brasileira, as orientações dos conselhos médicos e os princípios da bioética, afastando, dessa forma, uma interpretação simplista no sentido de que a relação estabelecida constituiria um simples contrato entre as partes.

Quanto à mercantilização, o Código de Ética Médica também impõe limites e sérias restrições, vedando tal prática porque a medicina não pode ser exercida como comércio, além de que o trabalho médico não pode ser explorado por terceiros com objetivos de lucro, finalidade política ou religiosa, e que interesses pecuniários, políticos, religiosos ou de qualquer outra ordem não podem interferir na escolha dos melhores meios de prevenção, diagnóstico ou terapia disponíveis e cientificamente comprovados no interesse do paciente ou da sociedade (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2018).

Aliás, a tecnologia, a produtividade e a lógica econômica podem, muitas vezes, deformar o encontro terapêutico quando passam a conduzir a consulta, em vez de servi-la. É bem verdade que a medicina atual ampliou possibilidades diagnósticas e terapêuticas, mas a incorporação tecnológica jamais deve substituir a anamnese, o exame físico, a escuta e o raciocínio clínico. Bonissoni e Noldin (2020) mostram que o avanço científico-tecnológico, embora tenha aumentado a capacidade de diagnóstico e tratamento, também contribuiu para a perda progressiva do caráter humanístico da medicina quando a proximidade com o paciente foi substituída pela dependência de exames e recursos técnicos.

Quando a consulta se torna apressada, protocolar, rígida, pouco comunicativa e excessivamente dependente da mediação tecnológica, o risco deixa de ser apenas biológico e passa a ser também relacional, ético e jurídico. A falha de comunicação, a ausência de alinhamento de expectativas, a insuficiência de registro e a fragilização do consentimento podem fazer com que desfechos adversos, muitas vezes inerentes à complexidade do adoecer, sejam interpretados pelo paciente e por seus familiares como abandono, desrespeito ou injustiça.

Nesse ponto, o dever de registro dos atos e recomendações médicas se torna um valioso instrumento da relação médico-paciente, até mesmo considerando as imposições do Código de Ética Médica ao não permitir ao profissional o desleixo quanto à elaboração de prontuário médico legível para cada paciente e determinar que o prontuário contenha os dados clínicos indispensáveis à boa condução do caso, preenchidos em ordem cronológica, com data, hora, assinatura e número de registro do médico no Conselho Regional de Medicina

(CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2018). Logo, o prontuário é um instrumento de continuidade assistencial, comunicação interprofissional, segurança do paciente, memória clínica e prova ética da diligência.

Em complemento, o sigilo profissional também integra o núcleo da relação médico-paciente, de forma que o artigo 73 do Código de Ética Médica proíbe a revelação de fato conhecido em virtude do exercício profissional, salvo por motivo justo, dever legal ou consentimento escrito do paciente; a regra permanece mesmo que o fato seja de conhecimento público ou o paciente tenha falecido, quando o profissional tiver que prestar depoimento como testemunha (nessa hipótese, o médico comparecerá perante a autoridade e declarará seu impedimento) e no caso de investigação de suspeita de crime, o médico estará impedido de revelar segredo que possa expor o paciente a processo penal. (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2018). Verifica-se que a proteção do sigilo fortalece a confiança, pois permite ao paciente compartilhar informações íntimas e sensíveis sem receio de exposição indevida e, em contrapartida, sem sigilo, a anamnese se empobrece; sem anamnese confiável, o diagnóstico se fragiliza; e, sem diagnóstico adequadamente construído, aumenta-se o risco assistencial e jurídico.

Outro fator de destaque no âmbito das particularidades éticas que envolvem a relação em análise, é a incidência, não raras às vezes, de abandono terapêutico por parte do médico assistente, sendo que o artigo 36 do Código de Ética Médica é claro ao dispor sobre a proibição de abandonar paciente sob cuidado médico e, caso determinadas circunstâncias prejudiquem o bom relacionamento ou o pleno desempenho profissional, autoriza a renúncia ao atendimento apenas mediante comunicação prévia, garantia de continuidade dos cuidados e fornecimento das informações necessárias ao médico sucessor (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2018). Essa regra demonstra que a relação terapêutica não pode ser vista como um aprisionamento do médico, mas também não admite ruptura irresponsável do cuidado.

Também é necessário considerar a dimensão coletiva da prática assistencial, mormente se considerado que a medicina é exercida em ambientes multiprofissionais, atravessados por fluxos, equipes, hierarquias, protocolos, transições de cuidado e decisões compartilhadas entre diferentes profissionais. Silva *et al*. (2023) destacam que a ética nas relações de trabalho em saúde envolve comunicação, resolução de problemas, cooperação, empatia e assertividade, e que a mediação pode contribuir para prevenção, gestão e resolução de conflitos na gestão clínica, médica e hospitalar.

Esse aspecto é particularmente relevante, pois como abordado em tópicos anteriores, a prevenção da judicialização da medicina, além de depender do comportamento individual do médico, também depende da própria organização institucional do cuidado. Falhas na comunicação entre equipes, perda de informação entre plantões, ausência de registro, conflitos interprofissionais e hierarquias rígidas repercutem diretamente sobre a segurança do paciente. Inclusive, nesse sentido, o Código de Ética Médica determina que o médico deve fornecer informações clínicas ao substituto ao final do turno de trabalho, retornar informações ao médico assistente quando houver procedimento especializado e orientar os auxiliares e alunos quanto ao sigilo profissional (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2018).

A análise documental de Soares, Santos e Santos (2024) ratifica que o Código de Ética Médica possui forte presença de categorias associadas à dignidade, autonomia, vulnerabilidade, integridade, privacidade e confidencialidade, mas, por outro lado, aponta limitações quanto à incorporação mais ampla de igualdade, justiça, equidade e diversidade cultural. Essa observação permite uma reflexão crítica no fato de que embora o código seja um instrumento essencial de orientação ética da prática médica, ele não esgota a complexidade social da saúde, razão pela qual deve ser interpretado em diálogo com a bioética, os direitos humanos, as políticas públicas de saúde, a segurança do paciente e a humanização da assistência.

Nesse contexto, a humanização deve ser interpretada como dimensão ética do cuidado, pois o médico que escuta, informa, registra, respeita a vontade do paciente e reconhece sua vulnerabilidade, não apenas cumpre normas deontológicas, reduz riscos, previne conflitos e fortalece a legitimidade da decisão clínica. Como indicam Bonissoni e Noldin (2020), a transformação contemporânea da relação médico-paciente fez com que, na anamnese, o relato cedesse espaço ao diálogo e, na terapêutica, a decisão unilateral se transformasse em decisão compartilhada.

Daí se extrai uma conclusão importante consubstanciada no fato de que a ética médica não é inimiga da autonomia técnica do médico; pelo contrário, é o seu fundamento de legitimidade. A autonomia clínica legítima é aquela que se exerce com base em ciência, prudência, proporcionalidade, consciência profissional, respeito à vontade do paciente, informação compreensível, sigilo, registro e responsabilidade. Quando a autonomia médica é confundida com intangibilidade, ela pode converter-se em escudo para práticas pouco

justificadas; quando é submetida de modo acrítico à expectativa do paciente, pode degenerar em medicina de consumo, sendo que o equilíbrio está na autonomia responsável.

Em vista dos assuntos abordados, conclui-se que o Código de Ética Médica estrutura a relação médico-paciente como vínculo de confiança qualificado por deveres de humanidade, urbanidade, zelo, cautela, prevenção, informação, sigilo, consentimento, continuidade e documentação. Sua função, no âmbito desta tese, é orientar práticas capazes de prevenir a formação do conflito, não apenas disciplinar a conduta médica após a infração.

Delimitados os fundamentos normativos e deontológicos da relação médico-paciente, impõe-se avançar para o plano comunicacional, no qual o dever de informar, previsto na legislação ordinária e no Código de Ética Médica, somente se realiza plenamente quando convertido em comunicação clínica efetiva, capaz de produzir compreensão, confiança e participação do paciente. Por essa razão, o tópico seguinte estuda a crise relacional da medicina na atualidade e os efeitos da comunicação deficiente na gênese e no processo de formação de conflitos judicializáveis.

## 6.2 Comunicação, confiança e crise relacional na medicina moderna

Segundo Caprara e Rodrigues (2004), a relação médico-paciente passou ao longo do tempo por uma estrutura marcada pela assimetria de poder, na qual o profissional de saúde ocupava posição de autoridade quase absoluta sobre o processo terapêutico. A medicina tradicional consolidou um modelo paternalista baseado na centralização das decisões clínicas nas mãos do médico, enquanto o paciente permanecia em condição predominantemente passiva diante do tratamento. A evolução tecnológica da medicina e a reorganização dos serviços de saúde alteraram significativamente a dinâmica da assistência e também contribuíram para o enfraquecimento da dimensão relacional presente no cuidado médico. A consulta passou, em muitos contextos, a ser conduzida sob lógica operacional acelerada, reduzindo os espaços de escuta, diálogo e construção de vínculo terapêutico.

Ao analisarem a humanização da prática médica, Caprara *et al*. (1999) observam que a crescente valorização dos exames complementares e dos protocolos técnicos alterou a centralidade da comunicação clínica dentro da assistência em saúde. O relato subjetivo do paciente frequentemente perde espaço diante da objetivação diagnóstica produzida pelas tecnologias médicas. A anamnese, tradicionalmente compreendida como instrumento

fundamental para compreensão integral do processo de adoecimento, passa a ser reduzida a procedimento técnico destinado à coleta rápida de informações clínicas. Essa transformação repercute sobre a qualidade da relação terapêutica, enfraquecendo a percepção do paciente acerca do acolhimento e da participação no processo de cuidado.

Campos e Fígaro (2021), ao examinarem a relação médico-paciente sob a perspectiva da comunicação e do trabalho em saúde, destacam que a reorganização produtivista dos serviços médicos interferiu no tempo destinado às consultas e no modo como os profissionais se relacionam com os usuários dos sistemas de saúde. Hospitais, clínicas e operadoras passaram a estruturar fluxos assistenciais baseados em metas quantitativas de atendimento, racionalização de custos e aumento da produtividade. Nesse cenário, a comunicação terapêutica sofre progressivo esvaziamento, tornando-se objetiva, fragmentada e muitas vezes insuficiente para construção de relações de confiança entre médico e paciente.

Além disso, Cunha Júnior (2022) ressalta que a relação médico-paciente permanece atravessada por estruturas simbólicas de poder que interferem na autonomia do indivíduo submetido ao cuidado médico. O conhecimento técnico especializado atribui ao médico posição de autoridade que, em determinadas circunstâncias, dificulta o estabelecimento de relações dialógicas mais horizontais. A comunicação clínica deixa de operar exclusivamente como instrumento de transmissão de informações e passa a integrar mecanismos de exercício de poder dentro da prática médica. O paciente, diante da vulnerabilidade física e emocional produzida pelo adoecimento, encontra, com certa frequência, dificuldades para questionar condutas terapêuticas ou participar ativamente das decisões relacionadas ao próprio tratamento.

Por outro lado, Santos *et al*. (2025) observam que a contemporaneidade produziu transformações relevantes na percepção social da autonomia do paciente. O acesso ampliado à informação médica por meio da internet, das plataformas digitais e das redes sociais modificou substancialmente as relações tradicionais entre médicos e usuários dos serviços de saúde. O paciente moderno chega à consulta munido de informações prévias sobre enfermidades, exames e terapias, reivindicando participação ativa nas decisões clínicas. Assim, a autoridade médica deixa de operar em lógica absoluta e passa a coexistir com maior exigência de diálogo, transparência e compartilhamento das escolhas terapêuticas.

Entretanto, a circulação massiva de conteúdos médicos em ambiente virtual também intensificou problemas relacionados à desinformação sanitária. Conforme observam Campos

e Fígaro (2021), o profissional de saúde, não raras às vezes, se depara com pacientes influenciados por conteúdos sem respaldo científico, informações fragmentadas ou interpretações equivocadas sobre doenças e tratamentos. A consulta médica incorpora, então, dimensão pedagógica voltada à reconstrução crítica das informações previamente assimiladas pelo paciente fora do ambiente clínico, de modo que a relação terapêutica passa a demandar, além da própria competência técnica intrínseca à profissão, elevada capacidade comunicacional por parte dos profissionais de saúde.

Nesse contexto, Ferreira *et al*. (2019) defendem a valorização da anamnese reflexiva como instrumento direcionada à humanização da relação médico-paciente. A escuta qualificada, o reconhecimento da subjetividade do paciente e a valorização das experiências individuais relativas ao adoecimento contribuem para o fortalecimento do vínculo terapêutico e melhoria da qualidade assistencial. De acordo com essa premissa, o atendimento médico deixa de se restringir à interpretação técnica de sintomas e exames, passando a considerar igualmente aspectos emocionais, sociais e existenciais envolvidos no processo de adoecimento. A comunicação clínica assume, assim, papel diretamente relacionado à própria efetividade do cuidado em saúde.

Além disso, Otani e Barros (2011), ao discutirem a medicina integrativa e a construção de novos modelos assistenciais, ressaltam a necessidade de superação das práticas excessivamente centradas no paradigma biomédico tradicional. A fragmentação do cuidado e a objetivação do paciente dificultam o desenvolvimento de relações terapêuticas mais humanizadas e integradas. Modelos assistenciais baseados na integralidade do cuidado passam a valorizar os aspectos biológicos da doença e os fatores subjetivos, culturais e sociais relacionados à experiência do adoecimento. A comunicação médico-paciente deixa de representar mero procedimento operacional da consulta e passa a integrar elemento constitutivo da própria prática terapêutica.

Dentre os problemas e adversidades presentes na medicina moderna, que comprometem a relação comunicacional estabelecida entre médicos e pacientes, está o aumento da judicialização da medicina, tendo em vista que tais mazelas corroboram para esse fim. Caprara e Rodrigues (2004) observam que grande parte dos conflitos envolvendo alegações de erro médico não decorre, pura e simplesmente, do equívoco técnico ou do resultado clínico adverso, mas da percepção de abandono, desinformação e ausência de acolhimento durante o atendimento. Pacientes que não compreendem adequadamente os

riscos, limites e possibilidades do tratamento tendem a desenvolver maior insatisfação diante de desfechos negativos. A insuficiência comunicacional fragiliza a confiança necessária à relação terapêutica e amplia a possibilidade de conflitos éticos e jurídicos decorrentes da assistência médica.

Outro aspecto que também contribui para a corrosão da relação comunicacional é a formação acadêmica dos profissionais da saúde, pois, de acordo com Ferreira *et al*. (2019), os currículos médicos historicamente privilegiaram conteúdos técnicos e procedimentais em detrimento do desenvolvimento de habilidades relacionadas à comunicação, escuta clínica, empatia e manejo das dimensões subjetivas do cuidado. Muitos profissionais ingressam na prática hospitalar sem preparo adequado para lidar com situações de sofrimento emocional, comunicação de diagnósticos difíceis e construção de vínculos terapêuticos duradouros. A habilidade técnica passa a ocupar posição de destaque na formação médica, enquanto competências relacionais permanecem secundarizadas.

Dessa maneira, a crise da comunicação médico-paciente resulta da convergência entre tecnificação da medicina, reorganização produtivista dos serviços de saúde, fragmentação das especialidades médicas e transformação das expectativas sociais relacionadas ao exercício profissional. Conforme sustentam Santos *et al*. (2025), a reconstrução da relação terapêutica demanda fortalecimento da autonomia do paciente, valorização da escuta clínica e recuperação da dimensão humana do cuidado em saúde. Constata-se, portanto, que a comunicação deixa de constituir habilidade periférica da prática médica e passa a integrar elemento essencial para preservação da dignidade do paciente, efetividade do tratamento e redução dos conflitos decorrentes da assistência em saúde.

Firmado nessas características, conclui-se que a superação da crise comunicacional requer uma mudança qualitativa na forma de cuidar associada à ampliação de informações transmitidas ao paciente. A comunicação clínica precisa ser integrada à humanização da assistência, à ética do cuidado e à cautela técnica, de modo que a prevenção de litígios deixe de ser uma postura meramente defensiva e passe a representar uma prática assistencial fundada na pessoa, na segurança do paciente e na responsabilidade compartilhada.

## 6.3 O médico-clínico como agente de prevenção de conflitos

Consoante estudado no tópico anterior, as consequências da crise de comunicação, além de decorrerem das escolhas individuais do médico no momento da consulta, também estão intrinsecamente relacionadas ao modo como o profissional é formado para raciocinar clinicamente, comunicar incertezas, lidar com riscos, registrar decisões e reconhecer a vulnerabilidade do paciente. Por tais motivos, impõe-se uma análise aprofundada sobre a residência em Clínica Médica como espaço institucional de formação técnica, ética, comunicacional e prudencial do médico.

O debate desenvolvido nesta tese acerca da judicialização da saúde e da medicina transcende a análise das falhas institucionais do sistema de saúde e da responsabilidade civil posteriormente discutida em juízo. Antes do processo de formação do litígio, há um espaço anterior, menos visível e, por vezes, negligenciado, compreendido como o espaço da formação médica, da maturação do raciocínio clínico, da aprendizagem comunicacional e da construção de uma cultura profissional orientada à segurança do paciente. Nesse contexto, a residência médica em Clínica Médica assume relevância ímpar, pois se situa justamente no ponto de encontro entre a prática assistencial concreta, a supervisão profissional, a formação ética, o desenvolvimento da prudência clínica e a convivência cotidiana com a incerteza diagnóstica.

De maneira geral, a residência médica constitui modalidade de ensino de pós-graduação destinada a médicos, caracterizada por treinamento em serviço, sob responsabilidade de instituições de saúde, universitárias ou não, e sob orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional, nos termos da Lei nº 6.932/1981. Essa definição normativa é pertinente para a investigação porque impede que a residência seja interpretada como mera continuidade temporal da graduação ou como simples mecanismo de provisão de mão de obra hospitalar. Em sentido jurídico e pedagógico, trata-se de formação profissional em serviço, estruturada sobre supervisão, prática progressiva, responsabilidade assistencial e aquisição de competências clínicas.

Por seu turno, a Clínica Médica ocupa posição singular nesse processo de formação médica, pois diferentemente de áreas marcadas por intervenções delimitadas ou procedimentos de resultado mais facilmente identificável, a modalidade trabalha com pacientes complexos, multimorbidades, hipóteses diagnósticas sucessivas, incerteza prognóstica, necessidade de coordenação entre diferentes serviços e acompanhamento longitudinal ou semi-longitudinal de quadros clínicos em evolução. O médico-clínico precisa

interpretar sinais, sintomas, exames, narrativas, antecedentes, riscos, limitações terapêuticas e condições institucionais, muitas vezes em situações de informação incompleta. A tomada de decisão clínica, nesse campo, dificilmente se reduz à aplicação automática de protocolo. Ela exige julgamento, cautela, revisão de hipóteses e capacidade de comunicar incertezas.

É exatamente por isso que a residência em Clínica Médica pode ser analisada, no âmbito desta tese, como uma das instâncias formativas mais relevantes para a mitigação indireta de conflitos médico-paciente. Não porque exista, na literatura consultada, prova cabal de que programas de residência reduzam ações judiciais, mas porque a formação clínica supervisionada atua sobre fatores intermediários associados à litigiosidade, tais como o erro de diagnóstico, a comunicação deficiente, a ausência de alinhamento de expectativas, a falha documental, a baixa cultura de segurança, a insegurança decisória e a prática defensiva. A literatura permite, dessa maneira, uma inferência cautelosa, consubstanciada no fato de que, quanto mais qualificada for a formação do clínico em raciocínio diagnóstico, comunicação, segurança do paciente e ética do cuidado, menores tendem a ser as vulnerabilidades assistenciais aptas a se converterem em conflito capaz de ensejar uma ação judicial.

Em que pese os fatores alinhavados, a residência em Clínica Médica não pode ser apresentada como "solução" para a judicialização da saúde, até mesmo porque, conforme discutido em capítulos anteriores, a judicialização é fenômeno complexo, derivado de falhas de acesso, insuficiências e omissões administrativas, desigualdades regionais, incorporação tecnológica, limitações orçamentárias, deficiência de protocolos, conflitos éticos, assimetrias informacionais e, em certos casos, danos concretos decorrentes da assistência. Reduzi-la à formação médica seria simplificação incompatível com a densidade e magnitude do problema.

O que se sustenta, de modo mais preciso, é que a residência médica, quando adequadamente estruturada, supervisionada e orientada por competências clínicas, éticas e comunicacionais, pode funcionar como instrumento institucional de qualificação do cuidado e, por consequência, de prevenção de parte dos conflitos.

Essa cautela é particularmente relevante quando considerada a matriz de competências do Programa de Residência Médica em Clínica Médica, aprovada pela Resolução CNRM nº 14/2021. O instrumento normativo em tela dispõe que a formação do clínico deve ser compreendida a partir de competências progressivas, e não apenas de acumulação de tempo de serviço. O sentido de uma matriz de competências é precisamente deslocar o olhar da residência como mera exposição à prática para a residência como processo formativo

orientado por resultados educacionais, habilidades clínicas, julgamento profissional, comunicação, responsabilidade e capacidade de atuar em ambientes complexos.

No contexto internacional, essa concepção é preservada à medida em que a literatura caminha no sentido de que a formação do médico-clínico está firmada, entre outras competências, no raciocínio clínico. Iyer *et al*. (2019), ao desenvolverem e avaliarem currículo de raciocínio clínico em programa de residência de Clínica Médica, partem da premissa de que os erros em medicina são frequentes e, muitas vezes, vinculados ao diagnóstico. Os autores sustentam que a educação sobre tomada de decisão cognitiva, particularmente durante a residência, quando hábitos clínicos ainda estão em formação, pode aumentar a consciência sobre vieses cognitivos, com potencial para reduzir erros diagnósticos e melhorar a segurança do paciente. No estudo, o currículo foi aplicado a 47 residentes PGY2 (*Post-Graduate Year 2*) de Clínica Médica, com sessões voltadas aos passos cognitivos do raciocínio clínico, estratégias diagnósticas, vieses, scripts de doença e metacognição. Os resultados demonstraram melhora da autopercepção em 15 domínios e aumento do desempenho em avaliação de conhecimento de 58% para 81%.

Esse achado, entretanto, não permite a conclusão de que um currículo de raciocínio clínico acarreta a redução de processos judiciais. Em verdade, a sua contribuição é mais específica e, por isso mesmo, metodologicamente mais segura, ao passo que a residência pode ser desenhada para desenvolver metacognição, consciência de vieses, ampliação de diagnósticos diferenciais e reflexão sobre o próprio raciocínio médico.

Como parte expressiva dos conflitos em responsabilidade médica envolve alegações de erro diagnóstico, atraso diagnóstico ou falha na interpretação de sinais clínicos, a formação orientada ao raciocínio clínico representa medida preventiva substancial, ainda que indireta. A prevenção do litígio, nessa perspectiva, começa antes do dano, antes da reclamação e antes do processo, ou seja, começa na capacidade do médico de reconhecer a incerteza, revisar hipóteses e justificar tecnicamente suas decisões.

A relação entre raciocínio clínico e responsabilidade médica exige, contudo, cuidado conceitual. O erro diagnóstico nem sempre decorre de culpa. A medicina opera sob incerteza, variabilidade biológica, limites de sensibilidade e especificidade dos exames, apresentações clínicas atípicas, evolução temporal dos sintomas e restrições institucionais. O raciocínio clínico qualificado não elimina o risco de erro, nem converte o médico em garantidor de diagnóstico perfeito. Sua função é reduzir a probabilidade de falhas evitáveis, aprimorar o

julgamento médico e permitir que a decisão clínica seja tecnicamente explicável, comunicável e documentada. Nesse ponto, a residência em Clínica Médica contribui por formar médicos mais preparados para lidar com a falibilidade inerente à prática médica.

Em se tratando de segurança do paciente, Zarrabi *et al*. (2020), em estudo sobre iniciativa liderada por residentes para melhorar a notificação de eventos de segurança em programa de residência de Clínica Médica, destacam que sistemas de notificação de eventos são subutilizados por residentes, apesar das recomendações dos ambientes de aprendizagem clínica. O estudo buscou identificar barreiras percebidas à notificação e implementar intervenção educacional específica. Após a intervenção, houve aumento significativo na proporção mediana de notificações de eventos por residentes de Clínica Médica, além de melhora em conhecimento, habilidades e atitudes relacionadas à notificação.

Tal estudo é particularmente importante porque permite a compreensão da residência como espaço de formação de cultura de segurança. A prevenção de eventos adversos não depende apenas de protocolos escritos ou da atuação das comissões hospitalares; depende também de que médicos em formação reconheçam condutas suscetíveis de adversidades, compreendam quase-erros, saibam notificar incidentes e percebam a notificação não como confissão de culpa, mas como instrumento de aprendizagem institucional. Quando a residência naturaliza o silêncio diante de falhas, a cultura de segurança se fragiliza. Quando ensina a identificar, comunicar e aprender com incidentes, fortalece-se a qualidade assistencial e reduz-se o risco de conflitos derivados de danos evitáveis ou de respostas institucionais inadequadas ao dano.

Com base nessa perspectiva, verifica-se que a formação médica em segurança do paciente é relevante porque desloca o olhar da culpa individual para a organização do cuidado. A responsabilização civil médica, em muitos casos, concentra-se retrospectivamente na conduta do profissional, mas a ocorrência de eventos adversos habitualmente envolve falhas sistêmicas, materializadas na comunicação entre equipes, transição de plantão, registros incompletos e apócrifos, protocolo inexistente, atraso em exame, alta sem orientação, perda de informação ou ausência de supervisão. O programa de residência em Clínica Médica, por estar inserido no cotidiano hospitalar, expõe o médico a esses pontos de vulnerabilidade. Se bem estruturado, pode ensinar o residente a enxergar a assistência como cadeia de cuidado; se mal estruturado, pode apenas reproduzir práticas inseguras já naturalizadas no serviço.

Outro eixo decisivo é o desenvolvimento de técnicas comunicacionais, porque o conhecimento de habilidades e competências direcionadas para a comunicação na relação médico-paciente é fundamental para o exercício da especialidade, de modo que a comunicação assertiva é competência clínica básica a ser aprendida, sobretudo, durante a residência médica (TENÓRIO *et al.*,2024). Essa autora promoveu estudo, de natureza quantitativa, descritiva e transversal, sendo que avaliou a percepção dos residentes por meio do instrumento "A Consulta em 7 Passos", tendo chegado à conclusão que, embora os residentes avaliassem positivamente suas habilidades, ainda havia necessidade de aprimorar momentos crítico-reflexivos sobre fenômenos subjetivos da consulta.

A despeito do estudo tratar de Medicina de Família e Comunidade, e não especificamente de Clínica Médica, sua pertinência para a problemática abordada nesta tese é fundamental. Isso porque, ambas as áreas lidam intensamente com comunicação, tomada de decisão, explicação de riscos, manejo de expectativas e compreensão da narrativa do paciente. E neste ponto, constata-se que a comunicação não é atributo meramente pessoal, nem qualidade espontânea do médico vocacionado; ela é competência clínica, passível de ensino, avaliação e aperfeiçoamento.

Para a órbita dos inúmeros fatores que influenciam a judicialização da medicina, em muitos casos, os conflites nascem precisamente da ruptura comunicacional, notadamente nos casos em que o paciente não compreende o risco, não entende a limitação terapêutica, não se sente ouvido, não participa da decisão, não sabe por que determinado exame foi ou não solicitado, não recebe explicação suficiente sobre sinais de alarme ou percebe o atendimento como indiferente. A residência, nesse contexto, pode funcionar como espaço de formação comunicacional ou, ao contrário, como ambiente de reprodução de uma comunicação apressada, fragmentada e defensiva.

Sobre comunicação durante a residência em Clínica Médica, Burke, Melvin e Ginsburg (2023), ao investigarem como residentes de Clínica Médica desenvolvem suas habilidades de comunicação, identificaram que os participantes atribuíam a maior parte desse desenvolvimento a interações não supervisionadas com pacientes, sem orientação explícita de médicos assistentes. O estudo também apontou que a observação formal pode produzir comportamento comunicacional pouco autêntico, e que o *feedback* dos preceptores nem sempre é percebido como construtivo. Em complemento, restrições de tempo levariam residentes a priorizar eficiência em detrimento da centralidade do paciente.

À luz dos fundamentos que embasaram o estudo supramencionado, infere-se que o treinamento em serviço, por si só, não garante boa comunicação e a mera exposição a pacientes não assegura aprendizagem comunicacional qualificada. Se o residente aprende majoritariamente por tentativa, erro e adaptação informal às pressões do serviço, a residência pode reforçar hábitos comunicacionais insuficientes. Aliás, o processo de formação comunicacional precisa ser explicitado, observado, avaliado e integrado à cultura institucional-hospitalar. Caso contrário, o residente aprende que ser eficiente significa falar pouco, ouvir menos, simplificar riscos, abreviar explicações e reduzir a consulta ao mínimo necessário para resolver a demanda imediata. Essa racionalidade pode até produzir ganho operacional de curto prazo, mas fragiliza a confiança e amplia riscos de conflito.

Wild *et al*. (2018) oferecem evidência no sentido de que currículos estruturados de comunicação centrada no paciente podem produzir melhoras mensuráveis. O estudo descreve a criação e avaliação de currículo multidimensional de três anos, envolvendo residentes e docentes, com treinamento em comunicação por aulas, aprendizagem experiencial, prática de habilidades, reflexão, cuidado cultural e linguisticamente apropriado e profissionalismo. Os resultados indicaram melhora em habilidades de comunicação medidas por instrumentos como a escala Calgary-Cambridge, bem como melhora em comunicação e ensino avaliados pelos residentes.

Paralelamente e a título de cautela, forçoso reconhecer que o estudo foi realizado em contexto estrangeiro e não pode ser transposto automaticamente ao Brasil. Ainda assim, demonstra que a comunicação clínica pode ser objeto de currículo longitudinal, e não apenas de orientação eventual. Para a residência em Clínica Médica, essa conclusão é relevante porque o residente participa de interações difíceis, como a comunicação de diagnóstico grave, a explicação de incerteza, a discussão de prognóstico reservado, a orientação de alta, a recusa de tratamento, a falha terapêutica, a limitação de intervenção e os conflitos familiares. Em todas essas situações, a qualidade da comunicação pode determinar se o paciente e a família compreendem a trajetória assistencial ou se interpretam o desfecho como abandono, negligência ou ocultação de informações.

Ainda na compreensão do processo comunicacional como pressuposto da construção de um elo de confiança na relação médico-paciente, as más notícias também corroboram para tal finalidade. Silva *et al*. (2026), em pesquisa-ação realizada em hospital universitário, descrevem programa de desenvolvimento de preceptores para ensino da comunicação de más

notícias na residência médica. O estudo parte da premissa de que comunicar más notícias é competência prevista nas matrizes da residência e determinante para decisões alinhadas aos valores dos pacientes e à qualidade do cuidado, embora seu ensino no local de trabalho permaneça pouco sistematizado. A pesquisa identificou "ensino de habilidades de comunicação" como categoria central, com subcategorias transversais relacionadas a aspectos geracionais, culturais, religioso-espirituais e de saúde mental; também apontou aceitação do programa e percepção de ganho de conhecimento e habilidades entre os participantes.

Más notícias mal comunicadas costumam intensificar sofrimento, desconfiança e percepção de desamparo. O problema não está apenas no conteúdo doloroso da notícia, mas no modo como ela é transmitida, muitas vezes sem privacidade, sem preparação, sem linguagem acessível, sem acolhimento, sem espaço para dúvidas, sem reconhecimento da dimensão emocional e familiar da decisão. A formação de residentes e preceptores qualificados em comunicação de más notícias, por obvio, não elimina eventos adversos muito menos evita todos os litígios, porém é capaz de reduzir um dos elementos que não raras às vezes transforma o desfecho clínico em conflito moral e jurídico: a sensação de que a informação foi negada, fragmentada, omitida ou transmitida de modo desumano.

Também integra esse debate as decisões compartilhadas, compreendidas como colaboração que combina ciência, experiência clínica e preferências das pessoas ao comparar opções ou planos para determinar decisões (ELWYN *et al*., 2025). Para o autor, o processo envolve convite explícito à participação, não abandono do paciente diante de decisões difíceis, participação de familiares e múltiplos profissionais quando necessário, elicitação de objetivos, informação confiável e deliberação sobre dúvidas, emoções, medos, prioridades e preferências.

Na residência em Clínica Médica, a decisão compartilhada possui relevância especial porque muitos casos não apresentam uma única resposta evidente. O médico-clínico muitas vezes decide entre alternativas razoáveis, ponderando benefício, risco, aderência, custo, prognóstico, vulnerabilidade social e preferências do paciente. Ensinar decisão compartilhada ao residente significa formá-lo para reconhecer que autonomia do paciente não é obstáculo à técnica médica, mas elemento de qualificação da decisão. Também significa prepará-lo para documentar o processo decisório, no sentido de demonstrar quais opções foram apresentadas, quais riscos foram discutidos, quais preferências foram consideradas, quais incertezas permaneceram e por que determinada conduta foi escolhida. Essa documentação induz à

interpretação equivocada no sentido de tratar-se de uma burocratização defensiva, porém, sob uma análise preventiva, corresponde à rastreabilidade ética da decisão.

Diante dessas peculiaridades, o processo comunicacional incidente na relação médico-paciente também pode conectar-se à prevenção da medicina defensiva. Vale e Miyazaki (2019), em estudo publicado na Revista Bioética, analisaram se médicos processados ou que conheciam colegas processados alteravam sua conduta clínica por receio de figurar como réus em ações indenizatórias por erro médico. A pesquisa foi realizada com 104 médicos de 28 especialidades e buscou promover debate sobre alteração da conduta clínica por interesse do médico em não ser processado, desvinculando a prática e a hipótese diagnóstica do paciente.

A partir desse estudo é possível distinguir duas posturas que, no plano jurídico, não podem ser confundidas: (i) a cautela clínica legítima, fundada em prudência, avaliação de risco, indicação técnica, comunicação adequada, revisão diagnóstica e registro; (ii) a medicina defensiva, marcada pela adoção de condutas motivadas predominantemente pelo medo de responsabilização, como solicitação excessiva de exames, encaminhamentos desnecessários, internações evitáveis, recusa de casos complexos ou intervenções voltadas mais à autoproteção do médico do que ao benefício proporcional do paciente.

