



**UNIVERSIDADE CHRISTUS
MESTRADO ACADÊMICO EM DIREITO**

SILVANA MOREIRA LIMA

**A DEFENSORIA PÚBLICA DA UNIÃO COMO AGENTE ESTRUTURANTE NAS
CIRURGIAS ORTOPÉDICAS EM FORTALEZA**

FORTALEZA

2026

SILVANA MOREIRA LIMA

A DEFENSORIA PÚBLICA DA UNIÃO COMO AGENTE ESTRUTURANTE NAS
CIRURGIAS ORTOPÉDICAS EM FORTALEZA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Direito do Centro Universitário Christus como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Direito. Área de concentração: Direito, Acesso à Justiça e Desenvolvimento. Linha de Pesquisa: Direito e Acesso à Justiça.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Beatriz de Castro Rosa

FORTALEZA

2026

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Centro Universitário Christus - Unichristus
Gerada automaticamente pelo Sistema de Elaboração de Ficha Catalográfica do
Centro Universitário Christus - Unichristus, com dados fornecidos pelo(a) autor(a)

L732d Lima, Silvana Moreira.
 A DEFENSORIA PÚBLICA DA UNIÃO COMO AGENTE
 ESTRUTURANTE NAS CIRURGIAS ORTOPÉDICAS EM
 FORTALEZA / Silvana Moreira Lima. - 2026.
 133 f.

 Dissertação (Mestrado) - Centro Universitário Christus -
 Unichristus, Mestrado em Direito, Fortaleza, 2026.
 Orientação: Profa. Dra. Beatriz de Castro Rosa.
 Área de concentração: Direito, Acesso à Justiça e ao
 Desenvolvimento.

 1. Defensoria Pública da União. 2. Processo estrutural. 3. Direito
 à saúde. 4. Cirurgias ortopédicas eletivas. 5. Políticas públicas. I.
 Título.

CDD 340

SILVANA MOREIRA LIMA

A DEFENSORIA PÚBLICA DA UNIÃO COMO AGENTE ESTRUTURANTE NAS
CIRURGIAS ORTOPÉDICAS EM FORTALEZA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Direito do Centro Universitário Christus como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Direito. Área de concentração: Direito, Acesso à Justiça e Desenvolvimento. Linha de Pesquisa: Direito e Acesso à Justiça.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Beatriz de Castro Rosa

Aprovada em: ____ / ____ / ____

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Beatriz de Castro Rosa
Centro Universitário Christus (UNICHRISTUS) (orientadora)

Prof.^a Dr.^a Denise Almeida de Andrade
Centro Universitário Christus (UNICHRISTUS)

Prof. Dr. Alexsandro Machado Mourão
Centro Universitário Christus (UNICHRISTUS)

Prof.^a Dr.^a Lília Maia de Moraes Sales
Universidade de Fortaleza (UNIFOR)

Aos meus pais, Sr. José Ivonildo Moreira de Sousa e Sra. Maria Leide Uchoa Sousa, cujo exemplo de dedicação e integridade sempre me guiou; ao meu marido, Ademar da Silva Lima, companheiro de todas as horas, pelo incentivo e presença constante; e aos meus filho, Ademar Filho e Guilherme Levi, cuja existência dá novo sentido a cada conquista e me motiva a seguir em frente com esperança e gratidão.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, autor de todas as coisas, pela força, sabedoria e luz que me sustentaram em todos os momentos desta jornada.

Aos meus pais, José Ivonildo Moreira de Sousa e Maria Leide Uchoa de Sousa, pelo amor incondicional, pelo exemplo de honestidade, dedicação e luta, e por sempre me encorajarem diante dos desafios. São minha base, meu porto seguro e minha maior inspiração.

Aos meus irmãos, Robson Uchôa Moreira e José Ivonildo Moreira de Sousa, pela presença constante, pelo carinho, incentivo e apoio em todos os momentos da minha vida.

Ao meu marido, Ademar da Silva Lima, pelo apoio constante, paciência e compreensão ao longo de toda esta caminhada, e aos nossos filhos, Ademar da Silva Lima Filho e Guilherme Levi Moreira Lima, minha maior motivação e alegria, por compreenderem as ausências e os momentos de dedicação à realização deste sonho.

À minha orientadora, Professora Dra. Beatriz de Castro Rosa, pela paciência, apoio, disponibilidade e valiosas orientações ao longo do mestrado e, em especial, durante a construção desta pesquisa. Sua escuta atenta e incentivo foram fundamentais para que este trabalho se concretizasse.