No âmago das posturas apresentadas, a residência em Clínica Médica, se adequadamente orientada, pode formar o residente para a primeira e afastá-lo da segunda. Para tanto, precisa ensinar que prudência não significa excesso, que segurança não é sinônimo de maximalismo diagnóstico e que a boa clínica se faz por justificativa proporcional, não por acúmulo indiscriminado de condutas.

Como discorrido no teor da tese, a medicina defensiva é incompatível com a centralidade do paciente porque desloca o eixo da decisão: em vez de perguntar o que é tecnicamente indicado, proporcional, seguro e compreensível para aquele paciente, pergunta-se o que poderia proteger melhor o médico em caso de processo judicial. Esse deslocamento deteriora a relação terapêutica, aumenta custos, sobrecarrega serviços, expõe pacientes a riscos desnecessários e pode produzir novo ciclo de litigiosidade. Um paciente submetido a exames excessivos, encaminhamentos contraditórios ou condutas pouco explicadas pode se sentir mais seguro em um primeiro momento, mas também pode ser exposto a achados incidentais, ansiedade, atrasos, procedimentos inúteis e fragmentação do cuidado.

No plano legislativo, a Lei nº 6.932/1981 já vincula a residência à orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional. O residente aprende com o preceptor, além dos conteúdos técnicos, modos de raciocinar, comunicar, registrar, decidir, assumir incertezas, lidar com famílias, reconhecer limites, admitir dúvidas e responder a eventos adversos. Em contrapartida, a ausência dessa supervisão transforma a residência em aprendizagem informal de sobrevivência institucional, sendo que na outra extremidade, a presença de supervisão qualificada permite modificar casos concretos em oportunidades formativas, inclusive do ponto de vista jurídico e ético.

Sousa (2015), em dissertação sobre implementação da avaliação 360º em programa de residência em Cardiologia e Clínica Médica no Hospital Universitário Onofre Lopes, apresenta a residência médica como modalidade de pós-graduação em instituições de saúde, sob orientação de profissionais qualificados, considerada "padrão ouro" para formação do especialista. O trabalho enfatiza a avaliação integral do médico residente, incluindo autoavaliação, avaliação por pares, pacientes e equipe de saúde, justamente para preencher lacunas deixadas por avaliações exclusivamente cognitivas.

De acordo com a avaliação 360º a competência médica vai muito além do conhecimento técnico, abrangendo aspectos de natureza pessoal-subjetiva. O médico residente precisa ser avaliado também em profissionalismo, comunicação, relação com equipe, postura diante do paciente, responsabilidade, capacidade de cooperação e comportamento ético. Em matéria de judicialização da medicina, tais competências são decisivas, mormente porque muitos litígios não nascem porque o médico desconhecia determinado conteúdo científico, mas porque não explicou adequadamente a conduta, não registrou a informação essencial, não ouviu a dúvida do paciente, não articulou o cuidado com a equipe ou não percebeu que a relação terapêutica estava se rompendo. Avaliar apenas cognição é insuficiente para formar médicos hábeis à prevenção de conflitos.

Quanto ao plano acadêmico-institucional, a residência médica é amplamente reconhecida no Brasil como forma preferencial de formação de médicos especialistas, mas, por outro lado, há pouca pesquisa acadêmica sobre o tema no campo da educação médica. Isso se dá em razão dos desafios impostos, como a desigualdade na distribuição de vagas, a má remuneração da bolsa de estudos, o adoecimento de residentes, a avaliação dos programas e o fortalecimento da Comissão Nacional de Residência Médica (ABREU JUNIOR *et al*, 2026).

Se a residência médica é reconhecida como via preferencial de formação de especialistas, mas ainda há produção limitada sobre seus impactos e desafios, torna-se legítimo investigá-la sob o ângulo da prevenção de conflitos e da judicialização. A formação do especialista não deve ser analisada apenas pela quantidade de vagas ou pela expansão de programas, mas também pela qualidade da supervisão, pela cultura de segurança, pela saúde mental do residente, pela capacidade de comunicação e pela incorporação de competências ético-jurídicas. A residência em Clínica Médica é especialmente sensível a essa análise porque forma profissionais que atuarão em múltiplos pontos do sistema, muitas vezes como coordenadores de cuidado e intérpretes da complexidade clínica.

Todavia, como apontado, a residência também pode produzir adoecimento, sofrimento e reprodução de violências institucionais. Santos *et al*. (2026), ao analisarem violência, assédio e qualidade de vida na residência médica, destacam que a residência é reconhecida como o melhor modelo para formação de especialistas, mas pode expor médicos a fatores estressores como assédio, discriminação e violência, afetando a qualidade de vida. O estudo, realizado com 224 residentes de 12 programas, identificou prevalência de assédio de 51,5%, com maior percentual nas áreas cirúrgicas e presença expressiva nas áreas clínicas.

A partir desse estudo, não se deve idealizar a residência médica como espaço naturalmente humanizador, tendo em vista que embora a residência possa formar bons médicos, também pode reproduzir práticas autoritárias, sobrecarga, silêncio institucional, medo de retaliação e sofrimento psíquico. Um ambiente formativo marcado por assédio e insegurança tende a comprometer comunicação, empatia, atenção, julgamento e disponibilidade relacional. A prevenção de conflitos médico-paciente, portanto, também depende de prevenir conflitos e violências dentro da própria formação médica. Não se forma cuidado humanizado em ambiente que normaliza desumanização do residente.

Médicos em formação submetidos a exaustão, humilhação, insegurança e ausência de apoio tendem a ter menor disponibilidade para escuta, reflexão e comunicação. A prática clínica em ambiente de pressão extrema favorece atalhos cognitivos, comunicação apressada, registros incompletos e menor tolerância à dúvida. Daí por que a residência em Clínica Médica, para funcionar como instrumento de mitigação de litígios, precisa ser pensada como política institucional de formação segura, com supervisão real, avaliação adequada, espaços de *feedback*, proteção contra assédio, cultura de notificação e valorização da comunicação.

Sob a análise médico legal, especificamente no tocante ao médico-residente, Glover *et al*. (2020), em estudo sobre processos de responsabilidade civil e pagamentos de sinistros por especialidade médica nos Estados Unidos entre 2001 e 2015, partiram da constatação de que havia pouca informação disponível sobre processos envolvendo médicos residentes.

Embora se trate de contexto jurídico norte-americano, sem transposição ao Brasil, a fonte demonstra que a responsabilidade médica na residência é tema real e documentado. A atuação do residente não ocorre em zona imune à responsabilidade. Ao mesmo tempo, a responsabilidade do residente não pode ser compreendida sem considerar supervisão, ambiente de aprendizagem, delegação, complexidade do caso e organização institucional. Para a tese, o ponto central é reconhecer que a residência é momento inicial de exposição a riscos ético-jurídicos e, portanto, oportunidade privilegiada para formar hábitos de segurança, comunicação e documentação.

No Brasil, a discussão sobre judicialização e formação médica deve ser contextualizada com as demandas locais e nacionais, de modo que em Campo Grande - MS, Bernardinis *et al*. (2024), em estudo publicado na Revista Brasileira de Enfermagem, analisaram demandas judiciais por medicamentos entre julho de 2018 e junho de 2020. Foram identificados 676 processos judiciais, correspondentes a 1.006 solicitações para 284 medicamentos distintos; em 92,74% dos processos, o acesso foi concedido, sendo 88,80% em caráter de urgência. O estudo concluiu que a caracterização das demandas pode apoiar discussões sobre atualização de listas de medicamentos, protocolos clínicos, organização dos serviços, alocação de recursos e ações para reduzir a judicialização.

Esse dado não trata de residência médica, nem autoriza inferência direta sobre responsabilidade civil médica. Sua pertinência está no fato de demonstrar que Campo Grande - MS possui fenômeno documentado de judicialização sanitária, relacionado à organização de serviços, protocolos, acesso a medicamentos e alocação de recursos. Por seu turno, a Clínica Médica, enquanto área de coordenação assistencial e manejo de pacientes complexos, é atravessada por esses problemas, tais como prescrição, protocolos terapêuticos, alternativas disponíveis, acesso a exames, encaminhamentos e continuidade do cuidado. O médico-clínico não controla isoladamente o sistema, mas sua formação pode contribuir para prescrição mais racional, documentação adequada da indicação, comunicação sobre alternativas terapêuticas e compreensão dos limites institucionais.

Frison Junior e Oliveira (2025), ao dissertarem sobre a judicialização do direito à saúde em Mato Grosso do Sul, também situam a saúde como direito fundamental e apontam dificuldades estatais no atendimento tempestivo e eficiente das demandas da população. A produção local reforça que a judicialização no Estado não é fenômeno abstrato. Ela se manifesta em demandas concretas, especialmente ligadas a medicamentos, políticas públicas e acesso.

Campo Grande - MS, na órbita institucional, possui programas de residência médica em Clínica Médica em instituições relevantes. A Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - UFMS registra curso de Especialização em Residência Médica em Clínica Médica em Campo Grande, vinculado ao Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian - HUMAP. O Hospital Regional de Mato Grosso do Sul - HRMS mantém residência médica subsidiada pelo Governo do Estado e pelo projeto Pró-Residência do Ministério da Saúde, definida como modalidade de ensino destinada a médicos sob forma de especialização e caracterizada por ensino em serviço. O HRMS registrou, em 2025, oferta de 33 vagas de acesso direto, incluindo 7 vagas em Clínica Médica.

Esses registros comprovam a existência de base institucional local para a discussão, porém, não demonstram, por si, impacto da residência na judicialização. Conforme apontado, a Capital do Estado de Mato Grosso do Sul tem programas de especialização em Clínica Médica e enfrenta judicialização relevante; entretanto, a relação entre esses programas e a prevenção de litígios ainda não foi suficientemente investigada. Essa constatação permite propor que a tese ocupe um espaço original de análise: pensar o médico-clínico, especializado na residência de Clínica Médica, como agente formativo estratégico para reduzir riscos de conflito no cotidiano hospitalar.

O Conselho Nacional de Justiça também registrou a relevância da judicialização da saúde em Mato Grosso do Sul. Segundo dados mencionados pelo CNJ, nos primeiros sete meses de 2024 tramitaram 21,7 mil processos relativos à saúde na Justiça sul-mato-grossense. Esse número não pode ser confundido com processos por erro médico, tampouco com demandas contra médicos. Trata-se de processos de saúde em sentido amplo. Ainda assim, o dado reforça o ambiente institucional em que a tese se situa: a saúde tornou-se campo de intensa litigiosidade, exigindo respostas que não se limitem à via processual. Se a judicialização expressa, em parte, falhas de acesso, organização, comunicação e confiança, a formação médica não pode permanecer à margem do debate.

Nesse cenário, a residência em Clínica Médica pode contribuir por três vias, que se conectam aos fatores que podem desencadear conflitos (erro, desinformação e desorganização):

I. **Técnico-diagnóstica**: o residente aprende a construir hipóteses, reconhecer gravidade, acompanhar evolução, rever condutas, identificar sinais de alarme e decidir sob incerteza;

II. **Comunicacional**: o residente aprende, ou deveria aprender, a explicar raciocínios, riscos, limites, prognósticos e alternativas em linguagem compreensível;

III. **Institucional**: o residente participa de fluxos hospitalares, notificações, protocolos, reuniões clínicas, passagem de plantão e decisões interprofissionais.

A formação clínica, porém, não pode ser confundida com treinamento para evitar processos. Essa leitura seria reducionista e perigosa. É bem verdade que a residência não deve formar médicos medrosos, defensivos ou excessivamente burocratizados, deve formar médicos prudentes, comunicativos, tecnicamente rigorosos e capazes de reconhecer limites. A prevenção de litígios surge como consequência da qualidade do cuidado, não como finalidade isolada da formação. Em outras palavras, a residência não deve ensinar o médico a "se proteger" do paciente; deve ensiná-lo a cuidar melhor, comunicar melhor, registrar melhor e decidir melhor.

Essa distinção é substancial à medida em que a judicialização da medicina não será mitigada pela transformação do prontuário em peça defensiva, do TCLE em escudo burocrático ou da consulta em ato protocolar. Também não será reduzida pela negação da autonomia do paciente ou pela ocultação da incerteza médica. Ao contrário, a prevenção de conflitos exige formação capaz de integrar técnica, comunicação e ética. O médico clínico precisa aprender a dizer o que sabe, o que não sabe, o que está investigando, quais hipóteses considera, quais riscos existem, quais sinais exigem retorno, quais alternativas foram ponderadas e por que determinada conduta foi escolhida.

Nessa mesma linha de raciocínio, o residente precisa compreender que o prontuário vai muito além de uma exigência administrativa, ele é instrumento de continuidade

assistencial, memória clínica, comunicação entre profissionais, segurança do paciente e eventual prova da diligência. Em Clínica Médica, a importância do registro é ainda maior, porque o raciocínio diagnóstico habitualmente se constrói ao longo do tempo. Registrar apenas condutas, sem registrar hipóteses, justificativas, incertezas e orientações, empobrece a assistência e fragiliza a defesa ética e jurídica da conduta médica.

A decisão compartilhada também merece ser incorporada ao treinamento do residente clínico. Como destacam Elwyn *et al*. (2025), a decisão compartilhada significa convidar o paciente a participar do tratamento, oferecer informação confiável e inteligível, reconhecer objetivos, ouvir dúvidas e construir deliberação adequada ao contexto. Na Clínica Médica, decisões sobre internação, alta, tratamento medicamentoso, investigação diagnóstica, cuidados paliativos, limitação terapêutica e mudanças de estilo de vida dependem da compreensão do paciente e de sua adesão. A decisão imposta, ainda que tecnicamente adequada, pode gerar resistência, incompreensão e conflito, de forma que a decisão compartilhada, por outro lado, favorece corresponsabilidade e confiança.

Já sob o fator do manejo da incerteza, a formação médica tradicional, muitas vezes, valoriza respostas corretas e diagnósticos fechados, mas a prática clínica real exige convivência com probabilidades. O residente em Clínica Médica precisa aprender que nem toda incerteza é falha. Há incerteza legítima, desde que reconhecida, investigada, comunicada e acompanhada. A omissão da incerteza pode produzir expectativa artificial de segurança; quando o desfecho é desfavorável, a confiança se rompe. A comunicação prudente da incerteza, sem alarmismo, sem evasão e sem falsa segurança, é habilidade clínica e jurídica relevante.

Essa perspectiva também permite compreender a importância da preceptoria. O residente aprende observando como o preceptor comunica incerteza, reconhece erro, pede opinião, conversa com familiares, registra condutas, conduz alta, responde a reclamações e participa de discussão de caso. A preceptoria é, portanto, mais do que supervisão técnica; é formação moral e profissional. Silva *et al*. (2026), ao abordarem o desenvolvimento de preceptores para comunicação de más notícias, demonstram que o ensino no local de trabalho permanece pouco sistematizado e que há necessidade de institucionalizar programas de desenvolvimento com tempo protegido e avaliação de resultados. Essa conclusão pode ser ampliada, com cautela, para a formação em comunicação clínica como um todo.

O aprendizado por modelagem, quando não acompanhado de reflexão crítica, pode reproduzir vícios. Se o preceptor comunica mal, registra pouco, despreza dúvidas do paciente ou trata reclamações como ameaça, o residente entende que essas condutas fazem parte da cultura médica. Se, ao contrário, o preceptor reconhece a complexidade, explica, escuta, justifica, registra e acolhe, o residente aprende que humanização e técnica não são polos opostos. A residência em Clínica Médica, nesse sentido, é ambiente de transmissão de uma cultura assistencial, e essa cultura pode ser defensiva, apressada e hierárquica; ou pode ser prudente, comunicativa e orientada à segurança.

As condições estruturais do serviço também condicionam e influenciam a formação médica, até mesmo porque não se pode exigir comunicação qualificada de residentes que atuam permanentemente em sobrecarga, sem supervisão, sem tempo para discussão de casos, sem espaços adequados para comunicação familiar e sob ambiente de assédio.

A residência em Clínica Médica, como política institucional, precisa integrar três compromissos: compromisso com a competência técnica, compromisso com a segurança do paciente e compromisso com a relação terapêutica. O primeiro diz respeito ao raciocínio clínico, diagnóstico diferencial, atualização científica e manejo de complexidade. O segundo envolve notificação de eventos, análise de incidentes, protocolos, trabalho em equipe e prevenção de danos evitáveis. O terceiro inclui comunicação, escuta, decisão compartilhada, respeito à autonomia e documentação. Esses compromissos não concorrem entre si; eles se reforçam. Um médico tecnicamente competente, mas incapaz de comunicar, gera risco relacional. Um médico comunicativo, mas tecnicamente inseguro, gera risco assistencial. Um médico prudente, mas sem documentação adequada, gera risco probatório e institucional.

A literatura analisada permite afirmar, com segurança, que esses eixos são ensináveis. Iyer *et al*. (2019) demonstram que raciocínio clínico pode ser estruturado em currículo, com melhora de conhecimento e autoconfiança. Wild *et al*. (2018) afirmam que comunicação baseada no paciente pode ser trabalhada longitudinalmente em residentes e docentes, com melhora em medidas de comunicação. Zarrabi *et al*. (2020) discorrem que residentes podem ser mobilizados para melhorar notificação de eventos de segurança. Tenório *et al*. (2024) reforçam que comunicação assertiva é competência clínica básica a ser aprendida e avaliada na residência. Essas fontes não são idênticas, nem pertencem todas à Clínica Médica, mas convergem para uma conclusão prudente, que a residência é espaço formativo capaz de

desenvolver competências diretamente relacionadas à prevenção de riscos assistenciais e conflitos.

Se a judicialização da saúde e da medicina é compreendida como fenômeno ambivalente, instrumento legítimo de acesso à justiça e, ao mesmo tempo, sintoma de insuficiências administrativas, clínicas, comunicacionais e institucionais, então a resposta não pode ser exclusivamente processual. É necessário agir antes do processo, no lugar em que o conflito se forma. A residência em Clínica Médica, por formar médicos que atuarão no núcleo da assistência, pode integrar essa resposta preventiva. Ela não substitui políticas públicas, financiamento, protocolos, regulação, mediação ou gestão hospitalar; mas pode qualificar o elemento humano e técnico que executa o cuidado.

A conexão com a humanização também é evidente, uma vez que humanização corresponde ao modo de organizar a assistência a partir da dignidade, da escuta, do vínculo, da corresponsabilidade e do reconhecimento da vulnerabilidade. A residência em Clínica Médica precisa formar médicos capazes de praticar humanização em ambiente real, e não apenas reproduzir seu discurso. Isso significa aprender a reconhecer sofrimento, ouvir narrativas, explicar limites, respeitar valores, lidar com famílias, comunicar más notícias, registrar adequadamente e trabalhar em equipe. A humanização, nesse contexto, deixa de ser ideal abstrato e passa a ser competência clínica e institucional.

Da mesma forma, a residência pode atuar na prevenção da judicialização ao reduzir a distância entre ciência e experiência do paciente. Muitos conflitos nascem quando o paciente sente que sua experiência concreta foi desconsiderada. O médico sabe o diagnóstico, mas não escuta o medo; conhece o protocolo, mas não explica a razão; prescreve corretamente, mas não verifica se o paciente compreendeu; indica alta, mas não orienta sinais de alarme; decide com base técnica, mas não documenta a deliberação. A residência em Clínica Médica pode ensinar que a boa prática exige essa integração. O cuidado não é apenas decisão correta; é decisão correta, comunicada de forma compreensível, registrada adequadamente e acompanhada de responsabilidade.

No plano da responsabilidade civil médica, a análise judicial ocorre retrospectivamente, com base em prontuários, depoimentos, laudos e registros. Se o raciocínio clínico não foi documentado, a conduta pode parecer arbitrária. Se o risco não foi comunicado, o desfecho pode parecer surpresa ilegítima. Se a evolução não foi acompanhada, o agravamento pode parecer abandono. Se a comunicação foi insuficiente, a confiança se

rompe antes mesmo da perícia. A residência deve formar médicos conscientes dessa dimensão, sem reduzir a medicina a autoproteção documental.

A documentação clínica adequada é, portanto, ponto de interseção entre formação, segurança e responsabilidade. O residente precisa aprender a registrar de forma clara, objetiva e clinicamente significativa: queixa, sintoma, exame, hipóteses, plano, riscos, orientações, retorno, recusa, comunicação com familiares, discussão com equipe e justificativa das decisões. Esse registro não serve apenas ao advogado, ao juiz ou ao perito. Serve ao próprio paciente, ao próximo profissional, à equipe assistencial e ao hospital. O prontuário robusto é instrumento de continuidade e qualidade do cuidado. Sua utilidade jurídica decorre justamente de sua utilidade assistencial.

A formação do residente também deve enfrentar a relação entre judicialização e medicina defensiva. O aumento de demandas ou a percepção de risco jurídico pode levar médicos a adotar condutas de autoproteção. Vale e Miyazaki (2019) demonstram que esse fenômeno é objeto de preocupação empírica no Brasil. A resposta formativa não deve ser negar o risco jurídico, mas ensiná-lo adequadamente. O residente precisa compreender responsabilidade civil, dever de informação, consentimento, prontuário e segurança do paciente. Mas essa compreensão deve ser integrada à ética do cuidado, para que o medo do processo não substitua a finalidade terapêutica da medicina.

Em Campo Grande - MS, essa discussão ganha relevo adicional porque há, ao mesmo tempo, programas de Clínica Médica e um contexto documentado de judicialização da saúde. A UFMS/HUMAP e o HRMS aparecem como instituições vinculadas à formação em Clínica Médica, e o CNJ registra expressiva tramitação de processos de saúde no Estado. Entretanto, não foi localizado estudo que cruze essas duas dimensões. Essa ausência impede conclusões locais categóricas, mas autoriza a formulação de uma agenda de pesquisa: examinar como programas de residência em Clínica Médica podem incorporar conteúdos de comunicação, segurança do paciente, documentação e gestão legal do risco, de modo a contribuir para a redução de conflitos evitáveis.

Essa agenda se torna ainda mais relevante diante de iniciativas locais de enfrentamento da judicialização, como debates do FonaJus Itinerante em Mato Grosso do Sul e a Política Judiciária de Resolução Adequada das Demandas de Assistência à Saúde. O CNJ registra que o FonaJus Itinerante tem como objetivo implementar, em conjunto com os Comitês Estaduais de Saúde, diretrizes de resolução adequada das demandas de assistência à saúde. O foco

institucional do Poder Judiciário em mecanismos de resolução adequada reforça a tese de que a prevenção de conflitos deve ser pensada de modo interinstitucional. A residência médica não resolve a judicialização, contudo, contribui para que menos conflitos se formem por falhas evitáveis de comunicação, segurança e documentação.

A Clínica Médica é estratégica também porque o clínico frequentemente ocupa posição de articulador. Em hospitais, o clínico acompanha pacientes internados, coordena pareceres, interpreta exames, gerencia comorbidades, discute alta, orienta familiares e participa de decisões sobre continuidade do cuidado. Em ambulatórios, acompanha doenças crônicas, ajusta terapias, interpreta respostas e comunica incertezas. Em ambos os contextos, o risco de conflito aumenta quando há fragmentação, impessoalidade e ausência de explicação. O residente de Clínica Médica precisa ser formado para reconhecer que coordenar cuidado, além de solicitar pareceres ou ajustar medicações, é manter uma narrativa assistencial compreensível para paciente, família e equipe.

A residência em Clínica Médica, por isso, pode ser compreendida como espaço de aprendizagem da responsabilidade relacional. Essa expressão não pretende criar categoria jurídica nova, mas indicar que a responsabilidade médica moderna não se reduz ao ato técnico isolado. Ela envolve o modo como o médico se relaciona com a pessoa assistida, comunica riscos, registra decisões, respeita autonomia, coordena equipe e responde a intercorrências. A judicialização da medicina muitas vezes revela falha nessa dimensão relacional. A residência deve formar o médico para perceber que a relação terapêutica é parte do cuidado, não adorno externo a ele.

Evidentemente, há casos em que a judicialização é legítima e necessária, especialmente diante de dano grave, negativa de direito, negligência, imprudência ou imperícia comprovada ou falha institucional persistente. A tese não propõe impedir o acesso à justiça. O ponto é outro: muitos conflitos poderiam ser tratados antes, por melhor comunicação, maior transparência, protocolos adequados, mediação, ouvidoria, gestão de risco e formação profissional. A residência em Clínica Médica integra esse sistema preventivo porque forma médicos para atuar no início da cadeia decisória, e não apenas após o dano.

Por derradeiro, é imprescindível reconhecer os limites dos estudos ao longo da abordagem, uma vez que as pesquisas internacionais analisadas foram produzidas em contextos institucionais, jurídicos e educacionais distintos do brasileiro. Os estudos nacionais

tratam de comunicação, medicina defensiva, residência e judicialização, mas nem sempre especificamente de Clínica Médica ou de Campo Grande - MS.

Com essa cautela, a residência em Clínica Médica pode ser apresentada como componente estratégico da tese. Ela articula humanização, segurança do paciente, raciocínio clínico, comunicação e responsabilidade médica. Ao formar médicos mais aptos a lidar com incerteza, escutar pacientes, explicar riscos, registrar decisões, aprender com eventos e evitar práticas defensivas irracionais, a residência contribui para reduzir condições que favorecem a judicialização. Não se trata de atribuir ao residente a responsabilidade de resolver todos os problemas estruturais do sistema de saúde. Trata-se de reconhecer que a formação médica é uma das dimensões institucionais da prevenção de conflitos.

## 6.4 Medicina preventiva, ética do cuidado e humanização como fatores de mitigação dos impactos judiciais na prática médica

O aumento das demandas judiciais envolvendo alegações de erro médico, falhas assistenciais e insuficiência informacional intensificou a preocupação dos profissionais com os riscos jurídicos inerentes ao exercício da medicina. Nesse cenário, a medicina preventiva passou a assumir dupla dimensão: (i) prevenção de doenças e à promoção da saúde; e (ii) adoção de condutas cautelosas destinadas à redução de conflitos éticos e judiciais decorrentes da assistência médica. A prática clínica na atualidade passou a exigir, além do domínio técnico-científico, a atenção permanente às implicações jurídicas, comunicacionais e relacionais do cuidado em saúde.

Segundo Caprara e Rodrigues (2004), a fragilidade da relação médico-paciente constitui um dos fatores diretamente associados ao aumento da litigiosidade na área da saúde. Grande parte dos conflitos judiciais não decorre exclusivamente do resultado clínico adverso, mas da deterioração do vínculo terapêutico, da insuficiência comunicacional e da percepção de abandono por parte do paciente. O exercício da cautela, nessa situação, ultrapassa a dimensão puramente defensiva da medicina e passa a envolver fortalecimento da escuta clínica, ampliação do diálogo terapêutico e valorização da autonomia do indivíduo submetido ao tratamento. A comunicação adequada reduz inseguranças, melhora a compreensão dos riscos envolvidos nos procedimentos médicos e fortalece a confiança necessária ao desenvolvimento da relação terapêutica.

Além disso, Ferraz e Vieira (2009) discorrem que a crescente pressão judicial sobre os sistemas de saúde interfere diretamente na organização das práticas médicas e hospitalares. A preocupação com eventual responsabilização civil estimula, em determinados contextos, o desenvolvimento da já analisada medicina defensiva, caracterizada pela solicitação excessiva de exames, encaminhamentos desnecessários e adoção de condutas voltadas prioritariamente à autoproteção jurídica do profissional. Esse fenômeno produz repercussões substanciais sobre os custos da assistência médica, sobrecarrega os serviços de saúde e contribui para a fragmentação do cuidado clínico. O exercício legítimo da cautela não se confunde, portanto, com práticas defensivas irracionais que desvirtuam a finalidade terapêutica da medicina.

De outro norte, a cautela clínica legítima deve ser compreendida como expressão de prudência técnica, ética e relacional. Sua finalidade é ampla no sentido de qualificar o cuidado por meio da avaliação proporcional de riscos, da comunicação adequada, da escuta do paciente, da documentação do percurso assistencial e da observância de práticas compatíveis com a segurança, não multiplicar atos médicos motivados pelo receio de responsabilização. Desse modo, a prevenção de litígios deixa de ser estratégia meramente defensiva e passa a integrar a essência ética da assistência.

Nessa realidade, a prevenção de litígios depende do fortalecimento de práticas assistenciais pautadas na integralidade do cuidado e na humanização da relação médico-paciente. Conforme sustentam Oliveira, Collet e Vieira (2006), a assistência humanizada pressupõe reconhecimento do paciente como sujeito de direitos, portador de necessidades biológicas, emocionais e sociais que interferem diretamente na experiência do adoecimento. O acolhimento adequado, a construção de vínculos terapêuticos consistentes e a valorização da subjetividade do paciente contribuem para a redução de conflitos decorrentes da assistência em saúde, pois, como estudado, a judicialização, em sua principal incidência, encontra terreno fértil em ambientes marcados por desinformação, distanciamento relacional e ausência de diálogo efetivo.

Essa compreensão conduz ao reconhecimento de que a humanização não é prática acessória ou mecanismo meramente administrativo de melhoria da imagem dos serviços de saúde. Deslandes (2004), ao examinar os discursos sobre humanização da assistência hospitalar, sustenta que se trata de reconfiguração das relações estabelecidas no interior do cuidado hospitalar, envolvendo reconhecimento da dignidade do paciente, reorganização dos processos assistenciais e valorização da comunicação interpessoal. A lógica excessivamente

burocrática e tecnicista da assistência em saúde produz distanciamentos que fragilizam a relação terapêutica e ampliam os espaços de conflito entre usuários e profissionais.

Ainda nesse caminho, Oliveira, Collet e Vieira (2006) destacam que a humanização da assistência pressupõe compreensão ampliada das necessidades do paciente, considerando os aspectos biológicos do adoecimento e as suas dimensões emocionais, sociais e subjetivas. O indivíduo submetido ao tratamento hospitalar se encontra em condição de vulnerabilidade física e psicológica, circunstância que demanda práticas assistenciais pautadas na escuta qualificada, no acolhimento e na preservação da autonomia. A falta desses elementos repercute sobre a percepção de qualidade do atendimento e contribui para a insatisfação relacionada à experiência hospitalar.

No âmago da judicialização da medicina, a essência dos conflitos que pairam a relação médico-paciente não decorre exclusivamente de erros técnicos comprovados. Em inúmeras situações, os litígios partem da deterioração progressiva da relação entre paciente e equipe assistencial. Penia e Oselame (2015), ao analisarem a humanização da assistência hospitalar, afirmam que pacientes que percebem acolhimento, disponibilidade comunicacional e respeito às suas necessidades tendem a desenvolver maior confiança na condução terapêutica, inclusive diante de intercorrências clínicas ou desfechos desfavoráveis. Em contrapartida, a percepção de negligência relacional, muitas vezes, alimenta sentimentos de desamparo e injustiça que posteriormente se convertem em demandas judiciais.

Nessa linha de pensamento, a ética do cuidado aprofunda essa dimensão humanizadora ao demonstrar que a prevenção do conflito não depende tão somente da execução correta de protocolos, mas da forma como o paciente é reconhecido em sua singularidade. Corgozinho e Oliveira (2016) sustentam que a dimensão ética do cuidado exige reconhecimento das particularidades dos indivíduos e consideração das desigualdades concretas que permeiam as experiências de adoecimento. O cuidado, nessa perspectiva, não se restringe ao tratamento da doença; envolve compreensão da vulnerabilidade, das expectativas, dos medos e das condições materiais que atravessam a experiência de quem busca assistência.

Nogueira e Pires (2004) dissertam que o direito à saúde não pode ser compreendido apenas como acesso a procedimentos, medicamentos ou serviços, mas também como garantia de relações assistenciais compatíveis com a condição humana dos pacientes. A efetivação desse direito pressupõe reconhecimento das necessidades emocionais, sociais e culturais que acompanham os processos de adoecimento, tratamento e recuperação. O cuidado deixa de

representar mera execução de protocolos clínicos para assumir dimensão relacional mais ampla.

Sob essa perspectiva, a comunicação ocupa papel estruturante na construção do cuidado humanizado e, à luz dessa vertente, Caprara *et al*. (1999) destacam que a relação médico-paciente é constituída essencialmente por processos comunicacionais, sendo a linguagem o principal instrumento de mediação entre o conhecimento técnico do profissional e a experiência subjetiva do paciente. A forma como as informações são transmitidas influencia a compreensão do tratamento, a adesão terapêutica e a percepção de qualidade da assistência recebida. Nota-se, assim, que a comunicação não constitui elemento integrante do próprio processo terapêutico, não mera etapa acessória do atendimento.

Outro fator relevante para a mitigação dos impactos judiciais da prática médica, está consubstanciado na qualificação da comunicação clínica. Ferreira *et al*. (2019), ao abordarem a anamnese reflexiva como instrumento de humanização, ressaltam que a escuta qualificada fortalece a compreensão integral do paciente e amplia a segurança do processo terapêutico. O ato médico deixa de se restringir à prescrição técnica de procedimentos e medicamentos, incorporando igualmente o dever de informar de maneira clara, acessível e adequada. Pacientes devidamente esclarecidos acerca dos riscos, limitações e possibilidades do tratamento tendem a desenvolver maior confiança na conduta profissional adotada, mesmo diante de desfechos clínicos desfavoráveis.

Ademais, a comunicação qualificada somente se realiza plenamente quando acompanhada de escuta ativa. Informar é necessário, mas não suficiente; é preciso compreender o que o paciente entendeu, quais expectativas construiu, quais receios manifesta e quais valores orientam sua decisão. Conforme Ferreira *et al*. (2019), ouvir o paciente vai muito além da coleta de informações clínicas necessárias ao diagnóstico. Trata-se de compreender narrativas, interpretar medos, identificar expectativas e reconhecer aspectos subjetivos frequentemente invisíveis nos exames laboratoriais e de imagem. A escuta qualificada permite ao profissional médico acessar dimensões do sofrimento que não se manifestam por meio de sinais biológicos, fortalecendo a individualização do cuidado e ampliando a compreensão do contexto vivenciado pelo paciente.

Essa valorização da escuta adquire especial relevância diante das transformações observadas nos sistemas de saúde contemporâneos. Campos e Fígaro (2021) observam que a crescente racionalização dos serviços assistenciais produziu consultas mais rápidas, aumento

da burocratização e intensificação da pressão por produtividade. Em muitos contextos, o tempo destinado ao diálogo foi progressivamente reduzido, favorecendo modelos de atendimento fundados na resolução imediata das demandas clínicas. A diminuição dos espaços de escuta contribui para o enfraquecimento dos vínculos terapêuticos e para a ampliação da sensação de distanciamento experimentada pelos pacientes.

Por isso, a mitigação dos impactos judiciais na prática médica depende não apenas da conduta individual do profissional, mas igualmente das condições estruturais presentes nos ambientes hospitalares e ambulatoriais. Consultas rápidas, sobrecarga assistencial, metas quantitativas de atendimento e precarização das condições de trabalho interferem diretamente na capacidade comunicacional dos profissionais e ampliam a possibilidade de falhas informacionais. A prevenção de litígios exige, dessa forma, tanto responsabilidade clínica individual quanto organização institucional favorável à escuta, ao diálogo e à continuidade assistencial.

Complementando os aspectos que corroboram para o processo litigioso, também está a formação médica, pois segundo Caprara *et al*. (1999), o ensino médico ao longo da história privilegiou conteúdos técnicos e procedimentais em detrimento do desenvolvimento de competências comunicacionais, éticas e relacionais. Muitos profissionais ingressam na prática clínica sem preparo adequado para lidar com situações de sofrimento emocional, manejo de conflitos e comunicação de diagnósticos complexos. A prevenção da judicialização reclama formação técnica de excelência associada à construção de habilidades relacionadas à escuta clínica, à empatia e ao diálogo terapêutico.

E no tocante ao vínculo terapêutico, a confiança constitui um dos elementos nucleares da ética do cuidado, eis que segundo Caprara e Rodrigues (2004), o elo de confiabilidade estabelecido entre médico e paciente funciona como importante mecanismo de estabilidade das relações assistenciais. A confiança reduz incertezas, facilita a comunicação e permite que decisões clínicas complexas sejam construídas em ambiente de maior cooperação. Mesmo diante de resultados desfavoráveis ou intercorrências terapêuticas, pacientes que mantêm vínculo sólido com seus profissionais tendem a interpretar os acontecimentos de maneira menos conflituosa.

A edificação desse vínculo exige disponibilidade relacional por parte dos profissionais de saúde. Oliveira, Collet e Vieira (2006) ressaltam que a humanização da assistência envolve reconhecimento do paciente como sujeito singular, portador de histórias, valores e

necessidades próprias. A padronização excessiva do cuidado frequentemente dificulta essa aproximação, transformando o indivíduo em mero portador de determinada enfermidade, e o fortalecimento do vínculo terapêutico pressupõe justamente a superação dessa lógica reducionista.

Não obstante as premissas supramencionadas, a ética do cuidado encontra estreita relação com o princípio da autonomia. Silva, Sá e Miranda (2013) frisam que a humanização em saúde não se limita ao acolhimento emocional, mas envolve igualmente o reconhecimento da capacidade do paciente de participar das decisões relacionadas ao próprio tratamento. O compartilhamento das escolhas terapêuticas fortalece a confiança e reduz percepções de imposição ou exclusão do processo decisório. A autonomia, nesse sentido, passa a operar como instrumento de valorização da dignidade humana.

Em contrapartida, a comunicação adequada constitui requisito indispensável para concretização dessa autonomia, principalmente porque não há falar em decisão livre quando as informações são transmitidas de forma incompleta, excessivamente técnica ou inacessível ao paciente. Cunha Júnior (2022) observa que as assimetrias de conhecimento presentes na relação médico-paciente exigem esforço permanente de tradução e esclarecimento por parte dos profissionais. A compreensão efetiva das informações recebidas permite ao paciente participar de maneira mais consciente das decisões relacionadas à sua saúde.

Frisa-se, por oportuno, que a ética do cuidado também se manifesta por meio da capacidade de lidar adequadamente com situações difíceis. Ribeiro *et al.* (2021), ao analisarem a comunicação de más notícias, destacam que momentos de sofrimento intenso exigem habilidades comunicacionais específicas. Diagnósticos graves, agravamentos clínicos e limitações terapêuticas demandam abordagens pautadas na sensibilidade, na clareza e no respeito à condição emocional do paciente e de seus familiares. A forma como essas informações são transmitidas influencia diretamente a confiança depositada nos profissionais e nas instituições.

Já sob a ótica institucional, a humanização da assistência hospitalar está intrinsecamente relacionada ao princípio da equidade sanitária. Corgozinho e Oliveira (2016) sustentam que a equidade constitui parâmetro ético indispensável para organização das práticas em saúde, exigindo reconhecimento das desigualdades concretas que atravessam o acesso aos serviços assistenciais. A assistência humanizada demanda sensibilidade às condições sociais, econômicas e culturais dos pacientes, afastando modelos padronizados

incapazes de contemplar as diferentes experiências de vulnerabilidade presentes no sistema de saúde. A percepção de discriminação, invisibilidade ou tratamento desigual frequentemente intensifica a judicialização, especialmente entre grupos historicamente marginalizados.

Nesse aspecto, Faustino (2017) chama atenção para as desigualdades raciais presentes na assistência em saúde, particularmente no que se refere ao acesso da população negra aos serviços hospitalares e às políticas públicas sanitárias. A ausência de abordagens sensíveis às especificidades étnico-raciais reproduz mecanismos históricos de exclusão e compromete a efetividade do direito à saúde. O tratamento humanizado pressupõe reconhecimento das diferenças sociais que interferem na experiência do adoecimento e na relação estabelecida entre profissionais e pacientes. A invisibilização dessas desigualdades contribui para agravamento da sensação de injustiça e fortalece processos de litigiosidade sanitária.

Na mesma direção, Faz-Ver e Rosaneli (2020) observam que as desigualdades existentes no acesso à saúde não se manifestam apenas por meio da disponibilidade de recursos materiais. Barreiras comunicacionais, culturais e sociais também interferem na qualidade da assistência recebida. A ética do cuidado exige atenção a essas dimensões, reconhecendo que a efetividade do tratamento depende igualmente da capacidade de compreender o contexto em que vive o paciente.

A gestão do risco assistencial também integra esse processo, desde que compreendida como instrumento de segurança do paciente e não como simples mecanismo administrativo de autoproteção institucional. Conforme apontado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária, a identificação precoce de riscos, a notificação de incidentes e a implementação de protocolos de segurança contribuem para a diminuição de eventos adversos relacionados à assistência médica. A prevenção de danos evitáveis fortalece a qualidade do cuidado prestado e reduz a ocorrência de conflitos decorrentes de falhas assistenciais. O gerenciamento adequado dos riscos hospitalares deixa de operar apenas na esfera administrativa e passa a integrar mecanismo de proteção do próprio direito à saúde (ANVISA, 2025).

As transformações tecnológicas verificadas nas últimas décadas introduziram novos desafios para a comunicação em saúde. Medeiros *et al*. (2020) ressaltam que a expansão da telemedicina ampliou o acesso aos serviços assistenciais, mas alterou significativamente as formas tradicionais de interação entre profissionais e pacientes. A construção de vínculos terapêuticos em ambientes virtuais exige adaptação das estratégias comunicacionais e desenvolvimento de novas competências relacionais. Corrêa, Zaganelli e Gonçalves (2020)

destacam que os atendimentos remotos não eliminam a necessidade de acolhimento, escuta e comunicação clara. Pelo contrário, a ausência do contato presencial torna ainda mais importante o desenvolvimento de habilidades capazes de preservar a confiança e a proximidade terapêutica. A tecnologia pode ampliar o acesso ao cuidado, mas não substitui os elementos humanos que sustentam a relação assistencial.

Sob uma perspectiva comunicacional mais ampla, Campos e Fígaro (2021) propõem abordagem relevante para a compreensão da relação médico-paciente a partir das contribuições das Ciências da Comunicação. Os autores sustentam que muitas dificuldades observadas na assistência decorrem de limitações comunicacionais que comprometem a construção do entendimento mútuo entre médico e paciente. Nessa perspectiva, a consulta médica deixa de ser compreendida como simples ato de transmissão de informações técnicas e passa a ser entendida como espaço de interação humana, no qual sentidos, expectativas, experiências e interpretações são permanentemente negociados.

Ao aproximarem conceitos da Teoria da Ação Comunicativa, dos estudos de recepção e da Ergologia do contexto da assistência médica, Campos e Fígaro (2021) evidenciam que a qualidade da relação terapêutica depende da capacidade de construção de um ambiente comunicacional baseado no reconhecimento recíproco e na participação ativa dos envolvidos. Quando a relação médico-paciente é estruturada sobre bases comunicacionais sólidas, torna-se mais fácil administrar divergências, esclarecer expectativas e construir soluções consensuais para eventuais conflitos. Assim, o fortalecimento das competências comunicacionais dos profissionais de saúde não representa apenas medida de qualificação da assistência, mas também estratégia relevante para redução da litigiosidade e fortalecimento de práticas humanizadas de cuidado.

Ademais, a pandemia de Covid-19 evidenciou de maneira contundente essa realidade. Araújo e Lins-Kusterer (2021) demonstram que a crise sanitária ampliou vulnerabilidades e tornou mais evidente a importância da comunicação para manutenção da confiança entre pacientes e profissionais. Em meio ao medo, à incerteza e ao isolamento, a escuta e o acolhimento assumiram papel fundamental na preservação da dignidade dos indivíduos submetidos ao tratamento.

A partir dessa articulação, torna-se possível compreender que a prevenção de litígios não decorre de um elemento isolado, mas da integração entre prudência clínica, cuidado humanizado, comunicação acessível, escuta qualificada, vínculo terapêutico e registro

adequado. Quando esses elementos atuam de forma coordenada, reduzem-se incompreensões, alinham-se expectativas e ampliam-se as possibilidades de resolução não adversarial dos conflitos.

Portanto, a ética do cuidado e a comunicação humanizada constituem elementos indissociáveis da prática médica contemporânea, considerando que a escuta ativa, a construção de vínculos terapêuticos sólidos e o reconhecimento da autonomia dos pacientes fortalecem a qualidade da assistência e contribuem para a redução dos conflitos que frequentemente culminam em demandas judiciais. A prevenção da litigiosidade em saúde não depende exclusivamente de mecanismos processuais ou normativos, mas também da capacidade de construir relações terapêuticas baseadas na confiança, no diálogo e no respeito à condição humana daqueles que buscam cuidado em momentos de vulnerabilidade.

Se a humanização e a ética do cuidado qualificam o encontro terapêutico, o consentimento informado e a documentação clínica constituem sua tradução jurídico-probatória. A comunicação, a escuta e o acolhimento necessitam ser acompanhados de registros adequados, hábeis a demonstrar o percurso decisório, as informações transmitidas, os riscos esclarecidos e a participação do paciente. Por isso, o tópico seguinte examina o consentimento informado, o prontuário e a responsabilidade civil como instrumentos de proteção do paciente, segurança profissional e prevenção de litígios.

## 6.5 Consentimento, documentação e responsabilidade civil

A medicina, desde os primórdios, teve como principal foco a preservação e o reestabelecimento da vida e da saúde daqueles que dela necessitam, motivo pelo qual essa ciência busca incessantemente a prevenção e cura das mais diversas enfermidades que emergem no seio social. Outrossim, não se considera demais afirmar que todos os cidadãos foram ou algum dia serão atendidos por um profissional médico hábil a prestar-lhe o atendimento adequado após a realização do devido diagnóstico, inferência capaz de demonstrar a importância dos cuidados com a saúde para toda sociedade. Além disso, também são aptos a demonstrar o porquê de o Direito à Saúde ser consagrado no ordenamento jurídico brasileiro como um dos Direitos Fundamentais previstos no rol da Constituição Federal de 1988.

Atualmente, a relação do médico com o paciente sob sua responsabilidade difere daquela verificada há algum tempo. Mudanças de comportamentos sociais, facilitação do acesso à informação, bem como desenvolvimento de novos tratamentos, surgimento de novas moléstias, novas comunidades e sociedades pautadas por valores e princípios antagônicos além do número exacerbado de faculdades de medicina, dentre outros, culminaram na mudança de postura entre profissional e paciente.

Nesse contexto, houve aumento exponencial do número de casos no Poder Judiciário em detrimento dos profissionais médicos, envolvendo, principalmente, indenizações cíveis em virtude do famigerado erro médico. Via de consequência, tornou-se corriqueiro na sociedade o debate acerca de assuntos inerentes às condutas destes profissionais durante o exercício de suas respectivas especialidades, e, dentre estes assuntos, emerge o descumprimento do dever de informar o paciente de forma clara e exaustiva a respeito de eventual procedimento ou tratamento de saúde.

Referido dever de informar é consolidado por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, para o qual, nesta tese, foi adotada a sigla TCLE, documento de utilização obrigatória. Nesse sentido, o TCLE, se analisado à luz da Carta Magna leva à conclusão de que se trata de documento hábil a ratificar a licitude dos atos médicos, motivo pelo qual merece ampla atenção por parte da academia brasileira.

Mostra-se salutar definir, ainda que de forma breve e não exaustiva, o conceito de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), para que então se possa realizar a sua análise sob um enfoque constitucional. O também denominado Consentimento Informado pode ser compreendido como uma espécie de composição formal celebrada entre o médico e paciente, a fim de obter a permissão deste último para que seja realizado determinado procedimento ou tratamento de sua saúde, levando-se em consideração todas as informações necessárias para que a decisão seja tomada de forma diligente e segura.

Tais informações fazem parte do dever de informar e podem ser formalizadas por meio do TCLE, especialmente em procedimentos invasivos, complexos ou dotados de riscos graves. Todavia, o consentimento informado não se resume ao documento, sua compreensão vai além do aspecto documental probatório, pertencendo ao processo comunicacional contínuo, formado por informação adequada, compreensão, voluntariedade, capacidade decisória e registro. A assinatura do termo, isoladamente, não supre a ausência de diálogo

efetivo; por outro lado, a comunicação clara, individualizada e documentada fortalece a autonomia do paciente e a segurança do profissional.

Para que ocorra qualquer intervenção na saúde do paciente, é indispensável a sua anuência consciente para qual é necessária capacidade de firmá-lo. Presentes tais requisitos, na ótica do profissional médico, resta caracterizada a atipicidade de eventual fato que futuramente possa ensejar demanda judicial. Assim, o consentimento é primordial para que os atos médicos sejam considerados válidos e lícitos, tendo em vista que simboliza a autonomia do paciente em exercer seu direito de escolha.

O TCLE é materializado em uma espécie de documento solene, elaborado de forma escrita, visando a evitar quaisquer dúvidas acerca das informações nele contidas, com indicação clara e objetiva de que foram, de fato, repassadas ao paciente. Contudo, apesar do Termo ser escrito e documentado, as informações prestadas pelo profissional, em um primeiro momento, devem ser repassadas oralmente, ou seja, mediante consulta com o paciente no ambiente hospitalar, ambulatorial ou até mesmo clínica particular, o que pressupõe o diálogo incessante no exercício do ofício (MINOSSI, 2011).

Na contemporaneidade, o consentimento informado detém caráter imprescindível para a medicina, tratando-se de dever do profissional médico em obter o consentimento de seu paciente, que possui o pleno direito de exercer seu poder de escolha entre autorizar ou não específico procedimento ou tratamento de saúde (ROBERTO, 2012).

O consentimento informado está fundamentado no princípio da autonomia da vontade do paciente, levando-se em consideração que a ausência da anuência sobre determinada intervenção médica, provavelmente acarretará diversos infortúnios aos profissionais da saúde, eis que o desrespeito à vontade do paciente é ato gravíssimo e susceptível de punição pelos Conselhos Profissionais, devendo ser firmado em conjunto ao diálogo prévio, o que culmina no caminho da comunicação humana.

O ser humano é um ser gregário e desta característica emerge a comunicação, que é uma questão essencialmente social, e é por meio desta que interage com os seus pares, criando vínculos familiares, de amizade, de trabalho, por vezes temporários ou que se estendem ao longo do tempo. Todavia, comunicar-se não é sinônimo de ser compreendido.

A inteligência desta afirmação é de extrema importância na área da saúde, especificamente na medicina, já que nem todos aqueles que se socorrem do profissional têm capacidade ou discernimento para compreender alguns aspectos. A exemplo disso citam-se os

termos técnicos, que são corriqueiros para o profissional e, quando utilizados em um diálogo permeado de sentimentos como medo, ansiedade e expectativa, podem acarretar uma falha no processo de comunicação, que, via de regra, é levada ao Poder Judiciário na forma de processo litigioso.

Com efeito, o TCLE deve preencher alguns requisitos para que seja considerado válido e repercuta os efeitos jurídicos esperados. O primeiro deles consiste na capacidade de consentir, consubstanciada na manifestação de vontade do paciente consolidada após a devida exposição das informações pelo profissional, com vistas a que este realize determinada intervenção ou tratamento na saúde física ou mental daquele. No entanto, para que a manifestação de vontade do paciente tenha eficácia, é essencial que o consentimento seja prestado por pessoa capaz, em pleno gozo de suas faculdades mentais, pois a capacidade é requisito hábil a proporcionar aos cidadãos a realização de atos da vida civil.

Nessa senda, a capacidade para consentir do paciente ou de seu representante legal nas hipóteses em que aquele não possa prestá-lo, é elemento basilar para embasar os procedimentos médicos e, por consequência, dar validade e licitude aos atos praticados pelos profissionais da saúde, os protegendo de possível demanda judicial.

O segundo requisito a ser respeitado é a declaração consciente de vontade do paciente. Essa vontade é soberana e deve ser levada em consideração, não podendo haver quaisquer tipos de manipulações ou vícios em sua expressão, visando a demonstrar clara e exatamente as razões e sentimentos pessoais do paciente sobre o procedimento a ser realizado nos moldes das informações que lhe foram repassadas. Esta declaração abarca inúmeras questões da relação médico-paciente, não se restringindo às limitações dos atos do profissional da saúde, mas, inclusive, as cautelas que o paciente deve ter no pré e pós-operatório e até mesmo outros assuntos propícios ao procedimento a que o paciente está sendo submetido.

Frisa-se ser de grande relevância que a expressão de vontade do paciente constante do termo em análise, seja, em regra, na forma escrita, no intuito de que se torne evidente. A forma escrita é lastreada na gestão de riscos, cujo propósito é resguardar o médico e o paciente, garantindo, dessa forma, proteção ao sigilo da informação prestada e delimitando os atos a serem praticados pelo profissional.

Já o terceiro e último requisito a ser observado diz respeito à licitude do objeto, no sentido de que o profissional médico não pode submeter o paciente a tratamento experimental que não seja devidamente autorizado pela Agência Nacional de Saúde e Agência Nacional de

Vigilância Sanitária. Isso é válido mesmo que o paciente tenha consentido, pois, em se tratando de procedimentos que não tenham eficiência técnica declarada pelos órgãos reguladores, estes são considerados tratamentos ilícitos, invasivos e extremamente prejudiciais à saúde, em razão de não possuírem eficácia comprovada.

O tratamento experimental é caracterizado pela incerteza de seus efeitos e viabilidade, pois tais elementos são discutíveis no campo da literatura médica, de forma que não há absoluto conhecimento acerca dos riscos e consequências que referido tratamento possa acarretar ao paciente. Logo, o profissional que submeter algum paciente a esse tipo de procedimento ou tratamento, mesmo que com o devido consentimento, indubitavelmente estará cometendo um ato ilícito pois, em que pese a anuência, esta será declarada nula e o profissional poderá ser responsabilizado nas esferas administrativa, cível e criminal.

Portanto, o objeto do consentimento do paciente deve ser a informação a respeito de um procedimento ou tratamento de saúde considerado lícito e devidamente regulamentado pelo ordenamento jurídico pátrio, visto que o princípio da legalidade não autoriza a realização de atos, por si só, considerados ilícitos.

Para além dos requisitos supramencionados, também se apresenta pertinente a análise integrada do TCLE com a Constituição Federal, cujo objetivo volta-se a evidenciar a importância de seu uso constante nos procedimentos de saúde, sobretudo porque a ausência deste documento pode suscitar o desrespeito à autonomia do paciente e à direitos fundamentais, gerando consequências negativas tanto para o profissional quanto para o paciente, consequências estas que podem ser evitadas ou, ao menos, mitigadas acaso for de conhecimento do profissional.

O primeiro contato que o paciente tem com o profissional da saúde já pode ser considerado uma forma de consentimento, tendo em vista que anuiu que fosse submetido a uma espécie de consulta com o profissional, a qual certamente ocorrerá de forma oral. A respeito disso, o escólio doutrinário abaixo:

> O consentimento informado deve ser expresso de forma escrita, preferencialmente. Quando verbal, recomenda-se que seja testemunhado. Quanto mais complexo ou arriscado o ato, maiores cuidados deverão ser adotados, para se documentar a aquiescência do paciente. (Kfouri Neto, 2002, p. 300).

Baseado nessas premissas, o profissional da saúde, especialmente o médico, ao dar início à consulta com o paciente deve ter algumas precauções, evitando a utilização de

palavras de difícil assimilação e compreensão. Isso implica evitar, portanto, o uso contínuo e reiterado de termos técnicos, na busca constante de elucidar o tratamento ou procedimento a ser ministrado da melhor forma possível, visando a garantir a plena compreensão pelo paciente. Em complemento, o paciente deve ter a plena convicção e conhecimento de todas as etapas do procedimento a que será submetido, livre de dúvidas, tendo ciência e consciência daquilo que terá que se sujeitar.

Por conseguinte, é indispensável que o profissional tenha a percepção do grau de instrução de seu paciente, bem como daqueles que o acompanham na consulta, devendo ser levados em consideração o nível de escolaridade, nacionalidade, nível de cultura, além de outros elementos que auxiliam no fornecimento das informações de forma clara e na compreensão destas informações. Dessa forma, o profissional deve fazer tudo aquilo que está ao seu alcance para proporcionar a plena compreensão dessas informações a fim de que sejam assimiladas com o tratamento a ser proposto.

Na hipótese de tratar-se de paciente estrangeiro que não esteja apto a entender o idioma do país, o português, o profissional deve propiciar que as informações referentes ao tratamento sejam transferidas a algum parente próximo que possua o conhecimento da língua ou, sendo necessário, disponha de um intérprete para interceder na relação.

Independentemente de o fornecimento das informações pelo profissional ao paciente terem sido realizadas na forma oral, o consentimento escrito deve sempre ser obtido. Se assim o for, o profissional estará resguardado caso futuramente surjam dúvidas acerca da vontade emanada pelo paciente, precaução que contribui em grande monta para proteger o profissional de pesadas indenizações cominadas pela justiça, decorrentes de demandas judiciais.

O consentimento escrito é a forma mais eficiente e segura de se obter o registro da vontade do paciente, levando-se em consideração que as informações, em um primeiro momento, são repassadas de forma oral pelo profissional e, posteriormente, transcritas por inteiro no termo de consentimento informado.

As informações prestadas pelo profissional devem ser obrigatoriamente reduzidas a termo, lido e após a devida compreensão pelo paciente, assinado, sendo que o profissional deve atentar-se para repassar estas informações com detalhes de procedimentos, riscos, resultados, dentre outros. Por isso, quanto mais completo e informativo for o documento, mais seguro e válido será, resguardando tanto o profissional quanto o paciente. Nesse sentido e em termos práticos, a literatura discorre que:

> A prova do consentimento pode acarretar dificuldades. Ao juiz é dada ampla liberdade de apreciá-la e grande latitude para decidir. A informação prestada pelo médico deve ser inteligível e leal. Tanto a informação quanto o consentimento devem ser escritos, individualizados e testemunhados. A adoção de formulários é difícil, dadas as peculiaridades de cada caso. De qualquer modo, não podem suscitar a menor dúvida. (Kfouri Neto, 2013, p. 211).

Não obstante a necessidade de elaboração do Termo de Consentimento Informado de maneira completa e detalhada, certo é que, infelizmente, na maioria dos estabelecimentos de saúde, público ou privado, esse documento é feito de forma esdrúxula. Isso se justifica considerando que são elaborados de forma padronizada e incompleta, não recebendo a atenção devida por parte das institucionais e profissionais, que acreditam que o documento representa mera formalidade, e não algo imprescindível para a prática da medicina.

Em vista disso e como alertado, o consentimento informado não é um documento simples, que requer apenas a assinatura do paciente para ter validade. Determinados requisitos devem ser preenchidos, como o diálogo inicial, esclarecimentos, informação e o mais relevante, o termo deve alcançar as especificidades do quadro clínico do paciente, não podendo ser pré-elaborado ou já estar finalizado antes mesmo que a consulta referente ao tratamento ocorra junto o paciente, sendo vedado ao profissional tal prática.

Dos requisitos alinhavados, destaca-se o conteúdo do documento, de modo que o Termo de Consentimento Informado deve conter, imprescindivelmente, informações do quadro clínico do paciente, seu diagnóstico e prognóstico, além de outras informações relevantes que possam influir no tratamento de saúde daquele. Isso busca garantir as devidas precauções de que todas as informações foram prestadas, compreendidas e aceitas pelo paciente.

Não é demais afirmar que o elemento fundamental do Termo de Consentimento Informado é a informação clara, precisa e objetiva, pois o dever do profissional médico é transferir todas as informações ao paciente sobre o tratamento, a fim de proporcionar a plena convicção e compreensão deste em expressar sua vontade sobre o procedimento a que será submetido.

Assim, o Termo de Consentimento Informado deve possuir em seu bojo todos os benefícios e consequências decorrentes do tratamento, além de indicar quais são os efeitos colaterais possíveis, se ocasionará dores ou sequelas, profilaxia da patologia e os

medicamentos que o paciente deverá ministrar. Todas essas informações devem ser ostensivas e claras, no intuito de proporcionar a plena compreensão por parte do paciente.

Por outro ângulo, é de suma importância destacar que a informação prestada de forma insuficiente e incompreensível torna-se nula. Portanto, é necessário que, no Termo de Consentimento Informado, constem palavras simples, elementares e compreensíveis, sendo vedada, ainda, a utilização de palavras abreviadas ou com terminologias técnicas que não sejam devidamente esclarecidas ao paciente.

Na ocorrência das hipóteses mencionadas, a jurisprudência pátria é no sentido de determinar a responsabilização do profissional ante a ausência de informações ou precariedade destas, consoante se depreende das ementas abaixo transcritas:

> CIRURGIA DE LAQUEADURA TUBÁRIA. INSUCESSO. AUSÊNCIA DE INFORMAÇÃO. OBRIGAÇÃO DE MEIO E DE RESULTADO. NÃO OBSERVÂNCIA DO DEVER DE INFORMAÇÃO. AUSÊNCIA DE TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO. INDENIZAÇÃO POR DANOS MATERIAIS DEVIDA. AGRAVO DE INSTRUMENTO CONHECIDO E IMPROVIDO À UNANIMIDADE.1. De fato, o consentimento informado, conhecido como direito à informação na relação médico-paciente, está regulamentado na Resolução nº 1081/82, do Conselho Federal de Medicina, a qual consagra que cabe ao médico o dever de comunicar ao paciente o risco específico de todo e qualquer procedimento médico-cirúrgico. 2. Ora, quando a paciente/agravada disse à médica recorrente, antes do procedimento da laqueadura, que o formulário de consentimento já estava assinado, mas havia esquecido em casa; porém que não se preocupasse, porque traria posteriormente (fl. 07), não poderia a médica recorrente ter realizada a cirurgia sem a apresentação do referido formulário, tendo, por dever ético-jurídico, ter se negado a realizar o ato cirúrgico sem apresentação desse documento. É extremamente relevante, no ponto, destacar que não se tratava de procedimento emergencial, em que se dispensa esse consentimento, ou seja, inexistia iminente perigo de vida. 3. É cediço que o dever de informar à paciente a respeito dos riscos da cirurgia, possíveis efeitos colaterais, dificuldades de sua reversão e opções de contracepção reversíveis existentes decorre de lei (art. 10 § 1º, da Lei nº 9.263/1996). Apesar disso, a recorrente responsável pelo procedimento sustentou que a recorrida teve acesso a tais informações, todavia sequer trouxe aos autos cópia dos prontuários médicos dela ou do termo de consentimento informado que aduz haver sido por ela firmado. 4. Recurso conhecido e improvido à unanimidade. (BRASIL. Tribunal de Justiça do Estado do Pará. Agravo de Instrumento n. 201230166030 PA. Agravante: Luíza Renata Pinto Bentes. Agravada: Marta Lilian Monteiro Carneiro. Relator: Desembargador Cláudio Augusto Montalvão das Neves, 22 de março de 2013).

> ERRO MÉDICO. INDENIZAÇÃO. PLANO DE SAÚDE E MÉDICO RESPONSÁVEL PELA CIRURGIA. PERÍCIA. AUSÊNCIA DE IRREGULARIDADES. DIVERGÊNCIA COM OS EXAMES PRÉVIOS. POSSIBILIDADE. A ULTRASSONOGRAFIA É APENAS SUGESTIVA DE DIAGNÓSTICO. ERRO MÉDICO E DE DIAGNÓSTICO NÃO CARACTERIZADOS. ERRO MÉDICO. INDENIZAÇÃO. AUSÊNCIA DE INFORMAÇÃO ADEQUADA E PRECISA ACERCA DAS INTERCORRÊNCIAS DA CIRURGIA. A AUTORA SOMENTE TEVE CONHECIMENTO DE QUE PARTE DIVERSA DE SEU CORPO FOI OPERADA NOS EXAMES

> PÓS-OPERATÓRIOS. OFENSA AO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. CONSENTIMENTO INFORMADO. DESCUMPRIMENTO DE NORMA ÉTICA. DEVER DO MÉDICO DE INFORMAR O PACIENTE SOBRE O PROCEDIMENTO. PROCEDÊNCIA EM PARTE DO PEDIDO. 1. Indenização. Erro médico e erro de diagnóstico. Não caracterização. A perícia concluiu que o ovário e a trompa direitos da autora precisavam ser retirados pela existência de cisto. A existência de cisto no ovário esquerdo não se confirmou e o problema por ele apresentado foi corrigido na cirurgia. 2. Exames de ultrassonografia prévios à cirurgia. A perícia relatou que os exames pré-operatórios são apenas sugestivos de diagnóstico que, no caso da autora, não se confirmou em relação ao ovário esquerdo, mas sim em relação ao direito. 3. Ausência de caracterização de erro de diagnóstico e de procedimento. Perícia válida e ausência de indicativos de que o relatório da cirurgia foi alterado. 4. Plano de saúde e cirurgião. Relação com a autora de cunho consumerista. Código de Defesa do Consumidor. Aplicação. Dever de informação. Não observação. Os réus tinham o dever de bem informar a autora acerca das intercorrências da cirurgia. Consta nos autos que a autora somente teve conhecimento de que foram extraídos os órgãos direitos ao invés dos esquerdos nos exames pós-operatórios. 5. Os réus não informaram adequadamente a autora. Ofensa ao Código de Defesa do Consumidor. Indenização pelo dano moral. Abalo que é reconhecido in re ipsa. Responsabilidade civil subjetiva do corréu caracterizada pela negligência no dever de informar. 6. Consentimento informado. Descumprimento de norma ética. Dever do médico informar o paciente sobre o procedimento. Restou inequivocamente caracterizado o dano moral que, nesses casos, configura-se in re ipsa, ou seja, decorre do fato em si. É intuitivo que a pessoa que é internada em hospital para cirurgia de extração de ovário esquerdo e descobre tempos depois que foi retirado seu ovário direito sem ter sido informada e sem ter sido orientada acerca dessa possibilidade antes do ato cirúrgico, sofre dano moral, porque a situação ultrapassa o infortúnio normal, agravado pelo fato de se tratar de mulher com intenção de engravidar. 7. Indenização. Valor que deve ser fixado com proporcionalidade/razoabilidade. Valor fixado em R$ 10.000,00, atualizado desta decisão (Súmula nº 362 do STJ), acrescido de juros de mora da data do fato. Recurso parcialmente provido. (BRASIL. Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo. Apelação Cível n. 0651996-82.2000.8.26.0100. Apelante: Lourenia Fátima Machado Capalbo. Apelada: Santamália Saúde S/A e outra. Relator: Desembargador Carlos Alberto Garbi, 10 de setembro de 2013.)