À Defensoria Pública da União (DPU), instituição à qual tenho orgulho de pertencer, que me concedeu a oportunidade e as condições necessárias para a realização deste mestrado. Agradeço pelo aprendizado contínuo, pelo ambiente de trabalho que valoriza o conhecimento e pela inspiração diária de servir à sociedade. Agradeço, de modo especial, ao Defensor Público Federal Filipe Augusto dos Santos Nascimento, pelas valiosas orientações e esclarecimentos acerca do tema escolhido.

Às professoras e aos professores, bem como aos colegas do Mestrado da Unichristus, agradeço pelos ensinamentos, pelas valiosas trocas e pelos aprendizados que levarei comigo para a vida profissional, acadêmica e pessoal.

Aos amigos que estiveram comigo nesta trajetória, pela amizade, pelo apoio e pelas palavras de incentivo nos momentos mais desafiadores.

A todos que, de alguma forma, contribuíram para esta conquista com gestos, palavras ou simplesmente acreditando em mim, deixo o meu sincero agradecimento e reconhecimento.

Tu que habitas sob a proteção do Altíssimo, que moras à sombra do Onipotente, dize ao Senhor: **“Sois meu refúgio e minha cidadela, meu Deus, em quem eu confio.”** É ele quem te livrará do laço do caçador e da peste perniciosa. Ele te cobrirá com suas plumas, sob suas asas encontrarás refúgio; sua fidelidade te será um escudo de proteção. Tu não temerás os terrores noturnos, nem a flecha que voa à luz do dia, nem a peste que se propaga nas trevas, nem o flagelo que devasta ao meio-dia. Caiam mil homens à tua esquerda e dez mil à tua direita: tu não serás atingido. Basta que abras os olhos, verás o castigo dos ímpios, pois disseste: “O Senhor é o meu refúgio”, e fizeste do Altíssimo a tua morada. Nenhum mal te atingirá, nenhum flagelo chegará à tua tenda, porque aos seus anjos ele mandou que te guardem em todos os teus caminhos. Eles te sustentarão em suas mãos, para que não tropeces em alguma pedra. Pisarás o leão e a víbora, calcarás aos pés o leãozinho e o dragão. “Pois que se uniu a mim, eu o livrarei; protegê-lo-ei, pois conhece o meu nome. Quando me invocar, eu o atenderei; na tribulação estarei com ele. Hei de livrá-lo e o cobrirei de glória. Será favorecido de longos dias, e mostrar-lhe-ei a minha salvação.

(Sl, 90 (91), grifo da autora).

RESUMO

Esta dissertação analisa a atuação da Defensoria Pública da União como agente estruturante na efetivação do direito fundamental à saúde, a partir do estudo das cirurgias ortopédicas eletivas no município de Fortaleza. Parte-se do reconhecimento de que a demora na realização desses procedimentos evidencia falhas estruturais na política pública de saúde, que não se resolvem por meio de decisões judiciais pontuais ou da judicialização individualizada. O problema de pesquisa consiste em investigar em que medida a atuação institucional da Defensoria Pública da União, articulada ao processo estrutural, contribui para a reorganização das políticas públicas de saúde e para a redução das filas de cirurgias ortopédicas eletivas. O objetivo geral é examinar o papel da Defensoria Pública da União na indução de soluções estruturais para a efetivação do direito à saúde, analisando suas estratégias processuais e extrajudiciais, o diálogo institucional e os mecanismos de regulação adotados no caso concreto. A metodologia utilizada é de natureza qualitativa, com abordagem jurídico-dogmática e empírica, valendo-se de pesquisa bibliográfica, documental e análise de caso, especialmente a partir de processos judiciais e audiências negociais realizadas no âmbito da Justiça Federal no Ceará. Os resultados da pesquisa indicam que a atuação da Defensoria Pública da União transcende a lógica tradicional da tutela individual, assumindo papel relevante na construção de soluções coletivas, progressivas e dialogadas, compatíveis com o modelo do processo estrutural. Conclui-se que a Defensoria Pública da União se consolida como ator institucional estratégico na reorganização de políticas públicas de saúde, contribuindo para maior racionalidade, transparência e equidade no acesso às cirurgias ortopédicas eletivas, embora persistam desafios relacionados à governança interfederativa, ao financiamento do SUS e à sustentabilidade das medidas implementadas.

Palavras-chave: Defensoria Pública da União; processo estrutural; direito à saúde; cirurgias ortopédicas eletivas; políticas públicas.