Nessa mesma toada, o STJ, em julgamento mais recente, decidiu que o paciente tem o direito de conhecer riscos, benefícios e alternativas de um tratamento para decidir livremente se o aceita, por meio do consentimento informado, sendo esse um dever legal e ético do médico:

> RECURSO ESPECIAL. TEMPESTIVIDADE. FERIADO PREVISTO NA LEI 5.010 /1966. FUNDAMENTAÇÃO DEFICIENTE. SÚMULA 284/STF. AUSÊNCIA DE PREQUESTIONAMENTO. SÚMULA 211/STJ. REEXAME DE FATOS E PROVAS. INADMISSIBILIDADE. SÚMULA 7/STJ. NEGATIVA DE PRESTAÇÃO JURISDICIONAL. NÃO CONFIGURADA. AÇÃO DE INDENIZAÇÃO POR DANOS MATERIAIS C/C COMPENSAÇÃO POR DANO MORAL E DANO ESTÉTICO. ALEGAÇÃO DE ERRO MÉDICO. FALHA NO DEVER DE INFORMAR. DANO MORAL CONFIGURADO. I. Hipótese em exame 1. Ação de indenização por danos materiais c/c compensação por dano moral e dano estético por erro médico, da qual foi extraído o presente recurso especial, interposto em 19/04/2024 e concluso ao gabinete em 21/08/2024. II. Questão em

> discussão 2. O propósito recursal é decidir sobre a negativa de prestação jurisdicional e a configuração de danos material, moral e estético em decorrência de erro médico. III. Razões de decidir 3. É tempestivo o recurso especial porque o não funcionamento do TJ/DFT está fundado, não em ato local, mas no art. 62, II, da Lei 5.010/1966, que estabelece como feriado na Justiça Federal os dias da Semana Santa, compreendidos entre a quarta-feira e o Domingo de Páscoa, os quais, em 2024, corresponderam ao período de 27 a 31 de março (Portaria STJ/GP n. 2 de 04 de janeiro de 2024). 4. É firme a jurisprudência do STJ no sentido de que não há ofensa ao art. 1.022 do CPC/15 quando o Tribunal de origem, aplicando o direito que entende cabível à hipótese soluciona integralmente a controvérsia submetida à sua apreciação, ainda que de forma diversa daquela pretendida pela parte. 5. Os argumentos invocados pela recorrente não demonstram como o Tribunal de origem ofendeu os dispositivos legais indicados, o que importa na inviabilidade do recurso especial (súm. 284/STF). 6. A ausência de decisão acerca dos dispositivos legais indicados como violados impede o conhecimento do recurso especial (súmula 211/STJ). 7. O reexame de fatos e provas em recurso especial é inadmissível (súmula 7 /STJ). 8. É firme a jurisprudência do STJ no sentido de que não há ofensa ao art. 1.022 do CPC/15 quando o Tribunal de origem, aplicando o direito que entende cabível à hipótese soluciona integralmente a controvérsia submetida à sua apreciação, ainda que de forma diversa daquela pretendida pela parte. 9. A jurisprudência desta Corte orienta que "todo paciente possui, como expressão do princípio da autonomia da vontade, o direito de saber dos possíveis riscos, benefícios e alternativas de um determinado procedimento médico, possibilitando, assim, manifestar, de forma livre e consciente, o seu interesse ou não na realização da terapêutica envolvida, por meio do consentimento informado" e que "esse dever de informação encontra guarida não só no Código de Ética Médica (art. 22), mas também nos arts. 6º, inciso III, e 14 do Código de Defesa do Consumidor, bem como no art. 15 do Código Civil, além de decorrer do próprio princípio da boa-fé objetiva" (REsp 1.848.862/RN, Terceira Turma, julgado em 5/4/2022, DJe de 8/4/2022). IV. Dispositivo 10. Recurso especial conhecido em parte e, nessa extensão, parcialmente provido. (BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Recurso Especial nº 2206603 - DF (2024/0294718-2). Recorrente: I L M DA M. Recorrido: J N R N e outro. Relatora: Ministra Nancy Andrigui, 20 de agosto de 2025.)

Com base nos fundamentos tecidos nos arestos, infere-se que a obtenção do consentimento livre e esclarecido do paciente é de suma importância para se evitar demandas judiciais e maiores desgastes pelo profissional, tendo em vista que o documento incompleto, apócrifo, defeituoso, esdrúxulo ou ausente de informações, certamente lhe acarretará danos de ordem material, moral e consequentemente físicos, vez que figurar no polo passivo de um processo judicial pode ocasionar estresses e inúmeras patologias psicológicas.

Sob a perspectiva profissional, é cediço que a arte médica firma-se em determinados pressupostos que, necessariamente, devem ser observados pelos médicos na relação com o paciente. Demais, demonstra-se certo que o dever de informação do profissional acerca das condutas e procedimentos a serem ministrados no paciente é um desses importantes pressupostos.

Nessa linha de raciocínio, é primordial que o paciente seja devidamente informado pelo profissional e sua respectiva equipe, a respeito da necessidade da adoção de intervenções

e/ou interferências em suas integridades física e mental para o restabelecimento de sua saúde, bem como deve ser informado também acerca dos riscos e consequências a que será exposto. Referidas informações devem satisfazer às expectativas do paciente, levando-se em consideração suas condições socioeconômicas e culturais, não havendo necessidade de que sejam repassadas de forma técnica, apenas que sejam corretas, honestas, íntegras e compreensíveis.

De outro modo, é importante ressaltar que, em se tratando de paciente incapaz ou menor de idade, o dever de informar do profissional permanece inalterado, já que aqueles também possuem o direito de serem esclarecidos e informados sobre as intervenções médicas a que serão submetidos, direito que afeta também seus respectivos responsáveis ou representantes legais. Os atos praticados pelo profissional da saúde no exercício do ofício não ensejam autoridade absoluta sobre a saúde ou a vida do paciente, o que torna o dever de informar obrigatório como prévia condição para a obtenção do consentimento.

Nesse quadro, o ato somente alcançará a sua exata proporção e sua indubitável finalidade com a expressão de vontade do paciente ou de seus representantes legais, contemplando, assim, o princípio da autonomia da vontade do paciente. Isso garante a todo e qualquer indivíduo o direito de decidir livremente sobre a sua saúde e sua vida, podendo optar ainda pelo destino que queira dar à sua própria existência (CAÑETE, ROBERTO; GUILHEM, DIRCE; BRITO, KATIA, 2012).

Além da obtenção do consentimento do paciente face a sua autonomia, é preciso que referido consentimento seja minuciosamente explicado e esclarecido. Assim, é considerado como tal aquele colhido de um cidadão em pleno gozo de sua capacidade civil e hábil a compreender uma declaração, orientação ou a própria intervenção médica, o que deve ser obtido de maneira imparcial, ausente de coação ou influências que possam macular a vontade.

Portanto, o consentimento do paciente não pode ser obtido por intermédio de uma simplória assinatura, por exemplo, após uma célere leitura de documentos com letras minúsculas e formulários na beira do leito prestes a ser submetido a uma intervenção cirúrgica. Todavia, deve ser através de um linguajar claro e acessível ao seu grau de compreensão e conhecimento, além de ser em momento oportuno para tanto, atendendo, dessa forma, ao princípio da informação adequada.

Por outra perspectiva, na hipótese de o paciente não ter discernimento algum para compreender o ato que será realizado, o médico deverá, obrigatoriamente, obter o

consentimento dos seus representantes legais, sob pena de ser responsabilizado nas esferas administrativa, cível e criminal, caso assim não se proceda.

Ressalta-se, por oportuno, que sempre que houver alterações consideráveis nos procedimentos médicos a serem realizados, o consentimento continuado deverá ser obtido, porque a permissão anteriormente concedida possuía lapso temporal e atos definidos até então (MINOSSI, 2011). É garantido ainda ao paciente o direito de a qualquer momento revogar, parcial ou integralmente, o consentimento anteriormente expressado, porque este não é um ato inquebrantável e ininterrupto.

Outrossim, há situações que envolvem iminente risco de morte para o paciente, sendo que, nesses casos, o tratamento arbitrário por parte do profissional médico está plenamente justificado ante a impossibilidade de obtenção do consentimento do paciente, além de restar configurada a tentativa de salvar a vida daquele. Nos casos em que estão em voga os próprios interesses do paciente, deve o profissional realizar, através de meios comedidos e prudentes, aquilo que seria mais eficaz e adequado para o restabelecimento da saúde do paciente.

Nesse ponto, constata-se que há, evidentemente, uma colisão de princípios. De um lado, incide o princípio da autonomia da vontade do paciente e, de outro, o princípio do direito à vida, que se sobrepõe, de maneira racional, ao direito de escolha do paciente. Logo, quando ocorre colisão de princípios fundamentais, o princípio que detém uma relevância maior sobrepõe-se ao outro, sem que o princípio de menor relevância seja absolutamente desconsiderado (ÁVILA, 2006).

Assim, em que pese a importância de se obter o consentimento do paciente, há determinadas hipóteses que emergem no cotidiano do profissional da saúde em que este dever se torna ineficaz e até mesmo impossível. São aqueles casos em que o profissional fica desobrigado de obter o consentimento do paciente.

> Por outro lado, há situações em que, apesar de existir uma permissão tácita ou expressa, não se justifica o ato permitido. A norma ética ou jurídica pode impor-se a essa vontade, e a autorização, ainda que escrita e consciente, não outorgaria certas práticas. Nesses casos, quem legitima o ato médico é sua indiscutível e imperiosa necessidade e não apenas a permissão (*princípio da não maleficência*). O mesmo se diga quando o paciente nega autorização diante da incondicional e inadiável necessidade do ato salvador, diante de um iminente perigo de vida. Em tais circunstâncias estaria justificado o tratamento arbitrário, em que não se argui à antijuridicidade do constrangimento ilegal nem se pode exigir sempre um consentimento. (França, 2014, p. 251)

Consubstanciado nos ensinamentos doutrinários, é possível constatar que a obtenção do consentimento do paciente não é regra absoluta, visto que pode ser dispensado, como ocorre nas hipóteses de notório perigo para a saúde pública. Tal fato é perceptível através das campanhas nacionais de vacinação infantil, a fim de conscientizar os pais, que são os responsáveis legais, a aderirem à respectiva campanha e proporcionar saúde para seus filhos. O artigo 14, §1°, do Estatuto da Criança e do Adolescente prevê a obrigatoriedade da vacinação infantil nos casos definidos pelas autoridades sanitárias, conforme dispõe o dispositivo legal referenciado:

> Art. 14: O Sistema Único de Saúde promoverá programas de assistência médica e odontológica para a prevenção das enfermidades que ordinariamente afetam a população infantil, e campanhas de educação sanitária para pais, educadores e alunos. §1º É obrigatória a vacinação das crianças nos casos recomendados pelas autoridades sanitárias.

Do mesmo modo, nas hipóteses que envolvam tratamento para doenças infectocontagiosas é prescindível a obtenção do consentimento do paciente. A Lei nº 6.259/1975 é clara ao dispor que a vigilância epidemiológica possui acesso irrestrito a qualquer cidadão ou até mesmo determinado grupo de cidadãos que sejam portadores de doenças que podem ser consideradas graves e transmissíveis, no intuito de prevenir e buscar o estudo contínuo destas.

Destaca-se que, por outro prisma, em se tratando de pacientes com patologias mentais, estes podem permanecer internados compulsoriamente por intermédio de decisão judicial. Nessa hipótese, há a particularidade de o paciente ficar obrigado à internação. Contudo, possui o pleno direito de expressar sua escolha acerca do tratamento ou procedimento, sempre que possível, isto é, a dispensa do consentimento informado somente ocorrerá quando estiver em voga o interesse social (público e coletivo), que se sobrepõe aos interesses particulares (individuais).

Há, ainda, situações em que é autorizado ao profissional se abster de fornecer as informações necessárias ao paciente sobre determinada intervenção ou procedimento pois, exclusivamente nessa ocasião, se porventura o médico fornecer tais informações, poderá ocorrer danos e riscos gravíssimos à saúde do paciente.

Apesar disso, verifica-se que o consentimento informado em referidas hipóteses nem sempre pode ser dispensado, visto que os profissionais da saúde devem buscar, através do

diálogo com o paciente, sua respectiva autorização para realizar determinado procedimento ou intervenção na saúde daquele, de forma que as intervenções somente poderão ser realizadas após esgotadas e frustradas todas as tentativas de obter o consentimento do paciente.

Referida situação pode ser facilmente averiguada nos casos em que o paciente possui um diagnóstico crítico ou até mesmo irreversível, sendo possuidor de alguma morbidade grave ou incurável. Em tais circunstâncias, o profissional da saúde deverá atuar com parcimônia e sabedoria, devendo resguardar esta informação para si e sua equipe, repassando-a apenas ao representante legal do paciente, nos termos do já mencionado artigo 34 do Código de Ética Médica.

Dessarte, o profissional da saúde, especialmente o médico, não está desobrigado de informar o paciente e/ou seus representantes legais, mas deve fornecer todas as informações relativas ao caso, ponderando para dizer o estritamente necessário, no intuito de resguardar e preservar a intimidade e privacidade do paciente.

Outra precaução que os profissionais da saúde devem ter é conservar essas informações, inclusive quanto a inviabilidade de informar o paciente, registradas em prontuário (físico ou digital), resguardando, portanto, de futuras denúncias ou acusações. E, nesse ponto, acerca do prontuário médico:

> [...] é recomendável que os médicos mantenham os prontuários dos pacientes adequadamente elaborados, incluindo o registro das informações que foram transmitidas e o grau de participação dos pacientes e seus familiares nas decisões terapêuticas. Tais documentos, caso sejam devidamente preenchidos, podem servir como prova de que foi cumprido o dever de informar, que é o conteúdo do consentimento informado. As anotações no prontuário também servem para registrar o grau de comprometimento e cooperação dos pacientes, o que é imprescindível para a eficácia dos serviços médicos. (Minossi, 2011, p. 200)

O direito de escolha do paciente é amplamente legitimado e reconhecido pela imposição da autonomia da vontade. Portanto, o paciente informado adequada e corretamente possui garantido o direito de se recusar a ser submetido a determinada intervenção ou tratamento médico. A conversa deve ser primordial para a relação entre o profissional da saúde e paciente, no intuito de esclarecer minuciosamente os benefícios, efeitos colaterais e malefícios, tendo em vista que a utilização de fundamentos e métodos para que haja um prognóstico satisfatório é de salutar relevância para o êxito dos procedimentos e tratamentos a que for submetido.

Contudo, se mesmo depois de realizado todo o processo informativo e, ainda assim, o profissional não lograr êxito em obter a anuência do paciente, ficará resguardado para deixar de atendê-lo, podendo ainda, acaso seja conveniente, dar seguimento à terapia com outras técnicas humanizadas, eximindo-se de eventual responsabilidade na seara judicial.

Em contrapartida, há situações em que o paciente possui o direito de não obter nenhuma informação a respeito do procedimento ou tratamento a que será exposto. Isso ocorre nas circunstâncias em que o paciente está absolutamente convicto de que não quer ter ciência a respeito de quadro clínico, isentando, assim, o profissional de prestar quaisquer informações acerca do caso.

Não obstante, há também hipóteses em que o profissional médico é obrigado a informar ao paciente mesmo que este esteja exercendo seu direito de não tomar conhecimento sobre seu real quadro clínico. É o que comumente ocorre quando o paciente está acometido de alguma patologia infectocontagiosa, como a Covid-19, passível de transmissão a terceiros, caso em que o interesse público é mais importante do que o direito individual do paciente.

Outro ponto interessante é o fato de que, em se tratando de casos de urgência e emergência, o profissional da saúde está dispensado de prestar as informações necessárias ao paciente e, via de consequência, obter o seu consentimento. Nessa hipótese não há tempo hábil para tanto diante do risco iminente de morte (PIERANGELI, 1989). É exatamente o que regulamenta o Código Penal Brasileiro:

> Art. 146. Constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, ou depois de lhe haver reduzido, por qualquer outro meio, a capacidade de resistência, a não fazer o que a lei permite, ou a fazer o que ela não manda: §3º Não se compreendem na disposição deste artigo: I - a intervenção médica ou cirúrgica, sem o consentimento do paciente ou de seu representante legal, se justificada por iminente perigo de vida (BRASIL, 1940, p. 32).

As posições legal e doutrinária caminham no sentido de que, havendo situações de urgência ou emergência, não há necessidade de o médico interromper os procedimentos para tentar obter o consentimento do paciente diante do notório risco de morte, de forma que se pode presumir, à luz dos princípios que regem a Carta Magna, que o paciente acaso pudesse exprimir sua vontade, certamente o faria no sentido de salvar sua vida ou resguardar sua integridade física perante um estado de perigo.

No que se refere à prevenção de eventos adversos e de outras questões suscitadas, destaca-se a atuação do advogado no exercício do gerencialmente legal dos aspectos voltados

à saúde. O profissional especializado possui conhecimento técnico acerca do ordenamento jurídico e fica responsável por elaborar os regimentos a serem seguidos pelos que exercem seus ofícios em estabelecimentos de saúde. O setor jurídico é responsável por acompanhar as novas legislações específicas, visando a minimizar os possíveis eventos adversos e outras questões relacionadas às queixas e processos dos usuários. O propósito é o de garantir a excelência dos préstimos médico-hospitalares e de oferecer aos pacientes a segurança de um atendimento zeloso e de alto padrão de qualidade.

Todavia, o conjunto de processos dos usuários tende a sobrecarregar o setor jurídico das unidades hospitalares. Estudos feitos em unidades de saúde internacionais e no Brasil têm demonstrado que grande parte desses eventos adversos poderiam ser evitados, se fosse adotado o gerenciamento legal de riscos (CARNEIRO *et al.,* 2011). Portanto, além da gestão hospitalar com base na política de humanização e do cuidado integral, cada vez mais se torna necessária a existência da gestão legal do risco no ambiente hospitalar.

Para um autêntico modelo de gestão de risco, torna-se imprescindível o emprego de métodos, procedimentos, protocolos e obrigações que sejam rigorosamente cumpridos. Eles devem permitir o monitoramento dos atendimentos realizados no hospital, do mais comum ao mais complexo. Entre as principais normas e condições a serem estabelecidas, destacam-se, como a mais relevante, as que contribuem para elevar os padrões de qualidade no atendimento ao paciente.

Esse é o compromisso lógico e primordial de qualquer entidade hospitalar. Nesse processo de gestão, são os administradores hospitalares (presidente, funcionários, médicos, dentistas, assistentes sociais, psicólogos, advogados, administradores, etc.) que ficam responsáveis pela elaboração de normas e por estabelecerem condições, visando minimizar ao máximo possíveis ocorrências de incidentes.

No ambiente hospitalar, em princípio, seria para os profissionais da saúde (interno) e para os usuários dos serviços do hospital (externo). Nesse caso, várias ferramentas e modelos de gestão são emprestados da administração e mesmo de outras áreas, na condução do processo de gestão legal. O departamento jurídico é um setor que apresenta interface com praticamente todos os departamentos da organização hospitalar, o que lhe atribui maior possibilidade de visão integral da estrutura e da dinâmica organizacional (MAGALHÃES, 2014).

Essa peculiaridade lhe atribui a possibilidade de atuar com pensamento e ação estratégica dentro do hospital. Isso pode incluir uma ação rápida frente às diversas questões que afetam a unidade e que podem envolver o acesso a uma nova legislação ou mudanças na estrutura administrativa. Portanto, esse departamento constitui peça fundamental para auxiliar os demais departamentos, desde que estes sejam previamente mapeados por esse setor. Ele apresenta as melhores condições para desenvolver uma visão estratégica e operacional dos serviços prestados pela organização hospitalar.

A adoção da gestão legal pode contribuir para diminuir certas condutas dos profissionais que prestam atendimento, seguindo a orientação descrita em lei, para, por fim, gerenciarem riscos supervenientes e determinarem uma política de apreciação dos quesitos e situações que sejam prováveis de insucesso. Certo é que uma boa gestão, bem-organizada e implantada de forma sistêmica, consegue prever e dirimir problemas que poderiam gerar consequências negativas à organização e, sobretudo, aos usuários de seus serviços.

Como já é possível depreender, a gestão legal envolve, entre outros, a gestão do risco, definida pela Norma Brasileira NBR ISO 31:000, como sendo as atividades coordenadas para dirigir e controlar os riscos da organização. No caso da saúde, tal gerenciamento seria utilizado como uma política interna, não só para oferecer maior estabilidade da segurança dentro do hospital em relação aos vários tipos de incidentes, mas, sobretudo, para garantir a segurança do usuário.

> A gestão do risco está intimamente relacionada ao estabelecimento de uma cultura de segurança, que pressupõe o aprendizado com as falhas e a prevenção de novos incidentes relacionados à assistência à saúde". Nesse caso, a meta da gestão de risco, em ambiente hospitalar, consiste na prevenção de agravos e incidentes que naturalmente são imensuráveis. (ANVISA, 2017, p. 9).

Para que se alcance a prevenção, é preciso que os profissionais da saúde e administradores se conscientizem do papel das regras estrategicamente planejadas, de modo a evitar que eventos danosos e adversos possam ocorrer. A identificação dos riscos é importante para se fazer a prevenção de eventos adversos e impedir que o usuário sofra algum dano (BRANDÃO, M. G. S. A; BRITO, O.D; BARROS, L. M, 2018).

Trata-se, portanto, de um modo para se garantir um atendimento mais humanizado e seguro. Pode-se acrescentar a isso outras finalidades, tais como: a prevenção de incidentes em vários tipos de ambientes hospitalares, a maior segurança ao profissional da saúde (médicos,

enfermeiros, técnicos, farmacêuticos, dentistas) no exercício de suas funções, a utilização constante do TCLE, a redução da judicialização da saúde e a imprescindibilidade da atuação do profissional advogado, devidamente qualificado.

O gerenciamento de riscos implica ações de mapeamento e controle dos fluxos das diversas ações desenvolvidas dentro da instituição hospitalar. Envolve ainda a construção de uma cultura de compartilhamento de responsabilidades e cooperação entre equipes, além de maior proximidade desses profissionais com os usuários. Nesse tipo de esforço, todos saem ganhando, seja o hospital, as equipes de médicos, enfermagem e demais funcionários, mas, principalmente, os usuários. A gestão de riscos, além de evitar erros e prejuízos (morais, físicos, financeiros), serve para oferecer serviços de saúde de alto nível. Também deve ser levado em consideração a consolidação do uso de protocolos a serem rigorosamente seguidos, no sentido de favorecerem o rastreamento das diversas formas de atendimento realizado, desde as mais simples até as mais complexas (BALESTRIN, 2003).

Verifica-se, dessa forma que, além do setor jurídico, que possui elevada importância para a diminuição das chances de eventos prejudiciais, todos os profissionais que exercem seus ofícios nos estabelecimentos de saúde devem cumprir a política imposta, pois todos possuem responsabilidades, respondendo consoante o atendimento prestado ao usuário.

Já no que que pertence ao campo da responsabilidade civil, esta possui inúmeras questões a serem abordadas e, para compreendê-la de modo amplo, é necessário que ter como ponto de partida seus pressupostos, pois são eles os formadores da obrigação e caracterizadores da responsabilidade civil.

Em primeiro lugar, cumpre consignar que, para a tipificação do ato ilícito, é necessária a prática de uma conduta, independentemente do ato praticado diretamente pelo agente ou através até de coisas que estejam sob seus cuidados. Assim, a responsabilidade civil pode decorrer de ato próprio, na medida que, ao agir, infringir direito, dever legal ou social, prejudicar outrem, o causador do dano deve reparar esse prejuízo a que teve que suportá-lo.

O ato praticado pelo agente causador do dano gera o dever de reparação à vítima desse dano, não somente quando há ofensa a um dever legal, mas também quando praticados atos que embora não infrinjam a lei, fogem da finalidade a que ela se destina. São condutas realizadas mediante abuso de direito, que, acaso causem algum dano a terceiros, geram a obrigação de reparar.

Em segundo plano, no que diz respeito à imprescindibilidade da obtenção do consentimento informado do paciente através do documento formalizado para tanto, a responsabilidade civil do profissional da saúde pode ser caracterizada pelo simples fato de este praticar atos sem expressa declaração de vontade daquele. Esse aspecto tipifica, dessa forma, o abuso de direito, visto que ao profissional é vedado exercer atos da medicina em determinado paciente que não anuiu com o tratamento.

Sob outra vertente, destaca-se o pressuposto da culpa, que, em sentido lato, consubstancia-se na inobservância de dever jurídico que o agente deveria ter ciência. Dessa percepção, ressai o significado da falta de diligência quanto à observância de uma norma, ou seja, o agente acredita em sua capacidade, acredita fielmente que o ato danoso não irá ocorrer. Trata-se do desprezo do agente possuidor do conhecimento de que o ilícito pode vir a ocorrer, mas acredita em suas habilidades.

A noção da culpa é subjetiva, seguindo-se o modelo fictício do "homem médio". A análise desse conceito implica comparar no caso em concreto o tipo de comportamento que seria aceitável e normal pela sociedade (CAIROLI MARTINEZ, 2012). É com base nessa comparação que se tenta afastar o subjetivismo na aferição da culpa. Será dessa maneira que o magistrado irá analisar se o agente agiu com imprudência, negligência ou imperícia, elementos que compõe a culpa em sentido lato.

O agente não será punido porque praticou uma conduta fora dos ditames morais da sociedade, mas será responsabilizado porque deixou de observar a diligência necessária para o ato praticado, caso o resultado for considerado previsível (GONÇALVES, 2012).

O Código Civil indica a existência da culpa em sentido amplo, abrangendo também o dolo, assim entendido como a intenção e vontade de praticar o ato ilícito. Todavia, também contempla a culpa em seu sentido estrito ou aquiliana, consistente na violação de um dever em que o agente deveria e poderia conhecer e observar, tendo em vista os padrões de comportamento do homem médio.

Em se tratando de procedimentos e tratamentos de saúde, a culpa do profissional médico pode ser aferida naquelas hipóteses em que não foi observado determinado requisito fundamental para a prática do ato, tais como o não preenchimento do Termo de Consentimento Informado. Também se presume a culpa nos casos em que há preenchimento incompleto e/ou com rasuras; não transmissão das informações necessárias ao paciente ou a seus representantes legais; e, prática de atos sem a anuência do paciente, dentre outros.

Quanto ao elemento dolo, consiste na intenção de infringir direito ou dever, isto é, na vontade livre e consciente de causar dano ou prejuízo a terceiro. A conduta dolosa é facilmente constatada naqueles casos em que o profissional intencionalmente omite determinadas informações relevantes acerca da patologia do paciente, deixa de ministrar os medicamentos necessários para a cura ou restabelecimento da saúde do paciente, ausenta-se do estabelecimento hospitalar propositadamente para não promover atendimentos de urgência, pratica atos médicos em caráter experimental em pacientes em fase terminal, além de outras hipóteses rotineiras.

Diante dessas circunstâncias, haverá dolo quando o agente assumir e aceitar o resultado danoso decorrente de sua conduta, ou seja, age com consciência e intenção de lesionar ou danificar bens e direitos de outrem, assumindo as responsabilidades de sua conduta, pois tem o objetivo de realizar o dano através de sua prática, de forma que o resultado danoso era presumível.

Outro pressuposto da responsabilidade civil é o nexo de causalidade, atinente a relação entre a conduta do agente e o resultado causado, ou seja, refere-se ao liame existente entre os efeitos que a ação do sujeito pode causar e o dano gerado por este decorrente da ação praticada. O verbo "causar" está explícito no já mencionado artigo 186 do Código Civil Brasileiro de 2002, sendo uma expressão que denota o nexo em questão, necessário para a obrigação de indenizar.

Acaso presente o dano sem relação com a conduta do agente, e, portanto, ausente o nexo de causalidade, o agente não terá a obrigação de ressarcir este dano e tampouco deverá arcar com alguma modalidade de responsabilidade. É a ligação entre a conduta do agente e o resultado causado que consolida o dever de indenizar, tratando-se assim de um componente indispensável para a caracterização da responsabilidade civil em tela.

De outro vértice, a responsabilidade civil objetiva prescinde da comprovação da culpa, todavia jamais abster-se-á do nexo de causalidade. Caso a vítima que experimentou um prejuízo não evidencie a relação de causalidade que traz como consequência o evento danoso, o agente causador estará isento da obrigação de indenizar.

Importante consignar que a denominada força maior e o caso fortuito são situações que, se verificadas e comprovadas no quadro fático, atuam como excludentes de causalidade, afastando o dever de indenizar, caracterizando-se como fatos ou eventos imprevisíveis ou de difícil previsão, que não podem ser evitados, muito embora causem danos a terceiros. Resta

evidente que, na força maior e no caso fortuito inexiste relação de causalidade e consequência entre a conduta do agente e o resultado danoso.

Caso o dano ocorra em decorrência de culpa exclusiva da vítima, também não haverá relação de causalidade entre a conduta do ofensor e o dano suportado pela vítima, pois o nexo de causalidade é rompido nesta situação. O nexo de causalidade é aferido através da análise do caso, não havendo critérios rígidos e exaustivos para seu estabelecimento.

Assim, nos casos em que o profissional da saúde comete um ato ilícito eivado de culpa ou dolo, contudo não há nexo de causalidade entre o ato e o dano, aquele não poderá ser responsabilizado, eis que ausente um dos pressupostos caracterizadores da responsabilidade civil. É o que ocorre quando o profissional, por descuido ou propositadamente, deixa de informar o paciente sobre o tratamento a ser realizado, todavia, há a ressalva no sentido de que tudo pode ocorrer dentro da normalidade, sem danos ao paciente.

Outra hipótese interessante consiste no fato do paciente receber todas as informações necessárias sobre o tratamento a ser efetivado pelo profissional, todavia, por descuido do próprio paciente, este sofre complicações em virtude da não observância das instruções repassadas pelo médico, situação na qual o profissional não pode ser responsabilizado, visto que não há nexo de causalidade entre o dano (complicações) e a conduta do profissional, em razão da excludente da culpa exclusiva da vítima.

Já no que tange ao dano, significa o efetivo prejuízo sofrido pela vítima. Possui várias modalidades, podendo ser individual ou coletivo, estético, moral ou material, sendo esses dois últimos relacionados ao sentido pecuniário. O significado da palavra dano sempre esteve relacionado ao sentido de prejuízo (AMARAL, 2003).

Como regra, somente haverá a possibilidade de indenização se o ato ilícito resultar em dano. Trata-se do dano injusto, sendo aplicado o princípio pelo qual ninguém é dado o direito de prejudicar outrem, oriundo do brocardo em latim *neminem laedere*. Em contrapartida, o sentido do dano injusto, relacionado a uma visão atual, possui o significado de causar uma lesão a interesse de outrem.

Nesse aspecto, abrange-se o dano moral, consistente no sentimento de dor, abalo psíquico, desconforto mental decorrente da conduta dolosa. Trata-se de interesses pessoais que se relacionam com o íntimo do indivíduo, que, por algum motivo, foi agredido pelo ofensor.

O dano causado deve ser certo e iminente, não se admitindo a indenização aos danos hipoteticamente causados. Não havendo interesse ou dano violado, não há que se falar em indenização, eis que o dano é materializado com o efetivo prejuízo suportado por determinada vítima.

Em uma ação de indenização decorrente da prática de ato ilícito, o autor busca a reparação de um prejuízo efetivo e não a obtenção de uma vantagem pecuniária sobre outrem. Nesse ponto, é muito complexo quantificar o dano moral, pois não há como *quantificar a dor* e os *sentimentos* da vítima que os suportou (GONÇALVES, 2012).

Ressalta-se que, para a configuração da obrigação de indenizar, é necessária a violação de um direito e consequentemente a ocorrência de um dano efetivo. A responsabilidade é decorrente da infração de um dever preexistente. No entanto, mesmo presente a violação de um dever jurídico mediante culpa ou dolo por parte do agente, não há que se cogitar a possibilidade de haver indenização se não houver algum dano ou prejuízo consumado.

Denota-se que, para a responsabilização civil de determinado agente, faz-se necessária a cumulação de todos os pressupostos supramencionados, quais sejam, conduta, dolo, nexo de causalidade e resultado danoso, exceto na hipótese de responsabilidade civil objetiva, na qual não é necessária a presença do elemento anímico dolo ou culpa.

Com efeito, para que haja a responsabilidade na seara da saúde, faz-se necessário que haja dano efetivo ao paciente, podendo ser uma lesão direta à sua integridade física ou mental, e ainda danos a um direito daquele, como ofensas à vida, à saúde, à dignidade, dentre outros. Além disso, os danos médicos passíveis de reparação podem abarcar qualquer espécie de responsabilidade civil. Possuem certa relevância, os danos físicos, eis que o exercício da medicina, em regra, incide sobre o corpo humano, por exemplo, nos inúmeros quesitos abrangidos pelo tratamento médico-cirúrgico. A respeito dessa distinção, a doutrina discorre:

> Os danos médicos, portanto, podem ser físicos (ou corporais), materiais ou morais. Os danos físicos, dizíamos, assume maior relevância, e o prejuízo corporal se compõe de elementos variáveis, indenizáveis separadamente, conforme a invalidez, por exemplo, seja parcial ou total, permanente ou temporária. Também o estado patológico do doente, que este pretendia aliviar ou curar, pode resultar agravado ou crônico, configurando dano físico. (Kfouri Neto, 2013, p. 124).

Cumpre observar que no âmbito da saúde, o dano estético é considerado o mais grave dentre todos que podem emergir de condutas profissionais, eis que atinge diretamente a integridade física do paciente. Considera-se a possibilidade de lesões graves, irreversíveis e

visíveis a qualquer um, motivo pelo qual o dano moral também se fará presente nestas situações, pois o sujeito que sofre o dano estético sofre abalo emocional imensurável, que pode até mesmo atingir sua saúde psicológica.

As reflexões acerca dos requisitos da responsabilidade civil possuem o intuito de demonstrar os efeitos e consequências do consentimento informado, naquilo que se refere à responsabilização do profissional da saúde. Dessa forma, levando-se em consideração os pressupostos delineados, é possível que haja intervenção na saúde do paciente sem o seu respectivo consentimento e, ainda que tal intervenção seja um sucesso, tal fato torna o procedimento ilegítimo.

Isso porque a simples falta ou o próprio vício no consentimento do paciente são suficientes para tornar o ato ilícito e via de consequência todo o tratamento ilegal, mesmo que o tratamento seja excelente e o paciente tenha alcançado a cura ou melhora significativa em seu quadro clínico. Assim, independentemente do sucesso do tratamento, sem o devido consentimento informado, este é considerado arbitrário e discricionário. Isso porque agride diretamente os direitos do paciente no que se refere à sua integridade física e moral, além de ferir de morte os direitos à autonomia e liberdade do paciente.

À vista disso, o tratamento de saúde realizado sem a anuência do paciente poderá acarretar a responsabilização do profissional da saúde no que tange aos danos morais suportados (não patrimoniais), em razão do desrespeito aos direitos da personalidade do paciente, que estão expressamente previstos na Constituição Federal Brasileira.

Em que pese a possibilidade de o profissional da saúde ser condenado na esfera cível pela prática do ato sem o devido consentimento, a condenação deve se pautar na análise detida do caso, observando-se se houve a melhora no quadro clínico ou até mesmo a cura do paciente decorrente daquele tratamento, de forma que o valor a ser arbitrado a título de indenização não poderá ser exorbitante, como ocorre nos casos de erros médicos comprovadamente graves. Para tanto, o magistrado deverá levar em consideração as despesas e os benefícios do tratamento discricionário, quer dizer, a ofensa à liberdade e autonomia, integridade física e moral do ser humano, além de considerar as vantagens que o tratamento trouxe ao paciente (KFOURI NETO, 2015).