ABSTRACT

This dissertation analyzes the role of the Federal Public Defender's Office of Brazil (Defensoria Pública da União) as a structuring agent in the enforcement of the fundamental right to health, based on the study of elective orthopedic surgeries in the city of Fortaleza. The research starts from the recognition that delays in the performance of these procedures reveal structural failures in public health policies that cannot be adequately addressed through isolated judicial decisions or individualized health litigation. The research problem investigates to what extent the institutional action of the Federal Public Defender's Office, articulated through structural litigation, contributes to the reorganization of public health policies and to the reduction of waiting lists for elective orthopedic surgeries. The main objective is to examine the role of the Federal Public Defender's Office in promoting structural solutions for the effective realization of the right to health, focusing on its procedural and extrajudicial strategies, institutional dialogue, and regulatory mechanisms adopted in the case study. The methodology is qualitative in nature, combining a legal-dogmatic and empirical approach, based on bibliographic and documentary research, as well as case analysis, particularly judicial proceedings and negotiation hearings held before the Federal Court in Ceará. The results indicate that the Federal Public Defender's Office goes beyond the traditional logic of individual legal representation, assuming a relevant role in the construction of collective, progressive, and dialogical solutions consistent with the structural litigation model. It is concluded that the Federal Public Defender's Office consolidates itself as a strategic institutional actor in the reorganization of public health policies, contributing to greater rationality, transparency, and equity in access to elective orthopedic surgeries, although challenges related to intergovernmental governance, public funding, and the sustainability of the implemented measures remain.

Keywords: Federal Public Defender's Office; structural litigation; right to health; elective orthopedic surgeries; public policies.

LISTADE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABJ	Associação Brasileira de Jurimetria
ACP	Ação Civil Pública
ADI	Ação Direta de Inconstitucionalidade
AGU	Advocacia-Geral da União
ANS	Agência Nacional de Saúde
CIB	Comissões Intergestores Bipartite
CIR	Comissões Intergestores Regionais
CIRA	Comissões Intergestores de Regiões de Saúde Ampliadas
CIT	Comissões Intergestores Tripartite
CNJ	Conselho Nacional de Justiça
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COAP	Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CRIFOR	Central de Regulação das Internações de Fortaleza
DPE	Defensoria Pública do Estado
DPU	Defensoria Pública da União
DRAC	Departamento de Regulação Assistencial e Controle
DUDH	Declaração Universal dos Direitos Humanos
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
EC	Emenda Constitucional
ECI	Estado de Coisas Inconstitucional
FONAJUS	Fórum Nacional do Judiciário para a Saúde
HGF	Hospital Geral de Fortaleza
HUWC	Hospital Universitário Walter Cantídio
INTO	Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia
JFCE	Justiça Federal do Ceará
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentárias
LINDB	Lei de Introdução às Normas do Direito Brasileiro
LOA	Lei Orçamentária Anual
MPF	Ministério Público Federal

NatJus	Núcleo de Apoio Técnico ao Judiciário
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPME	Orteses, Prótese e Materias Especiais
OTMS	Ortopedia e Traumatologia de Média e Alta Complexidade em Saúde
PIDESC	Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais
PMAE	Programa Mais Acesso a Especialistas
PNRF	Programa Nacional de Redução de Filas
PPA	Plano Plurianua
PAJ	Processo de Assistência judicial
PPI	Programação Pactuada Integrada
QPPP	Quadro de Problemas de Políticas Públicas
SAIPS	Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde
SESA	Secretaria Estadual de Saúde
SIC	Sistema Integrado de Cirurgia
SINASE	Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo
SISDPU	Sistema de Informações Simultâneas da Defensoria Pública da União
SNS	Sistema Nacional de Saúde
STF	Supremo Tribunal Federal
STJ	Superior Tribunal de Justiça
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SWALIS	Surgical Waiting List Information System
TJCE	Tribunal de Justiça do Estado do Ceará
UNICHRISTUS	CentroUniversitárioChristus
UTI	Unidade de terapia intensiva