E, nesse ponto, pertinente traçar um paralelo no sentido de que o magistrado deve ter muita cautela ao exercer o poder de decisão, pois está adstrito aos limites e teor probatório da lide. Igualmente, o juiz não pode deixar ser influenciado pelas emoções e mazelas trazidas

pelas partes que figuram no processo, pois os fatos são, na verdade, apenas interpretações das próprias partes à luz de suas necessidades e visões de mundo (NIETZSCHE, 2005).

Não menos importante, a responsabilização do profissional da saúde sempre será subjetiva, ou seja, deverá ser comprovado se agiu com culpa ou dolo, até mesmo na hipótese de haver uma relação de consumo perante o paciente. A responsabilidade dos estabelecimentos hospitalares (clínicas, consultórios, hospitais, e demais unidades de saúde) é objetiva no tocante à atuação dos profissionais da saúde que neles atuam ou a eles estejam conveniados, nas hipóteses em que os prepostos do estabelecimento agem com culpa.

Nesse quadro, a relação do médico com o seu paciente, atualmente, difere da de antigamente, em virtude de uma mudança geral de comportamento, mentalidade e desenvolvimento, especificamente por parte do paciente. Tal fator desempenha papel relevante no que se refere à responsabilidade dos profissionais da saúde como um todo, ocasionando uma percepção mais aguçada por parte dos pacientes e da sociedade em geral.

Em decorrência disso, tornou-se assustadoramente comum na sociedade o debate acerca de assuntos relativos aos denominados erros médicos e responsabilidade do profissional da saúde, do que é possível extrair a conscientização social para tanto.

Frisa-se que a conscientização é maior por parte do paciente, usuário dos serviços de saúde, que busca um tratamento humanizado e menos invasivo. Já no que tange ao profissional, a conscientização, infelizmente, é menor, mas com consequências imensuráveis, vez que se preocupa com o risco de agir imperitamente, podendo lesionar o paciente.

Com efeito, essa percepção social caracteriza-se, especificamente, em razão do aumento expressivo dos processos cíveis *v.g.* envolvendo indenizações descomunais, processos criminais (omissão de socorro, homicídios, etc.) e administrativos (deixar de atender paciente injustificadamente) em face dos profissionais da saúde.

Nessa senda, os profissionais da saúde devem comprometer-se a ser mais zeloso no exercício de suas funções, com o objetivo de evitar desgastes com seus pacientes ou dissabores muito maiores com as demandas judiciais, as quais podem acarretar imponderáveis inconvenientes de ordem material (financeiro) e moral para si. Para tanto, entre os atos de prevenção de riscos a serem tomados pelos profissionais da saúde, pode-se destacar o termo de consentimento livre e esclarecido como o mais importante, pois tal documento é a autorização expressa do paciente obtida pelo profissional para a realização de determinado tratamento ou procedimento de saúde.

É requisito indispensável da relação profissional-paciente na atualidade. O termo de consentimento informado dispõe de decisão expressa e voluntária, escrita ou verbal, exposta por uma pessoa em pleno gozo de sua capacidade civil, tomada após intenso processo informativo, com o intuito de aceitação do tratamento, ciente de seus riscos, benefícios e consequências.

Finalmente, o termo de consentimento livre e esclarecido é instrumento que garante o pleno respeito aos preceitos constitucionais fundamentais, dentre eles, o da dignidade da pessoa humana. Isso se justifica na medida em que faz prevalecer a autonomia da vontade paciente, o qual poderá decidir se será submetido ou não a determinado procedimento de saúde, podendo escolher ainda pelo método mais humanizado e menos invasivo, sem deixar de lado, obviamente, os conhecimentos médicos a serem observados e respeitados.

Demonstrado que o consentimento informado, o prontuário e a documentação clínica qualificam a prova e reduzem ambiguidades sobre o percurso assistencial, resta examinar os mecanismos de tratamento dos conflitos quando a divergência já se encontra instalada ou em vias de se judicializar. Nesse plano, a mediação, os termos de ajustamento e os protocolos ético-jurídicos podem funcionar como instrumentos de reorganização de condutas, reconstrução do diálogo e prevenção da escalada processual.

## 6.6 Mediação, termos de ajustamento e protocolos ético-jurídicos como soluções jurídico-terapêuticas

O crescimento das demandas judiciais envolvendo questões de saúde tem estimulado a busca por mecanismos capazes de solucionar conflitos antes de sua transformação em litígios formais. Embora a atuação jurisdicional permaneça indispensável para tutela de direitos em diversas situações, a complexidade das relações assistenciais contemporâneas demonstra que nem todo conflito decorrente da prática médica encontra solução adequada por meio da sentença judicial. Muitas controvérsias surgem em ambientes marcados por falhas de comunicação, expectativas incompatíveis, dificuldades de compreensão sobre riscos terapêuticos ou rupturas na confiança entre profissionais e pacientes.

À luz desse cenário, formas consensuais de resolução de conflitos passaram a ocupar espaço crescente no âmbito do Direito da Saúde. Nascimento (2020) observa que a mediação sanitária surge justamente como instrumento destinado a restabelecer o diálogo entre os

envolvidos, permitindo que questões relacionadas ao cuidado sejam enfrentadas de maneira mais humanizada e menos adversarial.

Segundo o CONPEDI (2024), o acesso à justiça deve ser compreendido a partir de uma perspectiva mais ampla do que a simples possibilidade de ingresso em juízo, abrangendo também a utilização de mecanismos consensuais capazes de promover soluções adequadas para os conflitos sociais. Nessa direção, a consensualidade passa a ocupar papel relevante na administração pública, na gestão de interesses coletivos e na resolução de controvérsias complexas, fortalecendo instrumentos como mediação, conciliação, justiça restaurativa e termos de ajustamento. Quando essa compreensão é transportada para o campo da saúde, percebe-se que os conflitos decorrentes da relação médico-paciente frequentemente envolvem aspectos emocionais, éticos e comunicacionais que não são integralmente solucionados por decisões judiciais. Por essa razão, mecanismos pautados no diálogo e na construção cooperativa de soluções apresentam potencial para restaurar relações deterioradas e prevenir a escalada dos conflitos para a esfera judicial.

Ainda de acordo com o CONPEDI (2024), a consolidação de uma cultura jurídica multiportas representa importante transformação na forma de compreender a solução dos conflitos na atualidade. As discussões acerca da mediação organizacional, da justiça restaurativa, da cultura da paz, da desjudicialização e dos métodos autocompositivos evidenciam a valorização de modelos capazes de privilegiar a comunicação e a participação dos envolvidos na construção da solução do problema.

No âmbito da assistência à saúde, essa perspectiva permite compreender a mediação como instrumento apto a enfrentar divergências decorrentes de falhas informacionais, insatisfações terapêuticas e rupturas de confiança entre médicos, pacientes e familiares. A resolução consensual dessas controvérsias favorece a preservação do vínculo terapêutico e reduz os impactos negativos frequentemente associados aos processos judiciais.

A discussão acerca da prevenção de litígios na área da saúde encontra respaldo na jurisprudência do STJ, especificamente nos fundamentos do REsp nº 2206603/DF, que, ressalta-se, foram objeto de análise desta tese no que se refere à imprescindibilidade de obtenção do consentimento do paciente nos procedimentos e terapias de saúde.

E quanto ao aspecto preventivo ora analisado, na controvérsia submetida à apreciação, a Corte reafirmou entendimento consolidado segundo o qual o dever de informação integra os próprios pressupostos de licitude da atuação médica, estando diretamente relacionado ao

princípio da autonomia da vontade do paciente. A decisão destacou que toda pessoa submetida a tratamento ou procedimento médico possui o direito de conhecer os riscos, benefícios, alternativas terapêuticas e possíveis consequências da intervenção proposta, de modo a exercer escolha livre e consciente (STJ, 2025). Sob essa perspectiva, o consentimento informado deixa de representar mera formalidade documental e passa a constituir verdadeiro instrumento de proteção da dignidade humana e de concretização da autonomia do paciente no âmbito da relação terapêutica.

A fundamentação adotada reforça a compreensão de que muitos conflitos judicializados poderiam ser evitados mediante o fortalecimento dos processos comunicacionais entre médicos e pacientes. Ao reconhecer que o dever de informação encontra respaldo não apenas no Código de Ética Médica, mas também no Código de Defesa do Consumidor, no Código Civil e no princípio da boa-fé objetiva, a decisão evidencia que a transparência constitui elemento essencial da prática médica contemporânea.

Com base nas peculiaridades do caso apresentado, protocolos ético-jurídicos voltados à obtenção do consentimento informado, à adequada documentação das orientações prestadas e à construção de processos decisórios compartilhados assumem relevante função preventiva. A adoção dessas medidas reduz a ocorrência de incompreensões, desalinha expectativas de forma mais realista e fortalece a confiança necessária à manutenção do vínculo terapêutico.

Além disso, a orientação firmada no julgado supramencionado dialoga diretamente com a importância da mediação e de outros mecanismos consensuais para a resolução de conflitos em saúde. Quando há falhas na transmissão das informações ou divergências acerca da compreensão dos riscos inerentes ao tratamento, a mediação pode atuar como espaço de reconstrução do diálogo, permitindo esclarecimentos e a reaproximação das partes antes da instauração de uma disputa judicial.

A jurisprudência demonstra que a prevenção da litigiosidade não depende exclusivamente da correção técnica da conduta médica, mas também da qualidade da comunicação estabelecida ao longo do acompanhamento assistencial. Dessa forma, o fortalecimento de protocolos de consentimento, associado à utilização de mecanismos consensuais de resolução de controvérsias, contribui para uma prática médica mais segura, ética e compatível com os princípios da humanização do cuidado.

Além dos pontos estudados, o CONPEDI (2024) ressalta a importância da formação jurídica voltada para os meios adequados de solução de conflitos e para a construção de

práticas orientadas pela cooperação e pelo diálogo. Essa concepção encontra significativa correspondência com os desafios éticos presentes na área da saúde, especialmente diante do crescimento da judicialização da medicina.

Nesse contexto, os termos de ajustamento e os protocolos ético-jurídicos assumem função relevante ao estabelecer parâmetros de conduta, promover transparência nas relações assistenciais e criar canais para a solução antecipada de divergências. Mais do que instrumentos procedimentais, tais mecanismos configuram estratégias voltadas à proteção da dignidade humana, ao fortalecimento da autonomia do paciente e à construção de relações terapêuticas mais estáveis, colaborativas e menos suscetíveis à litigiosidade.

A judicialização tradicional opera mediante lógica de vencedores e vencidos, frequentemente insuficiente para lidar com conflitos que envolvem sofrimento humano, vulnerabilidade e continuidade da assistência em saúde. Conforme analisa Vianna (2025), a excessiva litigiosidade contribui para o fortalecimento da medicina defensiva, fenômeno caracterizado pela adoção de condutas motivadas predominantemente pela prevenção de futuras responsabilizações jurídicas. Em vez de fortalecer a relação terapêutica, esse modelo tende a ampliar distâncias entre profissionais e pacientes, produzindo ambiente de desconfiança recíproca que alimenta novos conflitos.

Nesse cenário, a mediação apresenta características particularmente adequadas para o enfrentamento das controvérsias sanitárias. Diferentemente do processo judicial tradicional, a mediação busca compreender os interesses subjacentes ao conflito, permitindo que as partes participem ativamente da construção da solução. Segundo Nascimento (2020), a gestão de conflitos em ambientes médicos e hospitalares exige sensibilidade para reconhecer que muitos desacordos envolvem elementos emocionais e relacionais que não podem ser adequadamente resolvidos apenas pela aplicação formal das normas jurídicas.

A centralidade do diálogo constitui um dos principais diferenciais da mediação em saúde. Vidal (2025), ao abordar a utilização da Comunicação Não Violenta em ambientes hospitalares, destaca que a escuta qualificada favorece a identificação das necessidades efetivamente presentes no conflito. Muitas vezes, pacientes e familiares não buscam exclusivamente compensações financeiras ou reconhecimento de responsabilidade, mas desejam esclarecimentos, pedidos de desculpas, informações adicionais ou simplesmente serem ouvidos pelas instituições e profissionais envolvidos.

A valorização da escuta encontra respaldo na própria evolução da relação médico-paciente. Pedrosa (2016) sustenta que a ética da alteridade exige reconhecimento do outro como sujeito de direitos e não como mero destinatário de intervenções técnicas. A construção de espaços dialógicos permite que pacientes participem mais ativamente dos processos decisórios relacionados ao próprio tratamento, reduzindo percepções de invisibilidade ou exclusão frequentemente associadas ao surgimento de conflitos.

Essa perspectiva aproxima-se da concepção moderna de decisão compartilhada e, nesse sentido, Tonelli (2013) discorre que o novo paradigma ético da medicina exige participação ativa do paciente no processo terapêutico, superando modelos paternalistas historicamente predominantes. Quando as decisões são construídas mediante diálogo transparente e compartilhamento de informações, reduzem-se significativamente os riscos de frustração decorrentes de expectativas incompatíveis com as possibilidades concretas do tratamento.

A prevenção dos conflitos também depende da adequada gestão das informações produzidas ao longo da assistência. Araújo (2018) destaca que o prontuário do paciente possui função que ultrapassa a simples documentação clínica. Trata-se de instrumento ético e jurídico destinado a registrar informações relevantes sobre diagnósticos, condutas, orientações e consentimentos obtidos durante o tratamento. Registros claros e completos favorecem a transparência da assistência e contribuem para redução de controvérsias futuras.

A relevância da documentação adequada tornou-se ainda mais evidente com a expansão dos atendimentos digitais. Barbosa (2026) observa que a telemedicina introduziu novos desafios relacionados à obtenção do consentimento informado e à preservação da autonomia dos pacientes em ambientes virtuais. A distância física entre profissional e usuário exige desenvolvimento de protocolos específicos capazes de garantir compreensão adequada das informações transmitidas e segurança jurídica para todos os envolvidos.

Sob outro viés, os termos de ajustamento passaram a representar importante mecanismo de prevenção e resolução consensual de conflitos sanitários. Embora tradicionalmente associados à atuação de órgãos públicos e entidades coletivas, instrumentos consensuais de ajustamento têm sido utilizados em diferentes contextos relacionados à assistência em saúde. Sua finalidade consiste em estabelecer compromissos concretos destinados à correção de falhas identificadas, evitando prolongamento de disputas e promovendo soluções mais céleres para os envolvidos.

A utilização desses instrumentos revela mudança significativa na forma de enfrentamento dos conflitos em saúde. Em vez da busca exclusiva por responsabilizações retrospectivas, passa-se a privilegiar soluções voltadas à reconstrução das relações e à prevenção de novos problemas. Nascimento (2020) observa que essa mudança de paradigma aproxima o Direito da Saúde de modelos restaurativos, nos quais a reparação dos danos convive com estratégias destinadas à melhoria dos processos assistenciais.

Além dos mecanismos consensuais, os protocolos ético-jurídicos assumem importância crescente na gestão dos riscos relacionados à prática médica. Esses protocolos consistem em conjuntos estruturados de orientações destinados a harmonizar exigências clínicas, éticas e jurídicas, oferecendo parâmetros para atuação dos profissionais e instituições de saúde. Seu propósito não é limitado à prevenção de responsabilizações, incluindo, também, o fortalecimento da segurança assistencial e proteção dos direitos dos pacientes.

Os protocolos ético-jurídicos adquirem especial relevância em situações marcadas por elevada complexidade decisória. De Sá, Naves e Souza (2025) destacam que ambientes hospitalares frequentemente envolvem indivíduos em condição de vulnerabilidade física, emocional e informacional. A existência de diretrizes claras contribui para assegurar respeito à autonomia dos pacientes sem desconsiderar os deveres de cuidado atribuídos aos profissionais de saúde.

Questões relacionadas à terminalidade da vida ilustram de forma significativa a importância desses instrumentos. Lamare, Castro-Arantes e Bianco (2019) ressaltam que a escuta dos pacientes em cuidados de fim de vida exige sensibilidade para compreender desejos, valores e expectativas não raras às vezes ignorados por abordagens excessivamente centradas na dimensão biomédica. Protocolos que valorizam a comunicação e a tomada compartilhada de decisões reduzem conflitos familiares e favorecem o respeito à vontade do paciente.

A adoção de protocolos também contribui para padronização de condutas relacionadas à obtenção do consentimento informado. Tonelli (2013) observa que o consentimento não deve ser compreendido como simples formalidade documental, mas como processo contínuo de comunicação. Protocolos adequadamente estruturados auxiliam profissionais na transmissão das informações necessárias e fortalecem a participação ativa dos pacientes nas decisões terapêuticas.

Outro aspecto importante refere-se à prevenção da medicina defensiva, sendo que para Vianna (2025) o aumento das demandas judiciais estimula comportamentos profissionais excessivamente orientados pela autoproteção jurídica. Protocolos ético-jurídicos bem construídos contribuem para redução dessa insegurança ao estabelecer critérios claros de atuação compatíveis com os deveres assistenciais e os direitos dos pacientes.

A construção desses instrumentos exige participação multidisciplinar. Profissionais da saúde, especialistas em bioética, gestores hospitalares e operadores do Direito possuem contribuições distintas para elaboração de protocolos efetivamente capazes de responder às necessidades da prática assistencial contemporânea. Essa interdisciplinaridade permite compatibilizar exigências técnicas, valores éticos e parâmetros jurídicos de forma mais equilibrada.

A própria formação médica revela a importância dessa integração. Nascimento *et al.* (2018), ao analisarem a percepção de estudantes de medicina sobre a relação médico-paciente, identificaram que habilidades comunicacionais e competências relacionais exercem influência significativa na qualidade da assistência prestada. A prevenção de conflitos começa muito antes do surgimento do litígio, encontrando fundamento na formação profissional orientada para o diálogo e para o reconhecimento da autonomia do paciente.

A proteção dos direitos dos pacientes também constitui elemento central desse processo. Bequer e Takahashi (2024), embora abordem especificamente o contexto odontológico, ressaltam que os direitos dos usuários dos serviços de saúde ultrapassam os limites dos códigos de ética profissionais. O respeito à informação, à autonomia, à privacidade e à participação nas decisões terapêuticas representa condição indispensável para construção de relações assistenciais mais equilibradas e menos propensas à litigiosidade.

Sob a concepção da ética da alteridade, Pedrosa (2016) sustenta que a prevenção dos conflitos exige reconhecimento da singularidade dos indivíduos envolvidos na relação terapêutica. A escuta genuína das necessidades dos pacientes e o respeito às suas escolhas fortalecem a legitimidade das decisões clínicas e reduzem percepções de arbitrariedade frequentemente associadas ao surgimento de controvérsias.

Para complementar a discussão acerca da mediação e das soluções jurídico-terapêuticas na área da saúde, merece destaque a pesquisa desenvolvida por Wu, Jin e Wang (2021), realizada com 3.289 pacientes atendidos em 103 hospitais chineses. Os autores identificaram correlações significativas entre a empatia percebida no comportamento do

médico, os níveis de confiança depositados pelo paciente e a qualidade da relação médico-paciente. Os resultados demonstraram que a avaliação positiva dessa relação não depende exclusivamente da aptidão e competência técnica do profissional, mas está fortemente associada à percepção de benevolência, acolhimento e interesse genuíno pelas necessidades do paciente. Tal constatação reforça a compreensão de que conflitos em saúde, em sua grande maioria, possuem origem em fatores relacionais e comunicacionais, razão pela qual mecanismos de mediação e resolução consensual devem ser acompanhados pelo fortalecimento de práticas assistenciais pautadas na empatia e na construção da confiança mútua.

Em complemento, Wu, Jin e Wang (2021) verificaram que a confiança do paciente atua como elemento mediador entre a empatia médica e a qualidade da relação terapêutica, especialmente quando vinculada à percepção de benevolência do profissional. Esse achado possui relevante repercussão para o campo do Direito da Saúde, uma vez que evidencia que a prevenção de litígios não se restringe à observância formal de protocolos ou ao cumprimento de deveres legais, mas envolve a construção de relações assistenciais baseadas em diálogo, escuta e reconhecimento da dignidade do paciente. Em ambientes nos quais a confiança é preservada, tende a haver maior disposição para a resolução consensual de divergências, favorecendo a utilização de instrumentos como mediação sanitária, termos de ajustamento e protocolos ético-jurídicos voltados à reconstrução do vínculo terapêutico. Nessa senda, os pesquisadores referenciados verificaram que:

> A empatia consiste na capacidade de compreender a perspectiva e os sentimentos do paciente, bem como de compartilhar essa compreensão e agir de acordo com ela durante as interações interpessoais. A empatia médica contribui para a construção de relações médico-paciente mais sólidas e para a manutenção do vínculo terapêutico mesmo em contextos de conflito, exercendo influência positiva sobre os resultados em saúde em razão de seus efeitos favoráveis sobre essa relação. Os pacientes relatam que a construção da confiança está diretamente relacionada aos comportamentos empáticos demonstrados pelos médicos durante as interações clínicas, tais como a atenção aos seus sentimentos e emoções, a demonstração de compreensão de sua perspectiva, o fornecimento de tranquilização e a prestação de cuidados compatíveis com suas necessidades. A empatia também contribui para a redução da desconfiança em relação a pessoas desconhecidas. Além disso, de acordo com o modelo integrativo de confiança de Mayer e com o modelo de atribuição causal para reparação da confiança de Tomlinson, o fortalecimento da empatia médica pode constituir estratégia eficaz para reconstruir a confiança dos pacientes e melhorar relações médico-paciente que se encontram fragilizadas. Dessa forma, tanto as formulações teóricas quanto as pesquisas já desenvolvidas apontam para o papel relevante da empatia na construção da confiança do paciente. Apesar disso, ainda são escassos os estudos empíricos voltados especificamente à análise da

> relação entre empatia médica, confiança do paciente e qualidade da relação médico-paciente (Wu, Jin e Wang, 2021, p. 1.389, tradução própria).

Dessa forma, a empatia médica deixa de representar apenas uma virtude profissional e passa a constituir elemento estratégico para a redução da litigiosidade e para o fortalecimento de modelos humanizados de assistência à saúde.

A análise desenvolvida por Warde-Filho, Nunes e Yarshell (2022) evidencia que as transformações ocorridas na relação médico-paciente ao longo das últimas décadas alteraram significativamente a forma como os conflitos em saúde se desenvolvem e são solucionados. O maior acesso da população à informação e aos conteúdos relacionados à saúde ampliou a participação dos pacientes nos processos decisórios, tornando-os mais questionadores em relação aos diagnósticos, prognósticos e tratamentos propostos. Embora essa mudança represente avanço no fortalecimento da autonomia do paciente, os autores observam que ela também pode contribuir para o surgimento de divergências quando expectativas, percepções de risco e interpretações acerca dos resultados terapêuticos não são adequadamente discutidas durante o acompanhamento clínico. Nesse quadro, a qualidade da comunicação entre médico e paciente assume papel central na prevenção dos conflitos, funcionando como importante mecanismo de profilaxia jurídica capaz de reduzir incompreensões, desgastes relacionais e futuras demandas judiciais.

Outrossim, Warde-Filho, Nunes e Yarshell (2022) destacam que o aumento da judicialização da medicina tem contribuído para o desenvolvimento de posturas defensivas por parte dos profissionais de saúde, favorecendo relações mais formais, técnicas e distanciadas. Diante desse cenário, os autores defendem a utilização do denominado sistema de justiça multiportas como instrumento apto a proporcionar soluções mais adequadas às particularidades dos conflitos médico-paciente. A mediação e a conciliação surgem, nessa realidade, como mecanismos capazes de restabelecer o diálogo, reconstruir a confiança e permitir que os interesses subjacentes ao conflito sejam efetivamente compreendidos, sem a necessidade imediata de submissão da controvérsia ao Poder Judiciário. Sob esse prisma, as soluções jurídico-terapêuticas passam a desempenhar relevante função não apenas na resolução dos litígios já instaurados, mas também na preservação da relação terapêutica e na promoção de uma cultura de cuidado pautada pela comunicação, pela autonomia e pelo respeito mútuo.

Assim, a consolidação de mecanismos consensuais, protocolos ético-jurídicos e estratégias de mediação representa movimento compatível com as transformações contemporâneas do Direito da Saúde. O enfrentamento da judicialização não depende exclusivamente de restrições ao acesso ao Poder Judiciário, mas da construção de alternativas capazes de resolver conflitos antes de sua escalada para o ambiente processual. A valorização do diálogo, da autonomia, da escuta e da cooperação permite que o cuidado em saúde seja compreendido não apenas como atividade técnica, mas como prática relacional comprometida com a dignidade humana.

Por fim, conclui-se que as soluções jurídico-terapêuticas representam instrumentos capazes de aproximar o Direito dos objetivos fundamentais da assistência em saúde. Ao privilegiar a comunicação, a construção compartilhada de decisões e a resolução consensual dos conflitos, esses mecanismos contribuem simultaneamente para proteção dos direitos dos pacientes, fortalecimento da segurança profissional e redução da litigiosidade que caracteriza parcela significativa das relações sanitárias contemporâneas.

## 7 CONCLUSÕES

O percurso da pesquisa demonstrou que o litígio, quando observado em sua complexidade, revela tensões entre direito fundamental à saúde, acesso à justiça, insuficiências administrativas, limites de gestão, falhas, vulnerabilidade do paciente, insegurança profissional e transformação da relação médico-paciente em espaço de conflito. A investigação partiu desse cenário para examinar em que medida a humanização institucionalizada da prática médico-clínica, associada à gestão legal de riscos, pode contribuir para reduzir a judicialização da saúde e da medicina sem comprometer a tutela jurisdicional dos direitos fundamentais.

Para tanto, o objetivo geral consistiu em investigar, sob perspectiva jurídico-humanística e interdisciplinar, como a humanização institucionalizada da especialização em Clínica Médica, integrada à gestão legal de riscos, pode contribuir para a redução de conflitos relacionados à saúde e ao ato médico no Brasil. Esse objetivo foi enfrentado por meio de um itinerário argumentativo progressivo. Inicialmente, analisou-se a

formação histórico-normativa do direito à saúde, o Sistema Único de Saúde, a tensão entre tutela individual e tutela coletiva e os efeitos orçamentários e institucionais da judicialização. Em seguida, examinou-se a judicialização da saúde no Brasil, com atenção aos seus marcos legislativos e conceituais, à jurisprudência, à reserva do possível, ao mínimo existencial e às dificuldades de gestão pública. Posteriormente, a tese avançou para a judicialização da medicina, deslocando a análise do plano macroinstitucional para o cotidiano da prática médica, em que a relação médico-paciente, a responsabilidade civil, a medicina defensiva, a bioética, o consentimento informado e a documentação clínica assumem uma posição nuclear.

Na linha de investigação, também foi possível examinar as políticas públicas de saúde e a gestão legal do risco hospitalar, especialmente em sua relação com a humanização, a segurança do paciente, os eventos adversos e a construção de rotinas institucionais hábeis a prevenir danos evitáveis. Por fim, a análise concentrou-se na relação médico-paciente como pilar de prevenção de litígios, demonstrando que a comunicação qualificada, a confiança terapêutica, a escuta ativa, a decisão compartilhada, o consentimento informado, o prontuário adequado, a formação do médico-clínico, a mediação e os protocolos ético-jurídicos compõem uma rede de medidas preventivas que incidem antes da gênese do processo judicial. Com base nisso, os objetivos específicos foram enfrentados de forma integrada, consubstanciada no fato de que a tese contextualizou o direito à saúde, examinou a judicialização, analisou instrumentos de humanização e gestão de riscos, sistematizou dados e decisões relevantes, distinguiu a judicialização da saúde da judicialização da medicina e avaliou a Clínica Médica como campo estratégico de mitigação de conflitos.

Quanto à resposta ao problema de pesquisa, a tese sustentou, nos limites do método empregado, que a judicialização da saúde e da medicina pode ser mitigada pela humanização institucionalizada da prática médico-clínica e pela gestão legal de riscos quando tais elementos deixam de funcionar como discursos abstratos e passam a integrar rotinas concretas de cuidado, gestão, comunicação e responsabilização institucional. A mitigação, nesse sentido, não significa supressão do litígio, redução artificial do acesso ao Poder Judiciário ou deslocamento indevido do ônus do sistema para o paciente. Significa qualificação da assistência antes do conflito, tratamento adequado das divergências quando elas surgem e preservação da tutela jurisdicional quando ela se mostrar necessária.

Em seguida, a discussão confirmou a hipótese central à medida em que a pesquisa demonstrou que a humanização institucionalizada, quando vinculada à segurança do paciente,

à comunicação, ao consentimento, ao registro clínico, à gestão legal do risco e aos mecanismos autocompositivos, possui potencial para reduzir conflitos evitáveis, fortalecer a confiança e qualificar a resposta institucional diante de danos, frustrações ou insuficiências assistenciais. Essa confirmação, entretanto, deve ser compreendida nos limites da metodologia adotada, pois a tese não comprovou causalidade estatística entre humanização e diminuição numérica de processos. O que se demonstrou, com base em pesquisa bibliográfica e documental, foi a existência de uma relação jurídico-institucional consistente entre práticas humanizadas, gestão de riscos, segurança assistencial e prevenção de conflitos judicializáveis.

Já no tocante à avaliação da primeira hipótese complementar, conclui-se pela sua confirmação, tendo em vista que a efetividade da humanização depende de sua articulação com instrumentos concretos de cuidado e governança. Humanização isolada, compreendida como cordialidade ou predisposição subjetiva do profissional, não é suficiente para enfrentar a litigiosidade. O estudo demonstrou que a humanização substancial para o Direito Médico exige comunicação compreensível, escuta qualificada, participação do paciente, consentimento informado, documentação adequada, protocolos assistenciais, cultura de segurança e gestão institucional dos riscos. A humanização, nessa perspectiva, deixa de ser categoria meramente ética e passa a integrar a própria materialidade do direito à saúde, na medida em que contribui para cuidado seguro, digno, informado e responsivo.

Relativamente ao potencial diferenciado da especialidade da Clínica Médica, consistente na segunda hipótese, foi igualmente sustentado, com as cautelas próprias da pesquisa documental. A Clínica Médica se mostrou área sensível à prevenção de litígios porque ocupa lugar de coordenação do cuidado, interpretação da complexidade clínica, manejo de multimorbidades, comunicação de incertezas diagnósticas, integração entre profissionais e acompanhamento de decisões que dependem de adesão, confiança e continuidade. O médico-clínico, nesse cenário, aparece como o profissional capaz de ordenar informações, traduzir riscos, construir vínculos, registrar racionalidades clínicas e mediar expectativas. Contudo, é salutar mencionar que essa atuação não elimina a possibilidade de equívoco, dano ou litígio, mas é passível de redução das probabilidades de que falhas comunicacionais, despersonalização do cuidado ou ausência de registro convertam desfechos clínicos adversos em conflitos juridicizados.

A terceira hipótese, relacionada aos mecanismos autocompositivos, encontrou respaldo no desenvolvimento da tese, considerando que a mediação, a conciliação, os termos

de ajustamento e os protocolos ético-jurídicos foram estudados como instrumentos de tratamento adequado dos conflitos, principalmente quando associados a ouvidorias, comissões de humanização, núcleos de segurança do paciente, gestão de riscos e rotinas institucionais de resposta. Tais mecanismos não substituem o processo judicial, nem retiram do paciente o direito de buscar tutela jurisdicional. Sua função é criar espaços de escuta, esclarecimento, recomposição do diálogo, correção de falhas e prevenção da escalada processual. Em conflitos marcados por sofrimento, vulnerabilidade, continuidade assistencial e assimetria técnica, a resposta exclusivamente judicial muitas vezes se revela insuficiente para reconstruir confiança ou produzir soluções proporcionais à complexidade do caso.

O passo seguinte da pesquisa permitiu, ainda, delimitar a diferença entre judicialização da saúde e judicialização da medicina. A primeira, em larga medida, relaciona-se ao acesso a prestações sanitárias, medicamentos, tratamentos, procedimentos, leitos, cobertura assistencial e políticas públicas. A segunda incide mais diretamente sobre a prática médica, a responsabilidade profissional, a relação médico-paciente, o consentimento, o prontuário, o erro diagnóstico, o evento adverso, a quebra de confiança e a qualidade da comunicação clínica. Essa distinção é importante porque evita tratar fenômenos diversos como se fossem uma única realidade. A judicialização da saúde convoca debates sobre políticas públicas, orçamento, equidade, universalidade e integralidade; a judicialização da medicina exige análise da autonomia técnica, da falibilidade clínica, da responsabilidade civil, da bioética, da confiança terapêutica e dos deveres de informação e cuidado.

Os capítulos posteriores demonstraram que o direito à saúde não se esgota na disponibilidade formal de serviços, tecnologias ou prestações sanitárias. O conteúdo material desse direito envolve qualidade assistencial, segurança, continuidade, informação, acolhimento, participação do paciente e respeito à dignidade humana. Um serviço formalmente acessível pode ser juridicamente insuficiente quando prestado de modo despersonalizado, inseguro, desinformado, fragmentado ou incapaz de reconhecer a vulnerabilidade concreta de quem busca cuidado. Por essa razão, a humanização institucionalizada assume relevância no âmbito jurídico, notadamente porque permite compreender que o direito à saúde não é apenas direito de entrada no sistema, mas direito a uma experiência assistencial minimamente segura, compreensível, coordenada e compatível com a condição humana do paciente.

No campo da responsabilidade civil médica, a tese demonstrou que a litigiosidade não decorre exclusivamente do erro técnico. O erro médico permanece como uma das principais categorias de processos judiciais e deve ser apurado quando houver dano, culpa e nexo causal. Todavia, a experiência mostra que muitos conflitos se formam em torno de falhas que antecedem ou acompanham o dano: ausência de informação adequada, consentimento genérico ou incompreendido, prontuário insuficiente e apócrifo, comunicação de más notícias de modo inadequado, alta sem orientação clara, ruptura do vínculo terapêutico, sensação de abandono e ausência de resposta institucional. O problema jurídico, nesses casos, não se limita à perícia sobre a correção técnica da conduta. Ele alcança a forma como o cuidado foi explicado, registrado, acompanhado e institucionalmente sustentado.

Em complemento, a documentação médica foi compreendida como elemento de convergência entre cuidado, segurança e responsabilidade. O prontuário adequado possui função essencial à assistência médico-hospitalar, considerando a continuidade do cuidado, comunicação entre equipes, memória clínica, rastreabilidade de decisões, registro de hipóteses, riscos, alternativas, orientações e consentimentos. Quando o raciocínio clínico não é registrado, a conduta pode parecer arbitrária; quando o risco não é documentado, o desfecho adverso pode parecer surpresa ilegítima; quando a orientação não consta do prontuário, a defesa ética e jurídica da atuação profissional se fragiliza. Assim, a gestão documental não burocratiza a medicina; ela protege o paciente, a equipe, a instituição e a própria qualidade da decisão clínica.

Por sua vez, a gestão legal de riscos mostrou-se valioso instrumento para aproximar o Direito da rotina hospitalar sem transformar o cuidado em prática defensiva. A tese sustentou que o gerenciamento de riscos em saúde deve envolver identificação de vulnerabilidades, prevenção de eventos adversos, protocolos de segurança, atualização normativa, treinamento de equipes, monitoramento de indicadores, comunicação de incidentes, análise de causas e participação do paciente. Nesse quadro, a atuação jurídica pode contribuir para o desenho institucional, conformidade ética, qualificação documental, prevenção de danos e construção de fluxos adequados de resposta. Trata-se de deslocar a atuação jurídica do eixo exclusivamente contencioso para uma função preventiva, organizacional e cooperativa.

A análise da residência e da formação do médico-clínico permitiu acrescentar uma dimensão formativa ao problema. A pesquisa não localizou base suficiente para afirmar que a residência em Clínica Médica reduz diretamente a judicialização. Ainda assim, os achados

bibliográficos e documentais autorizam inferir que a formação clínica supervisionada pode atuar sobre fatores intermediários relevantes para a prevenção de conflitos: raciocínio diagnóstico, manejo da incerteza, comunicação, decisão compartilhada, segurança do paciente, registro e resposta a eventos adversos. Por fim, verificou-se que a residência médica não pode ser considerada a solução isolada para a litigiosidade em termos de saúde, mas, por outro lado, representa espaço estratégico de formação de habilidades e competências técnicas, éticas e comunicacionais indispensáveis ao médico-clínico contemporâneo.

De uma análise global da tese, as contribuições podem ser identificadas em planos distintos. No plano teórico, a pesquisa contribui ao tratar a judicialização da saúde e da medicina como fenômeno ambivalente, evitando tanto sua "demonização" como excesso de litigiosidade quanto sua celebração acrítica como única via de efetivação de direitos. A tese propõe uma leitura intermediária e juridicamente qualificada, no sentido de que a judicialização pode ser necessária, legítima e indispensável em inúmeras situações; sua expansão também evidencia falhas prévias de acesso, comunicação, gestão, segurança e confiança. Essa interpretação permite interpretar o litígio como ponto de chegada de trajetórias assistenciais e institucionais que poderiam, em parte, ser melhor conduzidas.

No plano jurídico, a contribuição está em articular Direito Médico, Direito à Saúde, responsabilidade civil, consentimento, dever de informação, Código de Defesa do Consumidor, Código de Ética Médica, gestão de riscos e métodos consensuais de resolução de conflitos. A tese reforça que a proteção jurídica do paciente não exige descaracterização da autonomia técnica do médico e a autonomia médica legítima é aquela exercida com prudência, informação, justificativa, documentação e respeito à participação do paciente. A proteção do paciente, por sua vez, não se reduz à responsabilização retrospectiva, ela envolve prevenção, segurança, transparência, qualidade assistencial e respostas institucionais adequadas.

No plano bioético, a pesquisa contribui ao reposicionar a relação médico-paciente como espaço de dignidade, autonomia, vulnerabilidade, confiança e corresponsabilidade. A humanização, a escuta ativa, a comunicação terapêutica e a decisão compartilhada foram examinadas como elementos estruturantes da prática médica, não como acessórios de boa conduta. A tese demonstrou que a bioética clínica possui relevância direta para a prevenção da judicialização, pois muitos conflitos decorrem da ausência de reconhecimento do paciente como sujeito de direitos, história, expectativas e valores.

No plano institucional, a tese oferece parâmetros para hospitais, gestores, serviços de saúde, profissionais médicos, departamentos jurídicos e comissões internas. A prevenção de litígios exige integração entre gestão assistencial e gestão jurídica, sem subordinar a clínica ao medo do processo. Protocolos de consentimento, rotinas de comunicação, prontuários qualificados, núcleos de segurança do paciente, ouvidorias efetivas, mediação sanitária, comissões de humanização e análise de eventos adversos formam um conjunto de práticas capazes de reduzir vulnerabilidades. A contribuição prática, portanto, reside em compreender a mitigação da judicialização como processo institucional, relacional e preventivo.

Como amplamente dissertado, a especialidade da Clínica Médica, ao reposicionar o médico-clínico como agente de mitigação da judicialização, evidencia que a prevenção de conflitos, além de depender de normas, protocolos ou decisões judiciais, também necessita da atuação concreta de profissionais capazes de coordenar cuidado, comunicar incertezas, reconhecer vulnerabilidades, registrar decisões, alinhar expectativas e preservar vínculos terapêuticos. Esse reposicionamento não atribui ao médico-clínico responsabilidade exclusiva por problemas estruturais do sistema. Sua finalidade é demonstrar que a prática médico-clínica ocupa lugar privilegiado na prevenção de conflitos porque está próxima do paciente, da família, da equipe, da decisão diagnóstica e dos riscos cotidianos do cuidado.

Não é demais destacar que o estudo apresentou limitações dada a metodologia adotada. A pesquisa foi bibliográfica e documental, de natureza teórica, descritivo-analítica e crítico-propositiva. Não foram realizados questionários, entrevistas, grupos focais, observação de campo ou análise empírica de prontuários, processos administrativos ou autos judiciais em amostra estatística. Por tais motivos, as conclusões não apresentam causalidade empírica direta entre humanização, gestão de riscos e diminuição numérica de ações judiciais. A tese sustentou uma relação de potencialidade jurídico-institucional, fundada em literatura especializada, documentos oficiais, dados públicos, normas, doutrina e decisões judiciais examinadas.

Outra limitação decorre dos dados disponíveis, porque os indicadores de judicialização da saúde nem sempre distinguem, com precisão suficiente, demandas de acesso a políticas públicas, ações contra operadoras, litígios contra instituições hospitalares, processos por erro médico, demandas ético-profissionais e conflitos propriamente relacionados à relação médico-paciente. Essa heterogeneidade impede generalizações amplas sobre a judicialização da medicina a partir de dados agregados de judicialização da saúde. Também exige cautela na

interpretação de dados regionais, especificamente quando o recorte territorial de Campo Grande - MS e Mato Grosso do Sul se apoia em fontes documentais, relatórios públicos e decisões disponíveis, sem pesquisa empírica de campo nas instituições hospitalares mencionadas.

Quanto à análise jurisprudencial, as decisões examinadas permitem identificar padrões argumentativos, critérios decisórios e tensões entre autonomia médica, dever de informação, responsabilidade civil, prova técnica e proteção do paciente. Porém, elas não compõem amostra estatística exaustiva, nem autorizam afirmar a existência de uniformidade absoluta nos tribunais. A jurisprudência em saúde e responsabilidade médica permanece sensível às particularidades dos casos concretos, à prova pericial, aos documentos produzidos, à natureza da obrigação assumida, ao grau de risco do procedimento e à qualidade da informação prestada. Assim, as conclusões jurisprudenciais da tese devem ser compreendidas como análise qualitativa e documental, não como mapeamento quantitativo integral.

Também há limite na transposição das conclusões para realidades institucionais diversas. Hospitais públicos, hospitais privados, hospitais universitários, unidades filantrópicas, ambulatórios especializados, atenção primária, urgência e emergência possuem capacidades organizacionais distintas. A implementação de práticas de humanização, gestão de riscos, comunicação estruturada, mediação e documentação qualificada depende de recursos, cultura institucional, capacitação, tempo assistencial, infraestrutura, apoio jurídico, compromisso da gestão e participação das equipes. A tese permite afirmar a importância desses instrumentos; sua aplicação concreta exige adaptação aos contextos institucionais e avaliação permanente de resultados.

Essas limitações abrem caminhos consistentes para pesquisas futuras, de modo que estudos empíricos poderiam investigar a percepção de médicos, pacientes, familiares, gestores, advogados hospitalares e magistrados acerca das causas relacionais da judicialização. Pesquisas quantitativas poderiam analisar amostras de processos judiciais envolvendo responsabilidade médica, consentimento informado, prontuário, comunicação de riscos e falhas assistenciais, distinguindo especialidades, tipos de dano, instituições envolvidas e fundamentos decisórios. Investigações comparativas entre especialidades médicas, tais como a Clínica Médica, a Obstetrícia, a Ortopedia, a Cirurgia Plástica, a Anestesiologia e outras áreas poderiam identificar fatores específicos de litigiosidade em cada ramo da ciência médica.

Também se mostram pertinentes pesquisas sobre protocolos de consentimento informado, qualidade da documentação clínica, comunicação de más notícias, decisão compartilhada, alta hospitalar segura e eventos adversos em hospitais de ensino. Estudos regionais em Campo Grande - MS e Mato Grosso do Sul poderiam examinar a interação entre programas de residência médica, segurança do paciente, judicialização local, CEJUSC Saúde, ouvidorias hospitalares e câmaras administrativas de solução de conflitos. Outra agenda promissora envolve a avaliação de programas de mediação em saúde, para verificar se tais mecanismos produzem satisfação das partes, redução da escalada processual, recomposição de confiança e melhoria de práticas institucionais.

E no âmago acadêmico, a formação médica demanda novas investigações. A residência em Clínica Médica pode ser analisada em pesquisas futuras como espaço de desenvolvimento de competências jurídicas, comunicacionais, éticas e documentais. Estudos com residentes e preceptores poderiam examinar como se ensina o dever de informação, o registro do raciocínio clínico, a comunicação de incertezas, o manejo de eventos adversos, o consentimento informado e a prevenção da medicina defensiva. Referida agenda permitiria aprofundar, em bases empíricas, a inferência sustentada nesta tese: a formação do médico-clínico pode atuar sobre fatores intermediários para a prevenção de conflitos judicializáveis.

Ao final, a tese permitiu afirmar que a mitigação da judicialização da saúde e da medicina não se realiza pela negação do conflito, pela resistência ao acesso à justiça ou pela responsabilização abstrata de médicos e instituições. A resposta mais coerente está na qualificação do cuidado, na humanização institucionalizada, na gestão legal de riscos, na segurança do paciente, na comunicação honesta, na escuta ativa, no consentimento informado, na documentação adequada, na formação do médico-clínico e na criação de espaços consensuais de tratamento dos conflitos. Esses elementos não eliminam a necessidade do Poder Judiciário, pois o acesso à justiça permanece essencial quando direitos são violados ou quando a resposta administrativa e assistencial se mostra insuficiente. Contudo, reduzem o número de conflitos evitáveis, qualificam aqueles que chegam ao sistema de justiça e preservam a dignidade do paciente e a segurança do profissional médico.

Portanto, a conclusão nuclear é que o médico-clínico pode atuar como agente de mitigação da judicialização da saúde no Brasil quando sua prática se insere em ambiente institucional humanizado, seguro, comunicativo e juridicamente organizado. Tal atuação exige

domínio técnico, prudência clínica, sensibilidade bioética, capacidade de comunicação, compromisso documental e abertura à construção compartilhada de decisões. O médico-clínico não substitui políticas públicas, gestão hospitalar, controle judicial, protocolos institucionais ou mecanismos de mediação. Sua relevância está em ocupar o ponto de contato mais direto entre o sistema de saúde e a pessoa vulnerável que busca cuidado. É nesse encontro que muitos conflitos se formam; é também nesse encontro que muitos deles podem ser prevenidos, esclarecidos ou adequadamente conduzidos.

Com isso, o estudo sustenta que a humanização pode ser compreendida como dimensão jurídica, ética e institucional do direito à saúde e, em caráter complementar, a gestão legal de riscos é instrumento de segurança assistencial e prevenção de danos. A relação médico-paciente, além de ser vínculo privado entre profissional e usuário, também corresponde ao espaço decisivo de concretização da dignidade, da autonomia, da confiança e da responsabilidade. A judicialização permanece como garantia legítima de tutela de direitos; sua mitigação exige que o cuidado em saúde seja capaz de responder, antes do litígio, às necessidades humanas, clínicas, comunicacionais e institucionais que frequentemente levam o paciente ao Poder Judiciário.

Encerra-se esta tese com a convicção de que as instituições jurídicas, quando articuladas às instituições de saúde, podem contribuir de modo efetivo para o enfrentamento dos problemas estruturais que atravessam a materialização do direito à saúde no Brasil. A experiência social observada na vida de milhares de pessoas que dependem de respostas assistenciais, administrativas e jurisdicionais adequadas permite sustentar uma confiança racional na capacidade de transformação institucional. Trata-se de uma esperança fundada na ação, na responsabilidade e na construção de práticas mais humanas, seguras e resolutivas; esperança própria de quem participa da mudança, acompanha seus efeitos e renova, a partir dela, a crença na possibilidade de uma saúde menos litigiosa, mais digna e verdadeiramente comprometida com a pessoa humana.

## REFERÊNCIAS

ABREU JUNIOR, André Ferreira de. *et al*. Residência médica entre práticas e políticas educacionais: o papel do grupo de trabalho da Abem. Revista Brasileira de Educação Médica, v. 50, supl. 1, esupl45, 2026. DOI: 10.1590/1981-5271v50.supl.1-20260157.

ADRIANO JÚNIOR, Carlos Eduardo. Documentação médica e bioética. São Paulo: Atlas, 2014.

ALBUQUERQUE, Aline. Consentimento informado do paciente, autonomia pessoal e capacidade jurídica: uma temática bioética. 22 out. 2019. Disponível em:

<https://cvmed.com.br/2019/10/22/consentimento-informado-do-paciente-autonomia-pessoal-e-capacidade-juridica-uma-tematica-bioetica/>. Acesso em: 13 jul. 2025.

ALEMANHA. Bundesverfassungsgericht (BVerfG). BVerfGE 33, 303 - Numerus Clausus, de 18 de julho de 1972.

ALEXY, Robert. Teoria dos Direitos Fundamentais. São Paulo: Malheiros, 2017.

ALMEIDA, Guilherme Assis de. Precaução e responsabilidade médica. In: Revista de Direito Sanitário, v. 12, n. 1, 2011.

ALMEIDA LIMA, Cássio. *et al*. Gestão de risco hospitalar: um enfoque na qualidade e segurança do paciente. Revista Eletrônica Gestão e Saúde, v. 5, n. 1, p. 2862-2876, 2014.

ALMEIDA, Marcos Antônio Bettine de; GUTIERREZ, Gustavo Luis; MARQUES, Renato. Qualidade de vida: definição, conceitos e interfaces com outras áreas de pesquisa. São Paulo: EACH/USP, 2012.

AMARAL, Francisco. Direito Civil: introdução. São Paulo: Renovar, 2003.

AMARAL, Sarah Lobo Silva. Gestão Hospitalar. Freitas Bastos, 2025.

ANDRADE, Thaís de Camargo Oliva Rufino; ANDRADE, Paulo Antônio Rufino. A mediação sanitária, como medida de efetivação dos direitos humanos e acesso à justiça. Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário, v. 6, p. 510-518, 2017.

ANGELL, Márcia. A verdade sobre os laboratórios farmacêuticos: como somos enganados e o que podemos fazer a respeito. Rio de Janeiro: Record, 2007.

ARAÚJO, Ana Thereza Meirelles; LINS-KUSTERER, Liliane. O redimensionamento das vulnerabilidades no âmbito da relação médico-paciente diante da COVID-19 no contexto pandêmico brasileiro. Revista da Faculdade Mineira de Direito, v. 24, n. 47, p. 342-358, 2021.

ARAUJO, Nelma Camêlo. Ética e Prontuário de Paciente. Pesquisa Brasileira em Ciência da Informação e Biblioteconomia, v. 13, n. 1, 2018.

ARISTÓTELES. Ética a Nicômaco. Tradução e edição brasileira. São Paulo: Martins Fontes, 2009.

ARTAXO, P. *et al*. Filtration efficiency of a large set of COVID-19 face masks commonly used in Brazil. In: Aerosol Science and Technology, v. 55, issue 9, p. 1028-1041, 2021.

ASENSI, Felipe Dutra. Direito e saúde. Curitiba: Juruá, 2013.

ASENSI, Felipe Dutra. Responsabilidade Solidária dos Entes da Federação e "Efeitos Colaterais" no Direito à Saúde. Revista de Direito Sanitário, São Paulo, Brasil, v. 16, n. 3, p. 145-156, 2015. DOI: 10.11606/issn.2316-9044.v16i3p145-156. Acesso em: 21 mar. 2025.

ASSIS, Renato. Infográfico 2024 | Judicialização da Saúde e da Medicina no Brasil. Minas Gerais, 2024. Disponível em:

<https://anadem.com.br/wpcontent/uploads/2025/12/Infografico-2024-Judicializacao-da-Saude-a-da-Medicina-no-Brasil1.pdf.> Acesso em: 7 jan. 2026.

ÁVILA, Humberto. Princípios e Regras e a Segurança Jurídica. In: Rev. de direito do estado, Rio de Janeiro, 2006 jan/mar; 34(07):189-206.

AYRES, J. R. de C. M. Humanização da assistência hospitalar e o cuidado como categoria reconstrutiva. In Ciência & Saúde Coletiva, v.9 (1), 2004, p. 15-29.

AZEVEDO, Fernando. A responsabilidade civil médica no contexto da judicialização da saúde. In: Revista Bioethikos, v. 10, n. 2, 2016.

AZEVEDO, Valderílio Feijó. Biofármacos e ética em reumatologia. Rev. Bioética. v. 19, n. 3, p. 659-670, 2011.

BALESTRIN, F. Gerenciamento de risco legal em saúde não evita apenas erros. In: Consultor Jurídico, 2003. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2003-nov-7/importancia_gerenciamento_risco_legal_saude?imprimir=1.> Acesso em: 26 set. 2023.

BAPTISTA, T. W. de F.; MACHADO, C. V.; LIMA, L. D. Responsabilidade do Estado e direito à saúde no Brasil: um balanço da atuação dos Poderes. Ciência & Saúde Coletiva, v. 14, n. 3, p. 829-839, 2009.

BARBOSA, Roseliane Barbosa. Responsabilidade médica e autonomia do paciente na era da telemedicina: limites jurídicos do consentimento informado em ambientes virtuais de cuidado. International Integralize Scientific, v. 6, n. 57, 2026.

BARBOSA, Sônia Regina da Cal Seixas. Qualidade de vida e ambiente: uma temática em construção. In: BARBOSA, Sônia Regina da Cal Seixas (org.). A temática ambiental e a pluralidade do Ciclo de Seminários do NEPAM. Campinas: UNICAMP, NEPAM, 1998, p. 401-423.

BARROSO, Luís Roberto. Curso de direito constitucional contemporâneo: os conceitos fundamentais e a construção do novo modelo. Revista do Supremo Tribunal Federal, 2010. Disponível em: <https://bibliotecadigital.stf.jus.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/6998/in00001444773.pdf?sequence=4.> Acesso em: 10 abr. 2026.

BARROSO, Luís Roberto. Da falta de efetividade à judicialização excessiva: direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros para a atuação judicial. Revista de Direito Social, Porto Alegre, v. 9, n. 34, p. 11-43, abr./jun. 2009.

BARROSO, Luís Roberto. O novo Direito Constitucional brasileiro: contribuições para a construção teórica e prática da jurisdição constitucional no Brasil. Belo Horizonte: Fórum, 2009.

BAUMAN, Zygmunt. Modernidade Líquida. Rio de Janeiro: Zahar, 2001.

BEAUCHAMP, Tom L.; CHILDRESS, James F. Principles of Biomedical Ethics. 7. ed. Oxford: Oxford University Press, 2013.

BENEVIDES, Regina; PASSOS, Eduardo. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. Ciênc. saúde coletiva vol.10 n.3 Rio de Janeiro July/Sept. 2005.

BEQUER, Ketllin; TAKAHASHI, André. Direitos dos Pacientes sob Tratamento Odontológico: para além do Código de Ética Odontológico. Publicatio UEPG: Ciências Biológicas e da Saúde, v. 29, n. 1, 2024.

BERNARDINIS, Nádia. *et al*. Judicialização da saúde: uma análise de indicadores e dados oficiais sobre medicamentos. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 77, n. 3, e20220413, 2024.

BISHOP, Tara F.; FEDERMAN, Alex D.; KEYHANI, Salomeh. Physicians' Views on Defensive Medicine: A National Survey. Archives of Internal Medicine, 2010; 170(12):1081-1083. DOI:10.1001/archinternmed.2010.155.

BLUMEL, Miriam. *et al*. Germany: Health System Review 2020. European Observatory on Health Systems and Policies, 2020.

BONISSONI, Natammy Luana de Aguiar; NOLDIN, Pedro Henrique Piazza. O grande conflito: a mudança de paradigma na moderna relação jurídica médico-paciente. Revista Brasileira de Bioética, Brasília, v. 16, e7, p. 1-18, 2020.

BORGES, D.L.C. Uma análise das ações judiciais para o fornecimento de medicamentos no âmbito do SUS: o caso do Estado do Rio de Janeiro no ano de 2005. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2007.

BRANDÃO, M. G. S. A; BRITO, O.D; BARROS, L. M. Gestão de riscos e segurança do paciente: mapeamento dos riscos de eventos adversos na emergência de um hospital de ensino. In: Rev. Adm. Saúde, v. 18, (70), jan-mar, 2018.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Gestão de Riscos e Investigação de Eventos Adversos Relacionados à Assistência à Saúde. 3. ed. Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/manuais/copy2_of_infecc_qualidade_cad 7_completo_web_20250915_final2.pdf.> Acesso em: 5 mai. 2026.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Gestão de Riscos e Investigação de Eventos Adversos Relacionados à Assistência à Saúde. Brasília: ANVISA, 2017.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Projeto de Lei nº 1.804, de 12 de maio de 2021. Dispõe sobre o credenciamento de profissionais médicos especialistas e de empresas da área de saúde para o atendimento de pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS) em nível ambulatorial. Brasília: Câmara dos Deputados, 2021. Disponível em:

https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2282742. Acesso em: 26 mar. 2025.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Projeto de Lei nº 4.502, de 14 de agosto de 2019. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre o credenciamento e habilitação de médicos para o atendimento pelo sistema único de saúde. Brasília: Câmara dos Deputados, 2019. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2215264.> Acesso em: 10 de janeiro de 2023.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Decreto Legislativo nº 395, de 9 de julho de 2009. Aprova o texto revisado do Regulamento Sanitário Internacional, acordado na 58ª Assembleia Geral da Organização Mundial de Saúde, em 23 de maio de 2005. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2009.

BRASIL. Decreto Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del2848compilado.htm>. Acesso em: 7 jul. 2023.

BRASIL. Decreto nº 10.212 de 30 de janeiro de 2020. Promulga o texto revisado do Regulamento Sanitário Internacional, acordado na 58ª Assembleia Geral da Organização Mundial de Saúde, em 23 de maio de 2005. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2020.

BRASIL, LEI. Código Civil Brasileiro. Institui o Código Civil. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/L10406compilada.htm.> Acesso em: 29 set. 2023.

BRASIL. Lei nº 13.105, de 16 de março de 2015 – Código de Processo Civil. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13105.htm.> Acesso em: 19 fev. 2023.

BRASIL. Lei nº 13.140, de 26 de junho de 2015 – Dispõe sobre a mediação entre particulares como meio de solução de controvérsias e sobre a autocomposição de conflitos no âmbito da administração pública; altera a Lei nº 9.469, de 10 de julho de 1997, e o Decreto no 70.235, de 6 de março de 1972; e revoga o § 2º do art. 6º da Lei nº 9.469, de 10 de julho de 1997. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br.> Acesso em: 19 fev. 2023.

BRASIL. Lei nº 13.709/2018 – Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD). Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/l13709.htm.> Acesso em: 15 jan. 2022.

BRASIL. Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020. Dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/lei/l13979.htm.> Acesso em: 30 mai. 2022.

BRASIL. Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975. Dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças, e dá outras providências. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6259.htm> Acesso em: 8 mai. 2023.

BRASIL. Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981. Dispõe sobre as atividades do médico residente e dá outras providências. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6932.htm> Acesso em: 24 set. 2025.

BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o estatuto da criança e do adolescente e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069Compilado.htm> Acesso em: 2 jul. 2023.

BRASIL. Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990. Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8078compilado.htm> Acesso em: 2 ago. 2023.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm.> Acesso em: 12 mar. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Vacinômetro. Brasília: 2022. Disponível em: <https://infoms.saude.gov.br/extensions/SEIDIGI_DEMAS_Vacina_C19/SEIDIGI_DEMAS_Vacina_C19.html> Acesso em: 15 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/documento-de-referencia-para-o-programa-nacional-de-seguranca-do-paciente/>. Acesso em: 11 set. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 188, de 3 de fevereiro de 2020. Declara Emergência em Saúde Pública de importância Nacional em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: política nacional de humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <https://www.ufsm.br/app/uploads/sites/443/2018/12/PNH.pdf>. Acesso em: 25 set. 2023.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Agravo em Recurso Especial nº 1.664.806/RJ (2020/0036336-9). Agravante: Carlos Roberto Pereira Alves Filho. Agravada: Maria Grasieli Rodrigues Medeiros. Relator: Raul Araújo, 3 de junho de 2020. Disponível em: <https://stj.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/859838970/agravo-em-recurso-especial-aresp-1664806-rj-2020-0036336-9/decisao-monocratica-859838980>. Acesso em: 12 jan. 2026.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Agravo em Recurso Especial nº 3196469/DF (2026/0082360-5). Agravante: Hospital Maria Auxiliadora S/A. Agravados: Jonatas Fernandes da Silva Camelo e Veronica Ariadnne Vieira da Silva. Relator: Daniela Teixeira, 26 de maio de 2026. Disponível em: <https://scon.stj.jus.br/SCON/SearchBRS?b=DTXT&livre=%2217861+376093796%22+INPATH%28COD%29&thesaurus=&p=false&operador=AND.> Acesso em: 15 jun. 2026.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Recurso Especial nº 1.657.156/RJ (2017/0025629-7). Tema Repetitivo nº 106. Recorrente: Estado do Rio de Janeiro. Recorrido: Fatima Theresa Esteves dos Santos de Oliveira. Relator: Benedito Gonçalves, 25 de abril de 2018. Disponível em: <www.stj.jus.br>. Acesso em: 24 mai. 2022.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Recurso Especial nº 1.704.511/RS (2017/0146301-1). Recorrente: Carlos Roberto Ribeiro Antunes - Espólio, Carla Maria Crocoli Antunes, Claire Maria Crocoli Antunes e Claudia Maria Crocoli Antunes, Recorrido: Círculo Operário Caxiense. Relatora: Nancy Andrighi, 10 de outubro de 2019. Disponível em: <www.stj.jus.br>. Acesso em: 25 set. 2022.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Recurso Especial nº 1.848.862/RN (2018/0268921-9). Recorrente: Anna Maria da Trindade dos Reis e Geraldo Jose Macedo da Trindade. Recorrido: Jose Delfino da Silva Neto, Pedro de Oliveira Cavalcanti Filho e Clínica Pedro Cavalcanti Ltda. Relator: Marco Aurélio Bellizze, 5 de abril de 2022. Disponível em: <www.stj.jus.br>. Acesso em: 10 jun. 2024.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Recurso Especial nº 1978141/SP (2021/0225777-8). Tema Repetitivo nº 1.147. Recorrente: Unimed de Caçapava Cooperativa de Trabalho Médico. Recorrido: Agência Nacional de Saúde Suplementar. Relator: Afrânio Vilela, 14 de maio de 2025. Disponível em: <www.stj.jus.br>. Acesso em: 21 jun. 2025.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Recurso Especial nº 2.166.490/RS (2024/0321586-8). Recorrente: Lucia Maria Schafer - Sucessão. Recorridos: Leandro Passos Sobreiro, Associação Pro-Ensino em Santa Cruz do Sul - APESC e Unimed - Cooperativa de Serviços de Saúde dos Vales do Taquari e Rio Pardo Ltda. Relatora: Nancy Andrighi, 20 de maio de 2025. Disponível em: <https://scon.stj.jus.br/SCON/GetInteiroTeorDoAcordao?num_registro=202403215868&dt_publicacao=26/05/2025>. Acesso em: 25 jun. 2025.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Recurso Especial nº 2.173.636/MT (2023/0164545-5). Recorrente: Rodrigo Martins de Castro. Recorrido: Claudia Numinato Sopelsa. Relatora: Maria Isabel Gallotti, 10 de dezembro de 2024. Disponível em: <www.stj.jus.br>. Acesso em: 21 jun. 2025.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Recurso Especial nº 2168627/SP (2024/0335860-5). Tema Repetitivo nº 1.316. Recorrente: Unimed São Carlos - Cooperativa de Trabalho Médico. Recorrido: Juliana Luchiari de Souza de Andrade. Relator: Ricardo Villas Bôas Cueva, 5 de março de 2026. Disponível em: <www.stj.jus.br>. Acesso em: 10 jul. 2026.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Recurso Especial nº 2206603/DF (2024/0294718-2). Recorrente: I L M da M. Recorrido: J N R N. Relatora: Nancy Andrigui, 19 de agosto de 2025. Disponível em: <www.stj.jus.br>. Acesso em: 21 jan. 2026.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Ação de Descumprimento de Preceito Fundamental nº 45 (Distrito Federal). Requerente: Partido da Social Democracia Brasileira. Requerido: Presidente da República. Relator: Celso de Mello, 29 de abril 2004. Disponível em: <www.stf.jus.br>. Acesso em: 12 dez. 2020.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Reclamação nº 75.188/DF. Reclamante: União. Reclamado: Juiz Federal da 21ª Vara Federal Cível da Seção Judiciária do Distrito Federal. Relator: Gilmar Mendes, 31 de janeiro de 2025. Disponível em: <www.stf.jus.br>. Acesso em: 15 out. 2025.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Recurso Extraordinário nº 1.366.243/SC. Tema de Repercussão Geral nº 1234. Reclamante: Estado de Santa Catarina. Reclamado: Roger Henrique Testa. Relator: Gilmar Mendes, 13 de setembro de 2024. Disponível em: <www.stf.jus.br>. Acesso em: 2 ago. 2025.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Recurso Extraordinário nº 566.471/RN. Tema de Repercussão Geral nº 6. Reclamante: Estado do Rio Grande do Norte. Reclamado: Carmelita Anunciada de Souza. Relator: Marco Aurélio, 26 de setembro de 2024. Disponível em: <www.stf.jus.br>. Acesso em: 9 out. 2025.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Recurso Extraordinário nº 657.718. Tema de Repercussão Geral nº 500. Reclamante: Alcirene de Oliveira. Reclamado: Estado de Minas Gerais. Relator: Marco Aurélio, 22 de maio 2019. Disponível em: <www.stf.jus.br>. Acesso em: 26 nov. 2022.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Recurso Extraordinário nº 855.178/SE. Tema de Repercussão Geral nº 793. Reclamante: União. Reclamado: Maria Augusta da Cruz Santos. Relator: Luiz Fux, 5 de março 2015. Disponível em: <www.stf.jus.br>. Acesso em: 7 set. 2023.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. Acórdão nº 1.787/2017-TCU. Relator Bruno Dantas. Auditoria operacional, sob a forma de fiscalização de orientação centralizada (FOC), no Ministério da Saúde e nas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, com o objetivo de identificar o perfil, o volume e o impacto das ações judiciais na área da saúde, bem como investigar a atuação do Ministério da Saúde e de outros órgãos e entidades dos três poderes para mitigar os efeitos negativos da judicialização nos orçamentos e no acesso dos usuários à assistência à saúde. 2017. Disponível em: <https://pesquisa.apps.tcu.gov.br/#/documento/acordao.> Acesso em: 22 fev. 2023.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. Relatório de Fiscalização sobre Gastos com Judicialização da Saúde. Brasília: TCU, 2021.

BRASIL. Tribunal de Justiça do Estado de Mato Grosso do Sul. Agravo de Instrumento nº 1421235-57.2025.8.12.0000. Agravantes: Município de Campo Grande e Adriane Barbosa Nogueira Lopes. Agravado: Sindicato dos Médicos de Mato Grosso do Sul - SinMed/MS.

Relator: Ary Raghiant Neto, 5 de março de 2026. Disponível em: <https://esaj.tjms.jus.br/cposg5/open.do >. Acesso em: 5 jan. 2026.

BRASIL. Tribunal de Justiça do Estado de Mato Grosso do Sul. Apelação Cível nº 0857144-46.2024.8.12.0001. Apelante: Carlos Alencar Delmondes. Apelado: Estado de Mato Grosso do Sul. Relator: Odemilson Roberto Castro Fassa, 30 de outubro de 2025. Disponível em: <https://esaj.tjms.jus.br/cposg5/open.do>. Acesso em: 5 jan. 2026.

BRASIL. Tribunal de Justiça do Estado de Mato Grosso do Sul. Mandado de Segurança Coletivo nº 0820951-61.2026.8.12.0001. Impetrante: Sindicato dos Médicos de Mato Grosso do Sul - SinMed/MS. Impetrados: Adriane Barbosa Nogueira Lopes e outro. Juiz: Ariovaldo Nantes Corrêa, 22 de maio de 2026. Disponível em: <https://esaj.tjms.jus.br/cposg5/open.do>. Acesso em: 5 jan. 2026.

BRASIL. Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo. Apelação Cível nº 1007475-25.2023.8.26.0053. Apelantes: Estado de São Paulo e Serviço Social da Construção Civil do Estado de São Paulo (SECONCI/SP) - Hospital Estadual de Sapopemba (HESAP). Apelada: Bianca das Neves. Relator: Carlos Von Adamek, 19 de dezembro de 2024. Disponível em: <https://esaj.tjsp.jus.br/esaj>. Acesso em: 5 jan. 2026.

BRASIL. Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo. Apelação Cível nº 1007545-80.2023.8.26.0590. Apelante: Janaína Gonçalves dos Santos. Apeladas: Hospital Ana Costa S.A. e Plano de Saúde Ana Costa Ltda. Relator: Márcio Boscaro, 29 de abril de 2025. Disponível em: <https://esaj.tjsp.jus.br/esaj>. Acesso em: 12 jan. 2026.