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	12
2	O DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE E AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE CIRURGIAS ORTOPÉDICAS.....	16
2.1	Evolução do conceito de saúde.....	16
2.2	O Sistema Único de Saúde (SUS): princípios, diretrizes e governança interfederativa.....	20
2.3	Tríade analítica: dignidade da pessoa humana, mínimo existencial e reserva do possível (doutrina e jurisprudência).....	30
2.4	Justiça distributiva e equidade em saúde (fundamentos e implicações para filas eletivas).....	41
2.5	Políticas públicas aplicadas nas cirurgias ortopédicas eletivas.....	43
3	JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE, PROCESSO ESTRUTURAL E O PAPEL DA DEFENSORIA PÚBLICA DA UNIÃO DENTRO DA AÇÃO CIVIL PÚBLICA ESTRUTURANTE.....	59
3.1	Conceitos e trajetória da judicialização da saúde no Brasil.....	59
3.2	Ação Civil Pública como instrumento de tutela coletiva do direito à saúde: bases normativas, legitimidade ativa e o papel estruturante da Defensoria Pública.....	63
3.3	Processo estrutural: conceito, características e fundamentos constitucionais.....	71
3.4	Casos emblemáticos de processos estruturantes no Brasil.....	83
4.	A DEFENSORIA PÚBLICA DA UNIÃO E OS LITÍGIOS ESTRUTURAIS NA SAÚDE: ORIGEM, FUNDAMENTOS E O SEU PAPEL	85
4.1	Origem e os fundamentos da Defensoria Pública da União (DPU).....	85
4.2	Natureza jurídica da Defensoria Pública da União (DPU).....	87

4.3	Função de promoção dos direitos humanos da Defensoria Pública da União	88
4.4	(DPU)	90
	A atuação coletiva e resolutiva da Defensoria Pública da União (DPU).....	
4.5	O papel da Defensoria Pública da União em litígios estruturais.....	93
5	A ATUAÇÃO ESTRUTURANTE DA DEFENSORIA PÚBLICA DA UNIÃO NAS CIRURGIAS ORTOPÉDICAS ELETIVAS EM FORTALEZA: ESTUDO DE CASO E ANÁLISE EMPÍRICA.....	95
5.1	Estudo de caso: cirurgias ortopédicas em Fortaleza.....	102
5.2	Histórico da atuação da DPU em Fortaleza.....	104
5.3	Análise dos resultados obtidos.....	109
5.4	Avaliação crítica da atuação estruturante.....	111
5.5	Análise empírica da fila de cirurgias ortopédicas eletivas e a atuação estruturante da Defensoria Pública da União.....	112
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	119
	REFERÊNCIAS.....	123

1 INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988 consagrou a saúde como direito fundamental de todos e dever do Estado, a ser garantido mediante a formulação e a implementação de políticas sociais e econômicas que assegurem o acesso universal e igualitário às ações e serviços destinados à sua promoção, proteção e recuperação (Brasil, 1988). A partir desse marco constitucional, instituiu-se o Sistema Único de Saúde (SUS) como política pública estruturante, orientada pelos princípios da universalidade, integralidade e equidade.

Apesar dos avanços normativos e institucionais decorrentes desse modelo, a efetivação concreta do direito à saúde no Brasil ainda enfrenta obstáculos significativos, especialmente no que se refere à oferta tempestiva de procedimentos especializados e de média e alta complexidade. Dentre esses procedimentos, destacam-se as cirurgias ortopédicas eletivas, cuja demora excessiva compromete diretamente a qualidade de vida dos usuários do SUS. Embora classificadas como eletivas, tais cirurgias frequentemente envolvem pacientes submetidos a quadros prolongados de dor crônica, limitação funcional, incapacidade laboral e agravamento de vulnerabilidades socioeconômicas. A postergação indefinida desses procedimentos aproxima-se de uma situação de violação continuada do direito fundamental à saúde, revelando falhas estruturais na política pública responsável por sua oferta.

No município de Fortaleza, esse problema manifesta-se de forma particularmente acentuada, com longas filas de espera para cirurgias ortopédicas no âmbito do SUS. Esse cenário evidencia dificuldades relacionadas à gestão da demanda, à alocação de recursos, à regulação assistencial e à coordenação interfederativa, indicando a insuficiência de respostas administrativas isoladas e a necessidade de abordagens institucionais mais integradas e estruturantes.

Diante da incapacidade do poder público de assegurar, de maneira regular e tempestiva, o acesso às cirurgias ortopédicas eletivas, a judicialização da saúde consolidou-se como mecanismo recorrente de efetivação do direito à saúde. Inicialmente marcada por demandas individuais, voltadas à obtenção de medicamentos, exames ou procedimentos específicos, a judicialização passou a revelar problemas de natureza estrutural, cuja solução extrapola os limites do processo judicial tradicional.