BRASIL. Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul. Apelação Cível nº 70084087568. Apelante: Sérgio Afonso Heinemann. Apelado: Sucessão de Maria Denise Conceição Quiroga. Relator: Desembargador Marcelo Cézar Müller, 3 de dezembro de 2020. Disponível em: https://www.tjrs.jus.br/novo/busca/?return=proc&client=wp_indexAcesso em: 23 jun. 2023.

BRITTO, Carlos Ayres. O conteúdo jurídico do princípio da dignidade da pessoa humana em tema de direitos fundamentais e os avanços da constituição 1988. In Anais: VI Conferência dos Advogados do DF. Brasília: OAB/DF, 2008, p. 156-168.

BROEKMAN, Jan. M. Bioética con rasgos jurídicos. Madrid: Diles, 1998.

BUCCI, Maria Paula Dallari; DUARTE, Clarice Seixas (coord.). Judicialização da saúde: a visão do Poder Executivo. São Paulo: Saraiva, 2017.

BUCCI, Maria Paula Dallari. Fundamentos para uma teoria jurídica das políticas públicas. São Paulo: Saraiva, 2013.

BUCKMAN, Robert. How to break bad news: a guide for health care professionals. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1992.

BUNDESÄRZTEKAMMER. Behandlungsfehler-Statistik 2023. [S. l.]: Bundesärztekammer, [s. d.]. Disponível em:

<https://www.aerztekammernschlichten.de/fileadmin/user_upload/Gutachterkommissionen_und_Schlichtungsstellen/Behadlungsfehler-Statistik/2023_Behandlungsfehler-Statistik.pdf.> Acesso em: 12 jan. 2026.

BURKE, Gabriel; MELVIN, Lindsay; GINSBURG, Shiphra. Patients are the people who teach me the most: exploring the development of communication skills during internal medicine residency. Journal of Graduate Medical Education, 2023.

BUSSMANN, Werner. Les évaluations en Suisse. In: BUSSMANN, Werner; KLÖTI, Ulrich; KNOEPFEL, Peter. Politiques publiques: évaliation. Paris: Economica, 1998. p. 13 33.

CAETANO, Rosângela. *et al*. Desafios e oportunidades para a telessaúde em tempos de pandemia de COVID-19: uma reflexão sobre os espaços e iniciativas no contexto brasileiro. Public Health Cadernos, v. 36, p.e00088920, 2020.

CAIROLI MARTINEZ, Milton. La inexigibilidad de outra conducta. Una aproximación desde la dogmática. In: GREGO, Luís; MARTINS, Antonio (org.). Direito penal como crítica da pena: estudos em homenagem a Juarez Tavares por seu 70. aniversário em 2 de setembro de 2012. Madrid: M. Pons, 2012. 794 p. (Monografias Jurídicas). ISBN 9788487827273. p. 37-52.

CALLE ARCENTALES, Diana Elizabeth; MERO ZAMBRANO, María Fernanda; LUJÁN JOHNSON, Gladys Lola. Dotação orçamentária para gestão de riscos em hospitais públicos: uma revisão conceitual. Vive Revista de Salud, v. 8, n. 23, p. 675-695, 2025.

CÂMARA MUNICIPAL DE CAMPO GRANDE. Em audiência, secretário de saúde alega subfinanciamento e coloca compra de medicamentos como prioridade da gestão. Câmara Municipal de Campo Grande/MS, Campo Grande, 27 fev. 2026. Disponível em: <https://www.camara.ms.gov.br/imprensa/noticias/0/43/0/31925>. Acesso em: 12 mar. 2026.

CAMPO GRANDE NEWS. Antes de mandar SUS pagar remédio, Justiça terá nova ferramenta de consulta. Campo Grande News, Campo Grande, 6 jul. 2026d. Disponível em: <https://www.campograndenews.com.br/brasil/cidades/antes-de-mandar-sus-pagar-remedio-justica-tera-nova-ferramenta-de-consulta.>. Acesso em: 12 jul. 2026.

CAMPO GRANDE NEWS. Justiça muda regra para destravar ações de saúde em Mato Grosso do Sul. Campo Grande News, Campo Grande, 29 jan. 2026b. Disponível em: <https://www.campograndenews.com.br/saude-e-bem-estar/justica-muda-regra-para-estravar-acoes-de-saude-em-mato-grosso-do-sul.>. Acesso em: 12 jul. 2026.

CAMPO GRANDE NEWS. Maioria das ações na saúde em MS ainda é contra o SUS. Campo Grande News, Campo Grande, 5 jan. 2026a. Disponível em: <https://www.campograndenews.com.br/brasil/cidades/maioria-das-acoes-na-saude-em-ms-ainda-e-contra-o-sus.> Acesso em: 12 jul. 2026.

CAMPO GRANDE NEWS. Médicos orientam pacientes a buscar Justiça para garantir atendimento na Capital. Campo Grande News, Campo Grande, 18 jun. 2025. Disponível em: <https://www.campograndenews.com.br/cidades/capital/medicos-orientam-pacientes-a-buscar-justica-para-garantir-atendimento-na-capital.> Acesso em: 5 ago. 2025.

CAMPO GRANDE NEWS. Mesmo mais rápida, Justiça acumula 25 mil ações de saúde em MS. Campo Grande News, Campo Grande, 17 fev. 2026c. Disponível em: <https://www.campograndenews.com.br/brasil/cidades/mesmo-mais-rapida-justica-acumula-25-mil-acoes-de-saude-em-ms.> Acesso em: 12 jul. 2026.

CAMPO GRANDE NEWS. Saúde terá R$ 29 mi para aliviar gastos com judicialização e reestruturação. Campo Grande News, Campo Grande, 27 jan. 2024. Disponível em: <https://www.campograndenews.com.br/brasil/cidades/saude-tera-r-29-milhoes-para-aliviar-gastos-com-judicializacao-e-reestruturacao.> Acesso em: 10 mai. 2025.

CAMPO GRANDE. Secretaria Municipal de Saúde. Comissão de Orçamento e Finanças. Parecer nº 001/2021: Comissão de Orçamento e Finanças 2021 – CMS. Campo Grande: CMS – SESAU, 2021.

CAMPO GRANDE. Secretaria Municipal de Saúde. Comissão de Orçamento e Finanças. Pareceres nº 004 e 009/2020: Comissão de Orçamento e Finanças 2020 – CMS. Campo Grande: CMS – SESAU, 2020.

CAMPO GRANDE. Secretaria Municipal de Saúde. Relatório Anual de Gestão 2019. Aprovação da Comissão de Orçamento e Finanças do Conselho Municipal de Saúde. Campo Grande: SESAU, 2019.

CAMPO GRANDE. Secretaria Municipal de Saúde (SESAU); CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE. Balancetes Anuais de Saúde: 2020–2024. Campo Grande: SESAU/CMS, 2024.

CAMPOS, Carlos Frederico Confort; FÍGARO, Roseli. A relação médico-paciente vista sob o olhar da comunicação e trabalho. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, v. 16, n. 43, p. 2352, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.5712/rbmfc16(43)2352.> Acesso em: 3 jun. 2026.

CAMPOS, José de Oliveira; PEDROSO, Ênio Roberto Pietra; DE FARIA, Júlia Ribeiro Vaz. A medicina contemporânea pode fazer mal para os pacientes?. Rev Med Minas Gerais, Belo Horizonte, v. 32: e-32301, 2022. Disponível em: <https://rmmg.org/artigo/detalhes/3912.> Acesso em: 2 mar. 2024.

CAMPOS, Roberto Augusto de Carvalho; CAMARGO, Rosmari Aparecida Elias; NEVES, Luciano Rodrigues. The judicialization of the medical act. Brazilian Journal of otorhinolaryngol, v. 82, n. 1, p. 1-2, jan. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808869420160001000 01&lng=pt. http://dx.doi.org/10.1016/j.bjorl.2015.12.002.> Acesso em: 12 jul. 2025.

CAÑETE, Roberto; GUILHEM, Dirce; BRITO, Katia. Consentimiento informado: algunas consideraciones actuales. Acta bioethica, 2012, Vol.18(1).

CANOTILHO, José Joaquim Gomes. Direito Constitucional e Teoria da Constituição. Coimbra: Almedina, 2003.

CAPPELLETTI, Mauro; GARTH, Bryant. Acesso à justica. Trad. Ellen Gracie Northfleet. Porto Alegre: Sérgio Antônio Fabris, 1988.

CAPRARA, Andrea. *et al*. A relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. Cadernos de saúde pública, v. 15, p. 647-654, 1999.

CAPRARA Andrea; FRANCO, Anamélia Lins e Silva. A relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. Cad. Saúde Pública do Rio de Janeiro 1999;15(3):647-54.

CAPRARA, Andrea; RODRIGUES, Josiane. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. Ciência & saúde coletiva, v. 9, p. 139-146, 2004.

CARNEIRO, F. S. *et al*. Eventos adversos na clínica cirúrgica de um hospital universitário: instrumento de avaliação da qualidade. Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2011 abr/jun; 19(2):204-11.

CASABONA, Carlos Maria Romeo. O Direito Biomédico e a Bioética. Biotecnologia e suas implicações ético-jurídicas. Org. CASABONA, Carlos Maria Romeo e QUEIROZ, Juliane Fernandes. Belo Horizonte: Del Rey, 2005.

CASSELL, Eric J. The nature of suffering and the goals of medicine. New York: Oxford University Press, 1991.

CAVALCANTI, Anette Cristine Ferreira; MARTENS, Cristina Dai Prá. Influências do gerenciamento de riscos na melhoria das aquisições públicas de um hospital da rede Sentinela. Revista Eletrônica Gestão e Saúde, v. 6, n. 2, p. 67, 2015.

CAVALIERI FILHO, Sérgio. Programa de responsabilidade civil. 17. ed. São Paulo: Atlas, 2026.

CDC. SARS-CoV-2 Variant Classifications and Definitions Updated. May 12, 2021. Disponível em: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/casesupdates/variantsurveillance/variant-info.html>. Acesso em: 10 jun. 2022.

CHEN, N. *et al*. Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study. In: The Lancet, v. 395, issue 10223, p. 507-513, 2020.

CHERUBIN, N. A. & SANTOS, N.A.A.P. Administração Hospitalar: Fundamentos. 3 ed. São Paulo: Loyola, 2002.

CIANCIARULLO, T. I. Instrumentos básicos para o cuidar - um desafio para a qualidade de assistência. São Paulo: Atheneu, 2003.

CMPA - CANADIAN MEDICAL PROTECTIVE ASSOCIATION. 2023 Annual Report. Ottawa: CMPA, 2024. Disponível em: <https://www.cmpa-acpm.ca/en/about/annualreport/2023-cmpa-annual-report.> Acesso em: 12 jan. 2026.

COELHO, Inocêncio Mártires. Interpretação Constitucional. 4. ed. São Paulo: Saraiva, 2011.

COHEN, Claudio. Por que pensar a bioética?. Revista da Associação Médica Brasileira, v. 54, n. 6, p. 473–474, nov. 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ramb/a/qMNSRZcB9JHC7vsLpdV7pyc/.> Acesso em: 14 jul. 2025.

COLUCCI, Claudia. Família pede na justiça que SUS dê remédio de alto custo para cadela. Folha de S. Paulo, São Paulo, 7 set. 2016. Cotidiano, p. B-2.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Código de Ética Médica: Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019/Conselho Federal de Medicina – Brasília, 2019. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/PDF/cem2019.pdf.> Acesso em: 6 jul. 2023.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Medicina Defensiva no Brasil – 2. ed. Brasília: CFM, 2022.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Recomendação CFM nº 1/2016. Dispõe sobre o processo de obtenção de consentimento livre e esclarecido na assistência médica. Brasília: CFM, 2016.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM nº 2.232, de 17 de julho de 2019. Estabelece normas éticas para a recusa terapêutica por pacientes e objeção de consciência na relação médico-paciente. Brasília: CFM, 2019.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 1.931/09. Aprova o Código de Ética Médica. Brasília, 17 de setembro de 2009.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução nº 1.638/2002 - Prontuário Médico.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. Justiça em Números 2021. Brasília: CNJ, 2021.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. Justiça em Números 2024. Brasília: CNJ, 2024.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. FONAJUS Itinerante: Campo Grande-MS: a saúde onde você está. Brasília: CNJ, 2024. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/wpcontent/uploads/2021/07/Relatorio_Judicializacao-e-Sociedade-16072021.pdf.> Acesso em: 23 abr. 2024.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. Judicialização da Saúde no Brasil: Dados e Reflexões. Brasília: CNJ, 2019.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. Judicialização da saúde no Brasil: perfil das demandas, causas e propostas de solução. Instituto de Ensino e Pesquisa - INSPER, 2019. Disponível em: <http://www.cnj.jus.br/files/conteudo/arquivo/2019/03/66361404dd5ceaf8c5f7049223bdc70.pdf> Acesso em: 20 fev. 2023.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. Judicialização e sociedade: ações para acesso à saúde pública de qualidade. Brasília: CNJ, 2021. Disponível em:

<https://www.cnj.jus.br/wpcontent/uploads/2021/07/Relatorio_Judicializacao-e-Sociedade-16072021.pdf> Acesso em: 23 fev. 2023.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. Painel de Estatísticas Processuais de Direito da Saúde. Brasília: CNJ, 2022. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/saude-suplementar-pontua-impacto-de-processos-judiciais-para-equilibrio-do-setor/>. Acesso em: 15 nov. 2024.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA; PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. Diagnóstico da judicialização da saúde pública e suplementar. Brasília: CNJ, 2025. 132 p. ISBN 978-65-5972-204-4.> Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2025/11/251105-02-cnj-pnud-diagnostico-da-judicializacao-da-saude-publica-e-suplementar.pdf.> Acesso em: 24 mai. 2026.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. Resolução nº 125, de 29 de novembro de 2010 do Conselho Nacional de Justiça - Dispõe sobre a Política Judiciária Nacional de tratamento adequado dos conflitos de interesse no âmbito do Poder Judiciário e dá outras providências. Disponível em: <http://www.cnj.jus.br.> Acesso em: 24 fev. 2023.

CONSELHO NACIONAL DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO EM DIREITO (CONPEDI). Acesso à justiça, solução adequada de conflitos e tecnologias do processo II. Coordenadores: Adriana Silva Maillart; Luciana de Aboim Machado; Sérgio Henriques Zandona Freitas; Susana Isabel da Cunha Sardinha Monteiro. Florianópolis: CONPEDI, 2024. Disponível em: <https://site.conpedi.org.br/publicacoes/v38r977z/805ya6l3/J2XUO34I40ews0K5.pdf.> Acesso em: 10 jun. 2026.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). Manual para entender a gestão do SUS - A atenção primária e as redes de atenção à saúde (2021). Disponível: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/20200506_Pcatool_versao_preliminarFinal.pdf.> Acesso em: 24 mar. 2025.

CORGOZINHO, Marcelo Moreira; OLIVEIRA, Aline Albuquerque Sant'Anna de. Equidade em saúde como marco ético da bioética. Saúde e Sociedade, v. 25, p. 431-441, 2016.

CORRÊA, Júlia Cariello Brotas; ZAGANELLI, Margareth Vetis; DA SILVA GONÇALVES, Bárbara Donnária. Telemedicina no Brasil: desafios ético-legais em tempos de pandemia de Covid-19. Humanidades e tecnologia (FINOM), v. 1, pág. 200-218, 2020.

CORREIO DO ESTADO. Advogados e médicos de MS faturam alto com judicialização da saúde, indica PGE. Correio do Estado, Campo Grande, 26 fev. 2025a. Disponível em: <https://correiodoestado.com.br/cidades/advogados-e-medicos-de-ms-faturam-alto-com-judicializacao-da-saude/444312/.> Acesso em: 2 mar. 2025.

CORREIO DO ESTADO. Judicialização da saúde: Procuradoria indica esquema entre médicos e advogados. Correio do Estado, Campo Grande, 4 jun. 2024. Disponível em: <https://correiodoestado.com.br/cidades/judicializacao-da-saude-procuradora-indica-esquema-medicos-advogados/431321/.> Acesso em: 14 jun. 2024.

CORREIO DO ESTADO. Secretaria de saúde aponta “perversidade” em judicializações de cirurgias. Correio do Estado, Campo Grande, 26 fev. 2025b. Disponível em: <https://correiodoestado.com.br/cidades/secretarios-judicializacao-da-saude/444349/.> Acesso em: 2 mar. 2025.

CORREIO DO POVO. Quase um terço dos cursos de medicina são mal avaliados no Enamed 2025. Correio do Povo, Porto Alegre, 19 jan. 2026. Ensino. Disponível em: <correiodopovo.com.br.> Acesso em: 15 de mai. 2026.

COSTA JÚNIOR, S.; MEHOAS, E.; SILVA, M. N. Estudo sobre a estruturação da política de saúde na Alemanha. Cadernos UniFOA, Volta Redonda, v. 4, n. 1esp, p. 43, 2018. Disponível em: <https://revistas.unifoa.edu.br/cadernos/article/view/2569.> Acesso em: 22 mar. 2025.

COUSO, Javier A. The politics of judicial review in Chile in the era of democratic transition, 1990-2002. Democratization, [S. l.]: Routledge, v. 10, n. 4, p. 70-91, 2003

COUTO, Maria Cristina Ventura. Por uma política pública de saúde mental para crianças e adolescentes. A criança e a saúde mental: enlaces entre a clínica e a política, v. 1, p. 61-74, 2004.

CREMERS. Manual de Mediação em Saúde. Porto Alegre: CREMERS, 2020.

CUNHA JÚNIOR, Acimar Gonçalves. Alteridade e poder na relação médico-paciente. Revista JRG de Estudos Acadêmicos, v. 5, n. 11, p. 481-490, 2022.

CUNNINGHAM, Wayne.; WILSON, Hamish. Republished original viewpoint: complaints, shame and defensive medicine. Postgraduate Medical Journal, London, v. 87, n. 1034, p. 837 840, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/pgmj.2011.051722rep.> Acesso em: 12 jul. 2025.

CUTLER, David M.; ZWEIGENHAFT, Richard. Health Insurance, Regulation, and Litigation: Economic Consequences. Harvard Law Review, 2019.

D’ÁVILA, Luciana Souza; SALIBA, Graciane Rafisa. A efetivação do direito à saúde e sua interface com a justiça social. Revista de Direito Sanitário, v. 17, n. 3, p. 15-38, 2017.

D’INNOCENZO, Maria; ADAMI, Nilce Piva; CUNHA, Isabel Cristina Kowal Olm. O movimento pela qualidade nos serviços de saúde e enfermagem. 1ª ed. Brasília: Ver. Bras. Enfermagem, 2006.

DAL MORO, CC; DAL MORO, L; RANDOW, R; ZOCRATTO, KBF. Judicialização da saúde: propostas de racionalização. Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário. 2019 jan./mar.; 8(1): 119-140.

DANTAS, Eduardo. COLTRI, Marcos. Comentários ao Código de Ética Médica. 1ª ed. Rio de Janeiro: GZ Editora, 2010.

DANTAS, Eduardo. Direito Médico. 5. ed. Salvador: Editora Juspodivm, 2021.

DANTAS, Eduardo; NOGAROLI, Rafaella. Consentimento informado do paciente frente às novas tecnologias da saúde: telemedicina, cirurgia robótica e inteligência artificial. Revista de Direito Médico e da Saúde, Brasília, n. 21, p. 13-57, jul. 2020.

DE SÁ, Maria de Fátima Freire; OLIVEIRA NAVES, Bruno Torquato; SOUZA, Iara Antunes. Direito e medicina: autonomia e vulnerabilidade em ambiente hospitalar--2018. Editora Foco, 2025.

DESLANDES, Suely F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. Ciência & Saúde Coletiva, v. 9, p. 7-14, 2004.

DEUS, A. D. de. Atenção integrada ao paciente. In Revista PUC Minas, vol.12, segundo semestre de 2015. Disponível em: <https://www.revista.pucminas.br/materia/atencao-integral-aopaciente/.> Acesso em: 23 ago 2022.

DIAS, Marcos Augusto Bastos; DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira. Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto. Ciência & Saúde Coletiva, v. 10, n. 3, p. 699-705, 2005.

DINIZ, Debora; MACHADO, Teresa Robichez de Carvalho; PENALVA, Janaina. A judicialização da saúde no Distrito Federal, Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, v. 19, p. 591-598, 2014.

DINIZ, Maria Helena. Curso de Direito Civil Brasileiro: Responsabilidade Civil. 30. ed. São Paulo: Saraiva, 2013.

DRUCKER, P. Inovação e espírito empreendedor (Entrepreneurship): Prática e princípios. 6 ed. São Paulo: Thompson, 2003.

DRUMOND, José Geraldo de Freitas. Bioética clínica e direito médico. Revista Bioétnicos. n. 6. 2012. p. 78-88. Disponível em: <https://saocamilosp.br/assets/artigo/bioethikos/91/a08.pdf.> Acesso em: 13 jul. 2025.

DWORKIN, Ronald. Levando os direitos a sério. Tradução de Nelson Boeira. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

DWORKIN, Ronald. O Domínio da vida: Aborto, Eutanásia e Liberdades Individuais. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2009.

DWORKIN, Ronald. Uma Questão de Princípio. Tradução de Luís Carlos Borges.1ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

EBERS, Georg. The Ebers Papyrus: A New English Translation, Commentaries and Glossaries. Tradução de Paul Ghalioungui. Cairo: Academy of Scientific Research and Technology, 1987.

ELWYN, G. *et al*. Shared decision making: a model for clinical practice. Journal of General Internal Medicine, [S. l.], v. 27, n. 10, p. 1361–1367, 2012. DOI:

https://doi.org/10.1007/s11606-012-2077-6. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22618581/.> Acesso em: 10 fev. 2022.

ELWYN, G. *et al*. Shared decision-making: A primer for clinicians. Journal Of General Internal Medicine, [S. l.], v. 40, n. 16, p. 3889-3899, dez. 2025. DOI: https://doi.org/10.1007/s11606-025-09707-z. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC12686322/.> Acesso em: 10 mai. 2026.

EMANUEL, Ezekiel J.; EMANUEL, Linda L. Four models of the physician-patient relationship. JAMA, v. 267, n. 16, p. 2221-2226, 1992. DOI: 10.1001/jama.1992.03480160079038.

FARIA, Carlos A. P. de. Ideias, conhecimento e políticas públicas: um inventário sucinto das principais vertentes analíticas recentes. Revista Brasileira de Ciências Sociais, São Paulo, v. 18, n. 51, p. 21-30, 2003.

FASSIS, Flávia Crivellari; MARTINS, Lilian Al-Chueyr Pereira. Arte e ciência no século XVII: Charles Le Brun e o temperamento melancólico. Khronos, São Paulo, Brasil, n. 10, p. 28–46, 2020. Disponível em: <https://revistas.usp.br/khronos/article/view/176576.> Acesso em: 29 jun. 2025.

FAUSTINO, Deivison Mendes. A universalização dos direitos e a promoção da equidade: o caso da saúde da população negra. Ciência & Saúde Coletiva, v. 22, p. 3831-3840, 2017.

FAZ-VER, Domingos Pedro Zina; ROSANELI, Caroline Filla. A desigualdade entre países do Sul-Sul com relação ao direito à saúde. Rev. Iberoam Bioét [Internet], v. 14, p. 01-13, 2020.

FENN, Paul; RICKMAN, Neil. Health Care Economics and the Law: Principles and International Comparisons. Oxford University Press, 2016.

FERNANDES, Ana Tereza; CASTRO, Camila; MARON, Juliana. Desafios para implementação de políticas públicas: intersetorialidade, regionalização. In: Congresso Consad de Gestão Pública, 16-18 abr. 2013, Brasília, DF. Painel 07/025: Governança em rede: inovações da gestão regionalizada em Minas Gerais. Anais... Brasília, DF, 2013. p. 1-20.

FERRAZ, Octávio Luiz Motta. Para equacionar a judicialização da saúde no Brasil. Revista Direito GV, v. 15, p. e1934, 2019.

FERRAZ, Octávio Luiz Motta; VIEIRA, Fabiola Sulpino. Direito à saúde, recursos escassos e equidade: os riscos da interpretação judicial dominante. Dados, v. 52, n. 1, p. 223-251, 2009.

FERREIRA, Arthur Campos. *et al*. A humanização da relação médico-paciente através da anamnese reflexiva: um relato de experiência. Revista Educação em Saúde, v. 7, p. 1-4, 2019.

FERREIRA, Julyenne Dayse de Oliveira. *et al*. Estratégias de humanização da assistência no ambiente hospitalar: revisão integrativa. Revista Ciência Plural, v. 7, n. 1, p. 147-163, 2021.

FIORINI, Lucas Rospendowski; MANSO, Maria Elisa Gonzalez. As Origens da Medicina Ocidental: Mesopotâmia e Egito Antigo. Brazilian Journal Of Health Review, Curitiba, v. 4, n. 4, p. 16609-16615, jul./ago. 2021. Bimestral. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/33997.> Acesso em: 10 jan. 2023.

FIRMO, Osvaldo Oliveira Araújo. Direito à saúde: reflexão sobre a ética da decisão judicial. Rev. Inst. Magistr. Ceará, Fortaleza, Ano 14, n. 29/30, p. 293-306, jan./dez. 2011.

FLOOD, Colleen M. Just Medicare: The Role of Canadian Courts in Determining Health Care Rigths and Acess. Journal of Law, Medicine and Ethics. Cambridge University, 2005.

FOGAÇA, Anderson Ricardo. *et al*. Judicialização da saúde e a necessidade de revisar a jurisprudência dos Tribunais Superiores à luz do consequencialismo. Curitiba: UNICURITIBA, 2021.

FOUCAULT, Michel. O Nascimento da Clínica. Tradução de Roberto Machado. 5. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2001.

FRANÇA, Genival Veloso de. Direito Médico. 12ª ed. revista, atualizada e ampliada. Rio de Janeiro: Forense, 2014.

FREITAS, Beatriz Cristina de; FONSECA, Emílio Prado da; QUELUZ, Dagmar de Paula. A Judicialização da saúde nos sistemas público e privado de saúde: uma revisão sistemática. Interface-Comunicação, Saúde, Educação, v. 24, p. e190345, 2020.

FRISON JUNIOR, Djalma; OLIVEIRA, Lorena Gonçalves. A judicialização do direito à saúde em Mato Grosso do Sul: o acesso a medicamentos e a Lei 6.317/2024. Multitemas, Campo Grande, v. 30, n. especial, p. 59-66, abr. 2025.

GADELHA, Maria Inez Pordeus. O papel dos médicos na judicialização da saúde. Revista CEJ, Brasília, Ano XVIII, n.62, p. 65-70, jan/abr 2014.

GALVÃO, Leandro. Crescimento da judicialização da saúde no Brasil. Migalhas, 5 ago. 2024. Disponível em: <https://www.migalhas.com.br/depeso/412629/crescimento-da-judicializacao-da-saude-no-brasil.> Acesso em: 12 dez. 2024.

GARRAFA, Volnei. Da bioética de princípios a uma bioética interventiva. Revista Bioética (Impr.), Brasília, v. 13, n. 1, 14 set. 2009. Disponível em: <https://revistabioetica.cfm.org.br/revista_bioetica/article/view/97.> Acesso em: 13 jul. 2025.

GARRAFA, Volnei; PORTO, Dora. Intervention bioethics: a proposal for peripheral countries in a context of power and injustice. Bioethics, Oxford, v. 17, n. 5-6, p. 399–416, 2003. DOI: 10.1111/1467-8519.00356. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1467-8519.00356.> Acesso em: 13 jul. 2025.

GARRAFFA, Volnei; PORTO, Dora. Bioética, Poder e Injustiça: por uma ética de intervenção. Brasília: UnB, 2005.

GASPARY, Lisiane Valdez; MORGADO, Gisele de Oliveira; SANTOS, Adriana Pires. Implantação da gestão de risco e disseminação da cultura de segurança: desafios de um hospital público. Revista Acreditação: ACRED, v. 7, n. 13, p. 60-76, 2017.

GAUTRET, P. *et al*. Hydroxychloroquine and azithromycin as a treatment of COVID-19: results of an open-label non-randomized clinical trial. In:, v. 56, issue 1, 2020.

GLOPPEN, Siri. Litigation as a strategy to hold governments accountable for implementing the right to health. Journal of Health and Human Rights. Harvard University, 2008.

GLOVER, McKinley. *et al*. Characteristics of paid malpractice claims among resident physicians in the united states, 2001 to 2015. Academic Medicine, v. 95, n. 2, p. 255-262, 2020.

GOETZ, Katja. *et al*. The influence of fears of perceived legal consequences on general practitioners' practice in relation to defensive medicine - a cross-sectional survey in Germany. BMC primary care, 25(1), 23, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12875-024 02267-x.> Acesso em: 8 jan. 2025.

GOLDIM, José Roberto. Bioética: Origens e Complexidade. Revista HCPA. n. 26. p. 86 92. 2006.

GONÇALVES, Alessandro Marcos da Silva. A Responsabilidade Civil do Médico e os Documentos Médicos Preventivos. Revista de Direito Médico e da Saúde, Brasília, n. 21, p. 105- 117, jul. 2020.

GONÇALVES, Carlos Roberto. Direito civil brasileiro: responsabilidade civil. 7. ed. São Paulo: Saraiva, 2012.

GONTIJO, Guilherme Dias. A judicialização do direito à saúde. Revista Médica de Minas Gerais, v. 20, n. 4, p. 606-611, 2010. Disponível em: <https://rmmg.org/artigo/detalhes/345.> Acesso em: 12 jul. 2025.

GRABER, Mark L.; HUNTE, Haslyn E.; SMITH, Kelly M. Telediagnosis for acute care: implications for the quality and safety of diagnosis. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2020.

GRECO, Rogério. Curso de Direito Penal – Parte Geral. 21. ed. Niterói: Impetus, 2021.

GRUPO GLOBO. Com Impacto do coronavírus, fmi prevê queda de 9,1% para o pib do Brasil neste ano. Grupo Globo, Rio de Janeiro, 24 jun. 2020. Disponível em: <https://g1.globo.com/economia/noticia/2020/06/24/com-impacto-do-coronavirus-fmi-preve-queda-de-91percent-para-o-pib-do-brasil-neste-ano.ghtml.> Acesso em: 24 mai. 2022.

HABERMAS, Jürgen. A inclusão do outro: estudos de teoria política. Tradução de George Speber; Paulo Astor Soethe. São Paulo: Loyola, 2002.

HABERMAS, Jürgen. Direito e democracia: entre facticidade e validade. Tradução de Flávio Beno Siebeneichler. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1997.

HAMPTON JR. *et al*. Relative contributions of history-taking, physical examination, and laboratory investigation to diagnosis and management of medical outpatients. British Medical Journal, 1975; 2(5969): p. 486-9.

HECKMAN, James J. The economics of inequality: The value of early childhood education. American Edu-cator, v. 35, n. 1, 2011, p. 31

HERBY, J.; JONUNG, L.; HANKE, S. A Literature Review and Meta-Analysis of the effects of Lockdowns on Covid-19 Mortality. In: Studies in Applied Economics, nº 200, p. 1-61, 2022.

HIRSCHL, Ran. Towards juristocracy: The origins and consequences of the new constitutionalism. First Harvard University Press, 2004.

HUANG, C. *et al*. Clinical Features of Patients Infected with 2019 Novel Coronavirus in Wuhan, China. In: The Lancet, v.395, issue 10223, p. 497-506, 2020. Disponível em: <https://www.thelancet.com/article/S0140-6736(20)30183-5/fulltext> Acesso em: 29 abr. 2022.

IESS – INSTITUTO DE ESTUDOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Custos da Judicialização da Saúde no Brasil. São Paulo: IESS, 2021.

IESS – INSTITUTO DE ESTUDOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Dados assistenciais da saúde suplementar – Edição especial. São Paulo: IESS, 2024. Disponível em: <https://www.iess.org.br/publicacao/blog/confira-os-estudos-especiais-produzidos-pelo-iess-em-2024>. Acesso em: 10 abr 2026.

IGNÁCIO, Julia. Judicialização da saúde no Brasil: o que é?. 2020. Politize!. Disponível em: <https://www.politize.com.br/judicializacao-da-saudenobrasil/#:~=Os%20dois%20%C3%BAltimos%20foram%20consequ%C3%AAncias,aumentaram%2013%20vezes%20desde%202009.> Acesso em: 19 de fev. 2023.

ILLICH, Ivan. A expropriação da saúde: nêmesis da medicina. 3. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

ILLICH, Ivan. Clinical damage, medical monopoly, the expropriation of health: Three dimensions of iatrogenic. Journal of Medical Ethics, Londres, v. 1, n. 2, p. 78-80, 1975.

INAMI - INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITÉ. Fonds des accidents médicaux: Rapport d'activités 2024. Bruxelles: INAMI, 2025. Disponível em: <https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/fam_rapport_activities_2024.pdf.> Acesso em: 12 jan. 2026.

INGLESBY, Thomas V. *et al*. A. Disease Mitigation Measures in the Control of Pandemic Influenza. In: Biosecurity and Bioterrorism: Biodefense Strategy, Practice, and Science, 4(4), p. 366-375, 2006.

INSTITUTE OF MEDICINE. To err is human: building a safer health system. Washington, DC: National Academy Press, 2000.

IPEA – INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. Pesquisa assistência farmacêutica no Sistema Único de Saúde. Brasília: Ipea, 2025.

ITALIAN SCIENTIST SAYS SHE DISCOVERED MAIN MECHANISM BEHIND COVID-19. The Jerusalem Post. Israel, 3 de mai. 2020. Disponível em: <https://www.jpost.com/health-science/italian-scientist-says-she-discovered-main-mechanism-behind-covid-19-626737>. Acesso em: 20 jun. 2022.

IYER, Shwetha. *et al*. Development and evaluation of a clinical reasoning curriculum as part of an Internal Medicine Residency Program. Diagnosis, v. 6, n. 2, p. 115-119, 2019.