No caso das cirurgias ortopédicas, a multiplicação de ações individuais mostra-se sintomática de uma política pública incapaz de absorver adequadamente a demanda reprimida. Embora essas decisões judiciais possam garantir o acesso pontual ao procedimento para determinados indivíduos, elas não são suficientes para reorganizar filas, estabelecer

critérios transparentes de priorização ou aperfeiçoar os fluxos administrativos do sistema de saúde. Como consequência, há o risco de aprofundamento das desigualdades no acesso, favorecendo aqueles que conseguem acionar o sistema de justiça em detrimento dos demais usuários do SUS.

Nesse contexto, os litígios estruturais e o uso do processo estrutural emergem como técnicas aptas a enfrentar violações sistêmicas de direitos fundamentais. Diferentemente das soluções individualizadas, o processo estrutural busca induzir transformações institucionais, promovendo ajustes na formulação, implementação e monitoramento das políticas públicas. A atuação da Defensoria Pública da União (DPU) insere-se nessa lógica, ao articular demandas individuais e coletivas, fomentar o diálogo interinstitucional e contribuir para a reorganização da política pública de cirurgias ortopédicas em Fortaleza.

Diante desse cenário, formula-se o seguinte problema de pesquisa: de que maneira e em que medida a Defensoria Pública da União atua como agente estruturante na judicialização das cirurgias ortopédicas eletivas em Fortaleza, contribuindo para a reorganização das políticas públicas de saúde e para a efetivação do direito fundamental à saúde? A pergunta de pesquisa desdobra-se em dimensões normativas, institucionais e empíricas. De um lado, exige compreender o fundamento constitucional e legal que autoriza a DPU a desempenhar esse papel ampliado, articulando a técnica do processo estruturante com a tutela coletiva em saúde. De outro, impõe analisar concretamente como essa atuação se materializa na Ação Civil Pública das Cirurgias Ortopédicas Eletivas.

Assim, busca-se compreender, nesse contexto, quais estratégias processuais foram adotadas, como se estruturou o diálogo interinstitucional, que medidas foram implementadas e quais resultados foram alcançados sobre filas, critérios de priorização, transparência e capacidade de oferta cirúrgica. Por fim, a questão norteadora da pesquisa demanda avaliar em que medida essa experiência aponta para uma “segunda geração” da judicialização da saúde, centrada em soluções estruturais e cooperativas, e não apenas em decisões individuais de fornecimento de tratamentos.

Parte-se da hipótese de que a atuação da DPU nas demandas relativas às cirurgias ortopédicas eletivas em Fortaleza transcende a defesa individual dos assistidos, assumindo um papel estruturante na judicialização da saúde. Essa atuação contribui para a indução de mudanças institucionais na gestão das filas, na regulação dos serviços e na coordenação entre os entes federativos, embora encontre limites decorrentes de restrições orçamentárias, capacidades administrativas desiguais e tensões próprias da governança cooperativa do SUS.

Em consonância com esse problema, o objetivo geral da pesquisa consiste em analisar a atuação da Defensoria Pública da União como agente estruturante na judicialização das cirurgias ortopédicas eletivas em Fortaleza, avaliando seus fundamentos normativos, estratégias institucionais e impactos sobre a organização das políticas públicas de saúde. A partir desse objetivo geral, definem-se os seguintes objetivos específicos:

- a) Examinar o direito fundamental à saúde e o tratamento das cirurgias ortopédicas eletivas no âmbito das políticas públicas do SUS;
- b) Analisar o fenômeno da judicialização da saúde e a aplicação do processo estrutural como técnica de enfrentamento de violações sistêmicas;
- c) Investigar o papel institucional da Defensoria Pública da União na tutela coletiva e estrutural do direito à saúde;
- d) Descrever e analisar o estudo de caso da atuação da Defensoria Pública da União nas demandas por cirurgias ortopédicas eletivas em Fortaleza;
- e) Avaliar os resultados, limites e potencialidades da atuação da DPU como agente estruturante na efetivação do direito à saúde.

A justificativa da pesquisa assenta-se em pelo menos três ordens de razões. Em primeiro lugar, há uma relevância social e prática evidente, em que as cirurgias ortopédicas eletivas impactam diretamente a qualidade de vida de milhares de usuários do SUS em Fortaleza, muitas vezes em situação de dor crônica, incapacidade laboral e agravamento de vulnerabilidades socioeconômicas. Compreender como uma intervenção judicial estruturante pode contribuir para reorganizar essa política é essencial para o desenvolvimento de respostas mais justas e eficazes.

Em segundo lugar, a pesquisa apresenta forte relevância teórico-jurídica. A literatura sobre judicialização da saúde no Estado do Ceará vem se consolidando, como demonstram que discutem a realização do direito à saúde por meio da combinação entre políticas públicas e judicialização. Em terceiro lugar, há relevância institucional e política: ao iluminar a experiência da DPU como agente estruturante, este estudo oferece subsídios para o aperfeiçoamento da atuação defensiva, para o desenho de estratégias processuais mais cooperativas e para a formulação de políticas públicas de saúde baseadas em planejamento, transparência, participação e acompanhamento contínuo. Em um contexto de restrições orçamentárias e crescente demanda por serviços de saúde, a busca por arranjos institucionais que conciliem efetividade de direitos e racionalidade administrativa torna-se imperativa.

A pesquisa adota abordagem qualitativa, com utilização do método dedutivo e da técnica de estudo de caso. No plano teórico, realiza-se revisão bibliográfica e análise

documental de normas constitucionais, legislação infraconstitucional, doutrina especializada e jurisprudência dos tribunais superiores, especialmente do Supremo Tribunal Federal (STF), no que se refere à judicialização da saúde e aos processos estruturais.

No plano empírico, o trabalho concentra-se no estudo de caso da atuação da DPU nas cirurgias ortopédicas eletivas em Fortaleza, a partir da análise de documentos processuais, decisões judiciais, relatórios institucionais e informações públicas relativas à gestão das filas e à regulação dos serviços de saúde. A triangulação dessas fontes permite compreender, de forma integrada, os aspectos normativos, institucionais e práticos da atuação da DPU como agente estruturante.

Por fim, quanto à estrutura do trabalho, a dissertação organiza-se em quatro seções, além desta introdução e das considerações finais. A primeira seção trata do direito fundamental à saúde e das políticas públicas relacionadas às cirurgias ortopédicas, com ênfase na organização do SUS e nos desafios estruturais de acesso a esses procedimentos. A segunda, examina o fenômeno da judicialização da saúde, apresentando o marco teórico do processo estrutural e sua aplicação às políticas públicas de saúde.

Na sequência, a terceira seção analisa a DPU como agente estruturante, discutindo seus fundamentos constitucionais, funções institucionais e legitimação para atuar em litígios estruturais. A quarta seção dedica-se ao estudo de caso da atuação da DPU nas cirurgias ortopédicas eletivas em Fortaleza, avaliando as estratégias adotadas, os resultados alcançados e os limites observados. Por fim, nas considerações finais, retomam-se as principais conclusões da pesquisa, indicam-se as contribuições teóricas e práticas da dissertação e sugerem-se caminhos para investigações futuras, especialmente no que se refere à replicação de experiências estruturantes em outras áreas da saúde e em outros contextos federativos.

Desse modo, busca-se demonstrar que a DPU pode ocupar, de forma legítima e necessária, o lugar de agente estruturante na construção de respostas institucionais mais justas, participativas e eficazes para a realização do direito fundamental à saúde.

2 O DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE E AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE CIRURGIAS ORTOPÉDICAS

A saúde, enquanto condição essencial para o exercício pleno da dignidade humana, ocupa posição central no rol dos direitos fundamentais assegurados pela Constituição Federal de 1988 (Brasil, 1988). Mais do que uma prerrogativa individual, o direito à saúde representa um dever coletivo e um compromisso do Estado com a proteção da vida, a redução das desigualdades e a promoção do bem-estar social. Nesse sentido, sua efetivação ultrapassa o campo jurídico e alcança dimensões políticas, administrativas e econômicas, exigindo a atuação articulada dos poderes públicos e da sociedade.

No contexto brasileiro, a consolidação do SUS marcou um avanço histórico ao instituir a universalidade, a integralidade e a equidade como princípios estruturantes da política pública de saúde. Contudo, apesar dos avanços normativos, persistem desafios relacionados à gestão, ao financiamento e à garantia concreta do acesso aos serviços. Tais dificuldades evidenciam a distância entre o reconhecimento formal do direito e sua plena materialização na vida cotidiana dos cidadãos.

2.1 Evolução do conceito de saúde

A saúde, ao longo da história, consolidou-se como um dos bens mais preciosos da vida humana e, simultaneamente, como um dos maiores desafios enfrentados pelas sociedades contemporâneas (Bucci, 2006; Minayo, 2015; Barroso, 2013). Sua importância perpassa não apenas a dimensão individual, mas também a coletiva, uma vez que a ausência de saúde impacta diretamente a organização social, econômica e política das comunidades.