JAHR, Fritz. Bio-Ethik: Eine Umschau über die ethischen Beziehungen des Menschen zu Tier und Pflanze. Kosmos. Handweise für Naturfreunde, v. 24, p. 2-4, 1927.

JAMESON, J. Larry. *et al*. Harrison: princípios de medicina interna. 21. ed. Rio de Janeiro: McGraw-Hill, 2022.

KATZ, Jacob Jay. The silent world of doctor and patient. New York: Free Press, 1984.

KELSEN, Hans. Teoria pura do direito. Tradução de Fernando de Miranda. Prefácio de Fernando Pinto Loureiro. São Paulo: Livraria Acadêmica, 1939.

KFOURI NETO, Miguel. Culpa médica e ônus da prova. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2002.

KFOURI NETO. Miguel. Responsabilidade Civil do Médico. 8. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2013.

KFOURI NETO, Miguel. Responsabilidade Civil dos Hospitais: Código Civil e Código de Defesa do Consumidor. 2. ed. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2015.

KLEIN, Rudolf. The New Politics of the NHS: From Creation to Reinvention. Radcliffe Publishing, 2013.

KLIGERMAN, Jacob. Pesquisa médica e incorporação tecnológica. Editorial. Rev. Bras.Cancerol. São Paulo, v. 49, n. 1, p. 3-4, jan./mar. 2003.

LAMARE, Renata; CASTRO-ARANTES, Juliana; BIANCO, Anna Carolina Lo. A escuta do paciente em cuidados ao fim de vida: entre a ética biomédica e a ética do sujeito. Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar, v. 22, n. spe, p. 28-43, 2019.

LAMY, Marcelo; HAHN, Milton Marcelo; ROLDAN, Rosilma Menezes. O direito à saúde como direito humano e fundamental. Revista Em Tempo, v. 17, n. 01, p. 37-60, 2019.

LEVINSON W. *et al*. Physician-Patient CommunicationThe Relationship With Malpractice Claims Among Primary Care Physicians and Surgeons. JAMA. 1997; 277(7):553–559. DOI:10.1001/jama.1997.03540310051034.

LIBERATO, Carla Cristina Goulart. O Sistema de Saúde Americano, construído como “colcha de retalhos” / The American Health System, built as a "patchwork quilt. Brazilian

Journal of Development, [S. l.], v. 7, n. 5, p. 51093–51104, 2021. DOI: 10.34117/bjdv.v7i5.30147. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/30147.> Acesso em: 21 mar. 2025.

LIMA, Luciana L.; D'ASCENZI, Luciano. Implementação de políticas públicas: perspectivas analíticas. Rev. Sociol. Polít., Curitiba, v. 21, n. 48, p. 101-110, dez. 2013.

LÔBO, Paulo. Direito Médico. São Paulo: Saraiva, 2021.

LOPES, Luciane Cruz. *et al*. Uso racional de medicamentos antineoplásicos e ações judiciais no Estado de São Paulo. Rev Saúde Públ. São Paulo, v. 44, n. 4, p. 620-628, 2010.

LORENC, Theo. *et al*. Defensive healthcare practice: systematic review of qualitative evidence. BMJ Open 2024;14:e085673. DOI:10.1136/ bmjopen-2024 085673.

MACHADO, Maria Helena. *et al*. Óbitos de médicos e da equipe de enfermagem por COVID-19 no Brasil: uma abordagem sociológica. Ciência & Saúde Coletiva, v. 28, p. 405-419, 2023.

MACHADO, Marta Ferreira Santos Farah. Judicialização da Saúde no Brasil: Impactos Econômicos e Sustentabilidade. São Paulo: Atlas, 2020.

MACHADO, Militza; FRANCO, Camila. Percepções acerca das mudanças na relação médico-paciente durante a pandemia por COVID-19 à luz das narrativas médicas. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, v. 18, n. 45, p. 3509-3509, 2023.

MACIEL LIMA, Sandra; FERREIRA CARABAGIALLE, Luciana. Direito à Saúde: limites e potencialidades do acolhimento com classificação de risco. Revista Jurídica (0103-3506), v. 34, n. 1, 2014.

MAGALHÃES, Andréa da Silva Ferreira. Atuação do Poder Judiciário do Distrito Federal no fornecimento de medicamentos não padronizados no SUS. Cadernos Ibero Americanos de Direito Sanitário, [S. l.], v. 4, n. 3, p. 3–24, 2015. Disponível em: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/159.> Acesso em: 21 mar. 2025.

MAGALHÃES, L. V. A gestão moderna do Departamento Jurídico nos hospitais e empresas de saúde. In: Federação das santas Casas de Misericórdia e Hospitais Beneficentes do Paraná (FEMIPA), 2014. Disponível em: <https://www.femipa.org.br/noticias/a-gestao-moderna-do departamento-juridico-nos-hospitais-e-empresas-de-saude/.> Acesso em: 10 jul. 2023.

MAJONE, Giandomenico; WILDAVSKY, Aaron. Implementation as evolution. In: PRESSMAN, Jeffrey L.; WILDAVSKY, Aaron (Ed.). Implementation. 3. ed. Berkeley: University of California, 1984. p. 163-180.

MARINHO, Jaqueline Luvisotto; CARRIÃO, Gabriel Alves; MARQUES, Jéssica Ribeiro. Atenção hospitalar: interatividades por entre constituição histórico-social, gestão e humanização em saúde. Revista de Gestão em Sistemas de Saúde, v. 8, n. 2, 2019.

MARK, Joshua J. Egyptian medicine. World History Encyclopedia, 17 fev. 2017. Disponível em: <https://www.worldhistory.org/trans/pt/1-15697/medicina-egipcia/.> Acesso em: 27 jun. 2025.

MARQUES, Claudia Lima; BENJAMIN, Antônio Herman V.; MIRAGEM, Bruno. Comentários ao Código de Defesa do Consumidor. 7. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2019.

MARQUES, Cláudia Lima. Contratos no Código de Defesa do Consumidor: O novo regime das relações contratuais. 9. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2015.

MARTIN-FUMADÓ, Carles; GÓMEZ-DURÁN, Esperanza L.; MORLANS-MOLINA, Màrius. Consideraciones éticas y médico-legales sobre la limitación de recursos y decisiones clínicas en la pandemia de la COVID-19. Revista Española de Medicina Legal, v. 46, n. 3, p. 119-126, 2020.

MARTINS, Rosane Aparecida de Sousa. Saúde e direitos sociais. Reciis – Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 115-118, abr./jun. 2018. Disponível em: <http://www.reciis.icict.fiocruz.br.> Acesso em: 19 fev. 2023.

MASETTI, Morgana Machado; VERGARA, Carla. Vozes da pandemia: narrativas da linha de frente no atendimento a pacientes com Covid-19. Revista Brasileira de Doenças Infecciosas, v. 26, p. 101817, 2022.

MATO GROSSO DO SUL. Ministério Público Estadual. Procedimento Administrativo nº 09.2026.00000107-5. Objeto: Apuração da situação financeira da saúde pública de Campo Grande. Campo Grande, 22 mai. 2026. Disponível em: <https://www.mpms.mp.br.> Acesso em: 14 jun. 2026.

MAZZA, F. F. Os impasses entre a judicialização da saúde e o processo orçamentário sob a responsabilidade fiscal: uma análise dos fundamentos decisórios do Supremo Tribunal Federal. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade de São Paulo. São Paulo, 2013.

MEDEIROS, AM d B. *et al*. Os desafios da telemedicina frente a relação médico-paciente em tempos de Covid-19. Res Soc Develop [Internet], v. 9, n. 10, 2020.

METWALY, Ahmed M. *et. al*. Traditional ancient Egyptian medicine: a review. Saudi Journal of Biological Sciences, [S.l.], v. 28, n. 10, p. 5823–5832, 2021. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1319562X21005027.> Acesso em: 27 jun. 2025.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. Comissão Nacional de Residência Médica. Resolução CNRM nº 14, de 6 de julho de 2021. Aprova a matriz de competências do Programa de Residência Médica em Clínica Médica. Disponível em: <https://www.gov.br/mec/pt-br/residencia-medica/crm/2021/resolucao-cnrm-no-14-de-6-de-julho-de-2021-resolucao-cnrm-no-14-de-6-de-julho-de-2021-dou-imprensa-nacional.pdf.> Acesso em: 10 nov. 2025.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Carta dos Direito dos Usuários da Saúde. Ministério da Saúde e Conselho Nacional de Saúde Brasília/DF 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_direitos_usuarios_saude_3ed.pdf.> Acesso em: 18 fev. 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Datasus. Book de Aniversário de 29 anos do DATASUS - realizações do último ano (2019-2020) a estrada para a transformação digital do SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/wpcontent/uploads/2020/06/DATASUS-29-ANOS-Book-das-realizações-de-2019-a-2020-AEstrada-para-aTransformação-Digital-do-SUS-V1.2-in1.pdf.> Acesso em: 25 mar. 2025.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria GM/MS nº 1.107, de 14 de junho de 1995 – Diário Oficial da União, seção 1, nº 115, p.884, 19 de junho de 1995.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Sistema Único de Saúde (SUS): estrutura, princípios e como funciona. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/sistema--unico-de-saude.> Acesso em: 20 mar. 2025.

MINOSSI, José Guilherme. O consentimento informado. Qual o seu real valor na prática médica?. Ver Col Bras Cir. [periódico na internet] 2011; 38(3). Disponível em: <http://www.scielo.br/rcbc.> Acesso em: 20 jun. 2023.

MONTGOMERY, Kathryn. How Doctors Think: Clinical Judgment and the Practice of Medicine. Cambridge: Cambridge University Press, 2006.

MORAL, Hermínia Raymundo. Direito Médico: a responsabilidade civil do médico e do hospital. São Paulo: Saraiva, 2014.

MUTARELLI, Sandra Regina Kuka. A teoria dos temperamentos: do corpus hippocraticum ao século XIX. Memorandum: Memória e História em Psicologia, [S. l.], v. 14, p. 9–24, 2008. Disponível em: <https://periodicos.ufmg.br/index.php/memorandum/article/view/6689.> Acesso em: 29 jun. 2025.

NASCIMENTO, Dulce Maria Martins. Mediação de conflitos na gestão da saúde (médica, clínica e hospitalar): humanização do direito médico. Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário, v. 9, n. 1, p. 170-195, 2020.

NASCIMENTO, Dulce. Mediação de conflitos na área da saúde: experiência portuguesa e brasileira. Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário, Brasília, 5(3):201-211, jul./set, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.17566/ciads.v5i3.333.> Acesso em: 24 fev. 2023.

NASCIMENTO, Gabriel Mendes. *et al*. Avaliação da relação médico-paciente em alunos internos de um Curso de Medicina. Revista Brasileira de Educação Médica, v. 42, n. 1, p. 161-170, 2018.

NEUFELD, Paulo Murillo. Memória médica: a Gripe Espanhola de 1918. In: Revista Brasileira de Análises Clínicas, v. 52, nº 3, p. 213-217, 2020. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1255080.> Acesso em: 10 mai. 2022.

NIETZSCHE, Friedrich. Humano, Demasiado Humano. Tradução de Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2005.

NOGUEIRA, José Luiz; CARVALHO, Lélia; DADALTO, Luciana. Parcerias entre Universidades e Poder Judiciário: experiência de Minas Gerais. Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário. 2017, jan. / mar.; 6(1): 55-71

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro; PIRES, Denise Elvira Pires de. Direito à saúde: um convite à reflexão. Cadernos de Saúde Pública, v. 20, p. 753-760, 2004.

NUNES, João Arriscado. Saúde, direito à saúde e justiça sanitária. Revista Crítica de Ciências Sociais, n. 87, p. 143-169, 2009.

NUNN, John F. Ancient egyptian medicine. University of Oklahoma Press, 2002.

OLIVEIRA, Beatriz Rosana Gonçalves de; COLLET, Neusa; VIERA, Cláudia Silveira. A humanização na assistência à saúde. Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 14, n. 2, p. 277-284, 2006.

OLIVEIRA, Isaac Linhares de. *et al*. O médico brasileiro sabe como tratar a Covid-19: significados da autonomia médica na pandemia. Trabalho, Educação e Saúde, v. 20, p. e00568187, 2022.

OLIVEIRA, Jessé Torres Pereira de. Judicialização da Medicina: limites e desafios. Revista de Direito Sanitário, v. 20, n. 2, 2019.

OLIVEIRA, Maria dos Remédios Mendes. A Judicialização da Saúde no Brasil. Tempus - Actas de Saúde Coletiva, [S. l.], v. 7, n. 1, p. Pág. 79-90, 2013. DOI: 10.18569/tempus.v7i1.1276. Disponível em: <https://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1276.> Acesso em: 13 jul. 2025.

ONTÁRIO. Canada Health Act (R.S.C., 1985, c. C-6). Published by the Minister of Justice. 2017. Disponível em: http://laws-lois.justice.gc.ca/eng/acts/C-6/page-1.html#h-3 »http://laws-lois.justice.gc.ca/eng/acts/C-6/page-1.html#h-3. Acesso em: 28 ago. 2024.

ONU. Organização das Nações Unidas. Declaração ao Direito ao Desenvolvimento. Adotada e proclamada pela resolução 41/128 de 1986.

ONU. Organização das Nações Unidas. Declaração Universal dos Direitos Humanos. Assembleia Geral das Nações Unidas em Paris. 10 de dezembro de 1948. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/declaracao-universal-dos-direitos-humanos>. Acesso em: 3 mai. 2022.

ONU. Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais. Assembleia Geral das Nações Unidas, 1966.

OSLER, William. Aequanimitas, with other addresses to medical students, nurses and practitioners of medicine. Philadelphia: P. Blakiston's Son & Co., 1905.

OTANI, Márcia Aparecida Padovan; BARROS, Nelson Filice de. A Medicina Integrativa e a construção de um novo modelo na saúde. Ciência & saúde coletiva, v. 16, p. 1801-1811, 2011.

OVANDO, Luiz; GOMES, Fábio de Barros Correia. Debates sobre o modelo de atenção primária à saúde no Brasil. 1ª ed. Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2022.

OVANDO, Rômulo Gustavo de Moraes. Humanização dos serviços de saúde no complexo hospitalar da Associação Beneficente Santa Casa de Campo Grande - MS. 117 f. 2019. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Local) – Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande - MS.

OVANDO, Rômulo Gustavo de Moraes; OVANDO, Luiz Alberto. Políticas de saúde e gestão legal hospitalar: uma análise à luz dos métodos de implementação, benefícios e dificuldades de execução. Caderno Pedagógico, [S.l.], v. 20, n. 2, p. 1200–1224, 2023. DOI: 10.54033/cadpedv20n2-027. Disponível em: <https://ojs.studiespublicacoes.com.br/ojs/index.php/cadped/article/view/1651.> Acesso em: 26 mar. 2025.

PAGE, Matthew J. *et al*. The PRISMA 2020 statement: na updated guideline for reporting systematic reviews. BMJ, v. 372, 2021. DOI: 10.1136/bmj.n71.

PAZINATTO, Márcia Maria. A relação médico-paciente na perspectiva da Recomendação CFM 1/2016. Revista Bioética, Brasília, v. 27, n. 2, p. 234-243, abr./jun. 2019. DOI: 10.1590/1983-80422019272305.

PEDROSA, Lauricio Alves Carvalho. Ética da alteridade e respeito à autonomia na relação médico-paciente. Direito UNIFACS-Debate Virtual, Salvador, n. 187, 2016.

PELLEGRINO, Edmund D. The philosophy of medicine reborn: a Pellegrino reader. Notre Dame: University of Notre Dame Press, 2008.

PELLEGRINO, Edmund D.; THOMASMA, David C. A Philosophical Basis of Medical Practice: Toward a Philosophy and Ethic of the Healing Professions. New York: Oxford University Press, 1981.

PELLEGRINO, Edmund D.; THOMASMA, David C. For the Patient's Good: The Restoration of Beneficence in Health Care. 1. ed. New York: Oxford University Press, 1988.

PENIA, Maria Nailza de Moura; OSELAME, Gleidson Brandão. Humanização da assistência hospitalar: revisão integrativa. Rev. enferm. UFPI, p. 94-99, 2015.

PEREIRA, André Gonçalo Dias. O consentimento informado na relação médico-paciente. Coimbra: Coimbra, 2004.

PERLINGEIRO, Ricardo. A tutela judicial do direito público à saúde no Brasil. Direito, Estado e Sociedade, Rio de Janeiro, n. 41, p. 184-203, jul./dez. 2012.

PETERSON MC. *et al*. Contributions of the history, physical examination, and laboratory investigation in making medical diagnoses. Western Journal of Medicine, 1992; Feb: 156(2):163-165.

PIERANGELI, José Henrique. O consentimento do ofendido na teoria do delito. São Paulo: Ed. RT, 1989.

PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo. Cuidado: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: Hucitec/IMS/Uerj-Abrasco. 2005.

PINTO, Cláudia Du Bocage Santos. Demandas judiciais por medicamentos e estratégias de gestão da assistência farmacêutica em municípios do Estado de Mato Grosso do Sul [Tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2013.

PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Termo de Referência, 2024. BRA/23/027 - Fortalecimento de capacidades do Poder Judiciário para promoção de direitos humanos, socioambientais e do acesso à Justiça por populações estruturalmente vulnerabilizadas. Brasília: PNUD, 2024.

POLIGNANO, Marcus Vinícius. Histórias das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão. Cadernos do Internato Rural, Belo Horizonte, 2001. Disponível em: <http://medicinadeemergencia.org/wp-content/uploads/2015/04/historia-das-politicas-desaude-no-brasil-16-030112-SES-MT.pdf.> Acesso em: 24 jan. 2023.

PORTO, Dora; GARRAFA, Volnei. Bioética de intervenção: considerações sobre a economia de mercado. Revista Bioética (Impr.), Brasília, v. 13, n. 1, 14 set. 2009. Disponível em: <https://revistabioetica.cfm.org.br/revista_bioetica/article/view/96.> Acesso em: 13 jul. 2025.

POSNER, Richard A. A problemática da teoria moral e jurídica. Tradução de Marcelo Brandão Cipolla. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2012. 507 p.

POSNER, Richard A. Economic Analysis of Law. 9. ed. Aspen Publishers, 2014.

POTTER, Van Rensselaer. Bioethics: Bridge to the Future. Englewood Cliffs: Prentice Hall, 1971.

POTTER, Van Rensselaer. Bioethics: the science of survival. Perspectives in Biology and Medicine, v. 14, p. 127-153, 1970.

REASON, J. Human error: models and management. BMJ, v. 320, n. 7237, p. 768-770, mar. 2000.

RIBEIRO JR., WA. Hipócrates de Cós. In: CAIRUS, HF., and RIBEIRO JR., WA. Textos hipocráticos: o doente, o médico e a doença [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005. História e Saúde collection, pp. 11-24. ISBN 978-85-7541-375-3.

RIBEIRO, Kelen Gomes. *et al*. Comunicação de más notícias na educação médica e confluências com o contexto da pandemia de covid-19. Saúde e Sociedade, v. 30, p. e201058, 2021.

RIOS, I. C. Caminhos da humanização na saúde: prática e reflexão. São Paulo: Áurea Editora, 2009.

RIVABEM, Fernanda Schaefer. Biodireito: uma disciplina autônoma?. Revista Bioética, v. 25, n. 2, p. 282–289, maio 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/vpVLjFZNxCSPhZNwcqtVpMz/?format=pdf.> Acesso em: 14 jul. 2025.

ROBERTO, Luciana Mendes Pereira. Responsabilidade Civil do Profissional de Saúde & Consentimento Informado. 2. ed. Curitiba: Juruá, 2012.

ROCHA, Renata da. Fundamentos do Biodireito. Salvador: Editora Juspodivm, 2018.

RODRIGUES, João Vaz. O Consentimento Informado para o Acto Médico no Ordenamento Jurídico Português: elementos para o estudo da manifestação da vontade do paciente. Coimbra: Coimbra, 2001.

ROELFS, DJ. *et al*. Losing life and livelihood: a systematic review and meta-analysis of unemployment and all-cause mortality. Soc Sci Med. 2011 Mar; 72(6):840-54.

ROSÁRIO, Grácia Cristina Moreira do. A perda da chance de cura na responsabilidade civil médica. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2009.

ROSENBAUM, Sara. The Impact of the Affordable Care Act on Judicialization of Health Care in the United States. Health Affairs, 2015.

ROUX, Theunis (ED.). Courts and social transformation in new democracies: na institutional voice for the poor? London: Ashgate, 2006. p. 153-168; Cf.

SÁNCHEZ, Jennifer Hincapié. COVID-19 y la relación médico-paciente. Revista CONAMED, v. 28, n. 1, p. 55-60, 2020.

SANT'ANA, João Mauricio B. Essencialidade e assistência farmacêutica: um estudo exploratório das demandas judiciais individuais para acesso a medicamentos no Estado do Rio de Janeiro. 2009. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2009.

SANTOS, Débora Vianna dos. *et al*. Entre o aprendizado e o sofrimento na residência médica: violência, assédio e qualidade de vida. Revista Brasileira de Educação Médica, v. 50, supl. 1, esupl15, 2026.

SANTOS, Gabriel da Silva. *et al*. Relação médico-paciente: da assimetria histórica à autonomia contemporânea - uma revisão de literatura. Revista de Medicina UNC, v. 4, p. 65-75, 2025.

SANTOS, Hiury Harrison dos. Judicialização do Direito à Saúde: é possível conciliar gestão e justiciabilidade?. Florianópolis: UFSC, 2017.

SANTOS, Lenir. Judicialização da saúde: as teses do STF. Saúde em debate, v. 45, p. 807-818, 2021.

SANTOS, Thadeu Borges Souza. *et al*. Gestão hospitalar no Sistema Único de Saúde: problemáticas de estudos em política, planejamento e gestão em saúde. Ciência & Saúde Coletiva, v. 25, p. 3597-3609, 2020.

SARLET, Ingo Wolfgang. A Eficácia dos Direitos Fundamentais. 12. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2022.

SARLET, Ingo Wolfgang. Dignidade da pessoa humana e direitos fundamentais. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2010.

SARLET, Ingo Wolfgang. Direitos Fundamentais e Direito Social: estudo sobre os direitos fundamentais sociais na Constituição de 1988. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2015.

SARLET, Ingo Wolfgang; SAAVEDRA, Giovani Agostini. Judicialização, reserva do possível e compliance na área da saúde. Revista de Direito e Garantias Fundamentais, Vitória, v. 18, n. 1, p. 257-282, 2017.

SASSI, André Petraglia. *et al*. O ideal profissional na formação médica. Revista Brasileira de Educação Médica. 44(1), e044. https://doi.org/10.1590/1981-5271v44.1-20190062.

SASSI, André Petraglia. *et al*. Gestão de Clínicas Médicas. São Paulo: Futura, 2004.

SCHULZE, Clenio Jair; GEBRAN NETO, João Pedro. Direito à saúde: análise à luz da judicialização. 2. ed. Porto Alegre: Verbo Jurídico, 2019.

SECCHI, Leonardo. Políticas públicas: conceitos, esquemas de análise, casos práticos. 2. ed. São Paulo: Cengage Learning, 2015.

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE MINAS GERAIS. Judicialização da Saúde. Portal da Transparência e Informação, 2023. Disponível em: <https://www.saude.mg.gov.br/judicializacao/.> Acesso em: 15 mai. 2026.

SEITZ, Eva. A biblioterapia na humanização da assistência hospitalar do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina-HU/UFSC. ETD Educação Temática Digital, v. 9, n. 02, p. 145-169, 2008.

SEN, Amartya. Development as freedom. New York: Alfred A. Knopf, 1999.

SFEZ, Lucien. A saúde perfeita: crítica de uma nova utopia. Tradução de Marcos Bagno. São Paulo: Edições Loyola, 1996.

SILVA, Atila Mendes da; SÁ, Marilene de Castilho; MIRANDA, Lilian. Concepções de sujeito e autonomia na humanização em saúde: uma revisão bibliográfica das experiências na assistência hospitalar. Saúde e Sociedade, v. 22, n. 3, p. 840-852, 2013.

SILVA, Jean Rodrigo Neves Farias Portela da. *et al*. Ética nas relações de trabalho entre médicos e outros profissionais da saúde. Research, Society and Development, v. 12, n. 4, e25412441105, 2023. DOI: 10.33448/rsd-v12i4.41105.

SILVA, José Afonso da. Curso de Direito Constitucional Positivo. 37ª ed. São Paulo: Malheiros, 2014.

SILVA, Rafael Pires; VALENTE, Geilsa Soraia Cavalcanti; CAMACHO, Alessandra Conceição Leite Funchal. O gerenciamento de risco no âmbito da saúde de profissionais de enfermagem no contexto hospitalar. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 73, p. e20190303, 2020.

SILVA, Ricardo Borges da. *et al*. Desenvolvimento de preceptores para comunicar más notícias na residência médica: uma pesquisa-ação. Revista Brasileira de Educação Médica, v. 50, supl. 1, esupl33, 2026.

SINMED/MS. SinMed/MS critica reajuste e afirma que gestão municipal segue desvalorizando médicos de Campo Grande. SinMed/MS, Campo Grande, 12 jun. 2026b. Disponível em: <https://www.sinmedms.org.br/2026/06/12/sinmed-ms-critica-reajuste-e-afirma-que-gestao-municipal-segue-desvalorizando-medicos-de-campo-grande/.> Acesso em: 25 jun. 2026.

SINMED/MS. SinMed/MS repudia PL da Prefeitura que exclui médicos e outros profissionais de saúde de reajuste e descumpre decisões judiciais. SinMed/MS, Campo Grande, 11 jun. 2026a. Disponível em: <https://www.sinmedms.org.br/2026/06/11/sinmed-ms-repudia-pl-da-prefeitura-que-exclui-medicos-e-outros-profissionais-de-saude-de-reajuste-e-descumpre-decisoes-judiciais/.> Acesso em: 25 jun. 2026.

SOARES, Francisco José Passos; SANTOS, José Lualyson da Silva; SANTOS, Roberto Vieira dos. Análise documental do novo Código de Ética Médica à luz dos direitos humanos. New Trends in Qualitative Research, v. 20, n. 3, e1088, 2024. DOI: 10.36367/ntqr.20.3.2024.e1088.

SOBRINHO, Wanderley Preite. Falta de médicos e de remédios: 10 grandes problemas da saúde brasileira. 2018. Do UOL em São Paulo. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/saude/listas/falta-medico-e-dinheiro-10-grandes--problemas-dasaude-no-brasil.htm.> Acesso em: 24 fev. 2023.

SOUSA, Jaíres Emanuele Nunes. *et al*. Humanização na assistência hospitalar: estudo teórico-reflexivo. Revista de Casos e Consultoria, v. 12, n. 1, p. e25446-e25446, 2021.

SOUSA, Júlio Cesar Vieira de. Implementação da avaliação 360º do residente no programa de residência médica em Cardiologia e Clínica Médica do Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL). 2015. Dissertação (Mestrado Profissional em Ensino na Saúde) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2015.

SOUZA, Alessandra Varrone de Almeida Prado; SOUZA, Renee do Ó. (Coord). Resumo de Direito Médico. Leme: JH Mizuno, 2020.

SOUZA, Celina. Políticas públicas: questões temáticas e de pesquisa. Caderno CRH, n. 39, p. 11-24, 2003.

SZASZ, Thomas S.; HOLLENDER, Marc H. The basic models of the doctor-patient relationship. Archives of Internal Medicine, Chicago, v. 97, n. 5, p. 585–592, 1956. SÃO PAULO: LOYOLA, 2002.

TAVARES, Marcelo de Sousa. Aspectos éticos da quebra da relação médico-paciente. Revista Bioética, Brasília, v. 16, n. 1, p. 125-131, 2008.

TENÓRIO, Maria Emília Chaves. *et al*. Habilidades de comunicação clínica: análise da autoavaliação dos residentes de medicina de família e comunidade. Revista Brasileira de Educação Médica, v. 48, n. 1, e026, 2024.

TONELLI, Helena Cecília Diniz Teixeira Calado. Aspectos jurídicos da relação médico-paciente à luz do novo código de ética médica: a participação ativa do paciente no processo terapêutico e a decisão compartilhada. 2013. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

TOZZI, R.; SELEM, L. Gestão legal é mais eficiente com funções bem definidas. In Consultor Jurídico, 2014. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2013-set13/sociedades-sa-gestao-legal-eficiente-funcoes-bem-definidas?imprimir=1.> Acesso em: 10 jul. 2023.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 20, p. S190-S198, 2004. Suplemento 2.

VALE, Homaili Mascarin do; MIYAZAKI, Maria Cristina de Oliveira Santos. Medicina defensiva: uma prática em defesa de quem?. Revista Bioética, v. 27, n. 4, p. 747-755, out. 2019.

VASCONCELOS, Camila. Judicialização da medicina: diálogos entre os poderes médico e judiciário. Revista de Direitos e Garantias Fundamentais, [S. l.], v. 18, n. 3, p. 65–92, 2017. DOI: 10.18759/rdgf.v18i3.1159. Disponível em: <https://sisbib.emnuvens.com.br/direitosegarantias/article/view/1159.> Acesso em: 13 jul. 2025.

VENTURA, Miriam. *et al*. Judicialização da saúde, acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde. Physis: Revista de Saúde Coletiva, v. 20, p. 77-100, 2010.

VENTURI, Thaís g. Pascoaloto. A análise consequencialista no processo de tomada das decisões judiciais a partir da obra de Ricardo L. Lorenzetti. Revista do Instituto do Direito Brasileiro (RIDB), Ano 1, nº 7, pp. 4353-4375, 2012.

VIANNA, José Ricardo Alvarez. Medicina Defensiva e Segurança Jurídica: o papel do Judiciário na relação médico-paciente, sob a perspectiva da responsabilidade civil. Revista Jurídica Gralha Azul-TJPR, v. 1, n. 29, 2025.

VIDAL, Mônica. Mediação de conflitos hospitalares: comunicação não violenta para relações positivas e bem-estar. 16 Tons, 2025.

VIEIRA, Luciane Klein. Responsabilidade civil na área da saúde. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2010.

VILLALOBOS, Jacobo; CALVANESE, Nicolina. La relación médico-paciente en tiempos de COVID-19. Un cambio de paradigma?. Revista médica de Chile, v. 149, n. 7, p. 1070-1074, 2021.

WANG, M. *et al*. Remdesivir and chloroquine effectively inhibit the recently emerged novel coronavirus (2019-nCoV) in vitro. In: Cell Res, v.30, p. 269-271, 2020.

WARDE-FILHO, M. J.; NUNES, M. D. P. T.; YARSHELL, F. L. Formas terapêuticas jurídicas para o litígio entre médicos e pacientes. Revista Brasileira de Cirurgia Plástica, v. 37, n. 3, p. 388–398, jul. 2022.

WEXLER, David B.; WINICK, Bruce J. Therapeutic Jurisprudence: The Law as a Therapeutic Agent. Durham: Carolina Academic Press, 1996.

WIKIPÉDIA. Papiro de Ebers. [s.d.]. Disponível em: <https://pt.wikipedia.org/wiki/Papiro_de_Ebers.> Acesso em: 27 jun. 2025.

WILD, Dorothea. *et al*. Teaching residents to put patients first: creation and evaluation of a comprehensive curriculum in patient-centered communication. BMC Medical Education, v. 18, art. 266, 2018.

WORLD FEDERATION FOR MEDICAL EDUCATION. WFME global standards for quality improvement in medical education: [basic medical education]: [denoting revised standards]. Ferney-Voltaire: WFME, 2020. Disponível em: <https://wfme.org/standards/bme/.> Acesso em: 7 jul. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Coronavirus disease (COVID-19). World Health Organization, Geneva, 2020. Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019.> Acesso em: 5 abr. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global patient safety action plan 2021–2030: towards eliminating avoidable harm in health care. Geneva: WHO, 2021. Disponível em: <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/policy/global-patient-safety-action-plan.> Acesso em: 10 dez. 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. World Patiente Safety Day, 17 de setembro de 2024. Disponível em: <https://www.who.int/campaigns/world-patient-safety-day/world-patientsafety-day-2024?.> Acesso em: 7 Jan. 2026.

WOROBEY, Michael. *et al*. The emergence of SARS-CoV-2 in Europe and the US: Sustained SARS-CoV-2 transmission networks became established in Europe and the US several weeks

later than previously estimated. In: Science, v.370, issue 6516, p. 564-570, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1101/2020.05.21.109322.> Acesso em: 28 abr. 2022.

WU, Qing; JIN, Zhe Yu; WANG, Pei. The relationship between physician-patient relationship, physician empathy, and patient trust. Journal of General Internal Medicine, v. 37, n. 6, p. 1388-1393, 2022. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9086002/.> Acesso em: 3 jun. 2026.

YAMIN, Alicia Ely.; GLOPPEN, Siri. (Ed.). Litigating health rights: can courts bring more justice to health? (Human Rights Practice Series). Cambridge, MA, Harvard University Press, 2011. p. 333-372.

YAMIN, Alicia Ely.; PARDO, Oscar. Judicial Protection of the Right to Health in Colombia: From Social Demands to Individual Claims to Public Debates. Hastings International and Comparative Law Review, 2010.

YEPES, Rodrigo Uprimmy. Judicialization of politics in Colombia: cases, merits, and risks. Sur: international journal on human rights, São Paulo: Human Rights University Network, n. 6, p. 49-65, 2007.

YEPES, Rodrigo Uprimny. The enforcement of social rights by the Colombian Constitutional Court: cases and debates. In: GARGARELLA, Roberto; DOMINGO, Pilar; ROUX, Theunis (Ed.). Courts and social transformation in new democracies: an institutional voice for the poor? Aldershot: Ashgate, 2006. p. 127-151.

ZAGURSKI, Adriana Timoteo dos Santos; PAMPLONA, Danielle Anne. Judicialização da saúde e orçamento público. Revista do Direito, n. 48, p. 92-117, 2016.

ZARRABI, Kevin. *et al*. A resident-led initiative to improve patient safety event reporting in an internal medicine residency program. Journal of Community Hospital Internal Medicine Perspectives, v. 10, n. 3, p. 197-203, 2020.

ZWAAN, Laura; STAAL, Jeroen. Evidence on use of clinical reasoning checklists for diagnostic error reduction. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2020.