O direito à saúde, ao longo do tempo, foi progressivamente reconhecido como um valor essencial para a dignidade humana, sendo objeto de crescente atenção das legislações, das políticas públicas e do ordenamento jurídico. A Constituição Federal de 1988 marca um ponto central nesse processo, ao incluir a saúde no rol dos direitos sociais em seu art. 6º, e ao estabelecer, em seu art. 196, que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (Brasil, 1988). Essa previsão constitucional reafirma a saúde como um direito fundamental e impõe ao Estado a obrigação de criar políticas efetivas para assegurar o acesso universal e igualitário aos serviços de saúde.

Esse reconhecimento ampliou a compreensão de saúde para além da dimensão individual, abrindo espaço para debates sobre os determinantes sociais, econômicos e culturais do fenômeno, o que contrasta com a concepção anteriormente dominante o modelo biomédico. Nesse modelo clássico, a saúde era predominantemente entendida sob uma perspectiva reducionista, centrada na ausência de doença ou enfermidade. Segundo Luz (2007a, p. 45), no paradigma biomédico, “a saúde é definida de modo negativo, pela ausência de patologia”, o que reduzia a complexidade do fenômeno à esfera biológica. De forma semelhante, Canguilhem (2000) ressalta que, antes da concepção ampliada, a saúde era muitas vezes entendida como um estado estático de normalidade, em oposição à anormalidade representada pela doença.

Tal entendimento restrito foi dominante até meados do século XX, refletindo não apenas uma herança da medicina científica moderna, consolidada no século XIX, mas também um reflexo da hegemonia de práticas clínicas curativas sobre abordagens preventivas e sociais. Passou-se a considerar a dimensão social, mental e de bem-estar como componentes inseparáveis da saúde, inaugurando uma nova etapa na formulação de políticas públicas e no reconhecimento da saúde como direito humano. Segundo Scliar (2007), essa mudança de paradigma reflete uma ampliação da compreensão de saúde, que deixou de ser vista apenas como ausência de doença para incorporar aspectos sociais e psicológicos.

Assim, a Organização Mundial da Saúde (OMS), desde sua constituição em 1946, definiu a saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, de modo a superar uma visão meramente biológica ou restrita à ausência de enfermidade, exigindo uma compreensão ampliada que considere de forma integrada os aspectos físicos, mentais e sociais”. Essa concepção inovadora para a época inaugurou uma abordagem multidimensional da saúde, fundamental para a construção de políticas públicas voltadas à sua efetivação.

A Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH), aprovada pela Assembleia Geral das Nações Unidas em 1948, ao tratar do direito à saúde de forma implícita, estabeleceu, em seu art. 25, que

Toda pessoa tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e à sua família saúde e bem-estar”, incluindo alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e serviços sociais. Ainda que não detalhe o conceito de saúde, a Declaração reforça sua importância como direito humano essencial para a dignidade da pessoa (ONU, 1948).

O Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (PIDESC), adotado em 1966 e ratificado no Brasil pelo Decreto nº 591/1992 (Brasil, 1992), dispõe

expressamente em seu art. 12 sobre o direito de toda pessoa ao mais alto nível possível de saúde física e mental (OAE, 1966). O referido pacto impõe aos Estados a obrigação de adotar medidas para a plenitude desse direito, incluindo a redução da mortalidade infantil, a melhoria da higiene do trabalho, o combate às epidemias e o acesso universal aos serviços de saúde. O PIDESC é um tratado com forte status jurídico e influencia diretamente a Constituição Federal brasileira, especialmente nos direitos sociais estabelecidos em seus arts. 5º, 6º e 7º (Brasil, 1988). Esse pacto destaca a importância da atuação progressiva e da máxima efetividade dos direitos econômicos, sociais e culturais, exigindo ações estatais para viabilizar esses direitos de forma ampla e universal.

A Carta Magna consagrou a saúde como direito fundamental de todos e dever do Estado, no art. 196, estabelecendo bases normativas inéditas tanto no cenário nacional quanto no internacional. A positivação constitucional, entretanto, não pode ser interpretada de modo restrito à sua dimensão normativa, porque a saúde, enquanto direito social fundamental, exige a implementação de políticas públicas e a adoção de medidas concretas pelo Estado para sua efetividade (Brasil, 1988). Isso significa que não basta apenas reconhecer o direito à saúde no texto constitucional, sendo necessário garantir seu acesso universal e igualitário, contemplando ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, conforme reforça o PIDESC, que determina aos Estados a obrigação de adotar medidas progressivas para assegurar o mais alto nível possível de saúde física e mental a todos (OEA, 1966).

Nesse sentido, autores como Luz (2007b) e Canguilhem (2000) contribuem para se compreender que a concepção ampliada de saúde extrapola a dimensão biomédica e inclui fatores sociais, mentais e ambientais, reforçando a necessidade de uma atuação estatal e integrada para concretizar esse direito. A saúde inscreve-se no campo dos direitos sociais, vinculando-se diretamente à dignidade da pessoa humana e às condições materiais de existência, o que lhe confere um caráter indissociavelmente jurídico e político. A presença da saúde no texto constitucional brasileiro rompe com paradigmas anteriores e inaugura um modelo que associa o direito à cidadania, à democracia e à justiça social.

Assim, examinar a saúde no ordenamento jurídico brasileiro implica compreender a articulação entre norma, política pública e realidade social, identificando tanto os avanços quanto os desafios persistentes na concretização desse direito. Mais do que uma categoria abstrata, a saúde no plano jurídico revela-se como expressão da luta social por melhores condições de vida e pela efetiva realização da cidadania.

No cenário brasileiro, autores como Daou (2017, 2020) destacam que o conceito de saúde está intimamente relacionado à realização de direitos sociais e à estruturação de

políticas públicas. Daou (2017, 2020) afirma que o direito à saúde deve ser compreendido em sua dimensão coletiva e individual, exigindo do Estado não apenas a prestação direta de serviços, mas também a formulação de políticas públicas eficazes e planejadas. A autora propõe uma leitura crítica da judicialização da saúde, ressaltando que a efetividade desse direito depende de uma ação coordenada entre os Poderes, especialmente por meio de estratégias que respeitem a prioridade constitucional da saúde pública.

De forma complementar, Brito Filho (2012, 2021) salienta que o direito à saúde deve ser visto como um direito social fundamental, cuja efetivação demanda não apenas vontade política, mas também mecanismos jurídicos de acesso à justiça. Para o autor, “a saúde não é uma mercadoria a ser adquirida conforme a capacidade econômica dos indivíduos, mas um direito público subjetivo que impõe ao Estado o dever de agir”. Nesse sentido, defende que o Poder Judiciário pode e deve atuar quando houver omissão estatal, desde que com respeito à separação dos poderes e às políticas públicas existentes.

A doutrina jurídico-sanitária enfatiza a centralidade de políticas estruturantes no campo da saúde, entendendo-as como condição essencial para a concretização dos direitos fundamentais. Nesse sentido, Arouca (1988) compreende a saúde como resultado direto dos determinantes sociais, econômicos e políticos, superando a visão limitada à mera ausência de doenças. Para o autor, saúde pressupõe condições dignas de vida, como moradia, trabalho, renda justa, acesso à água potável, alimentação, vestimenta, educação, informação, ambiente saudável e participação política, elementos que a tornam indissociável do exercício da cidadania e da democracia. Seu lema “democracia é saúde” sintetiza a convicção de que a melhoria das condições de saúde no Brasil exigia a superação de modelos econômicos concentradores de renda e de estruturas políticas autoritárias, de modo que a redemocratização fosse condição prévia e necessária para avanços concretos na saúde coletiva.

De modo complementar, Donnangelo e Pereira (1976) destacam que a saúde deve ser compreendida como um fenômeno socialmente determinado, inseparável das condições materiais de existência e das relações sociais que estruturam a vida cotidiana. Essa perspectiva rompe com a concepção restrita e biologizante, ao ressaltar que a saúde não decorre apenas de fatores individuais, mas expressa as desigualdades sociais e os modos de organização da sociedade. Nesse sentido, sua contribuição foi decisiva para a consolidação da saúde coletiva como campo crítico e interdisciplinar de investigação científica e de formulação de políticas públicas.

Almeida Filho (2011) acrescenta uma abordagem crítica e dinâmica, rejeitando a noção de saúde como estado fixo ou ideal de “completo bem-estar”, tal como definido pela

OMS em 1946. Para o autor, a saúde deve ser entendida como processo em constante movimento, marcado pela capacidade de enfrentar adversidades. Ao problematizar o caráter utópico da definição clássica, aproxima a saúde do conceito de resiliência, em níveis individual e coletivo, conferindo-lhe uma dimensão histórica e processual.

Na mesma direção, Campos (2000) propõe a compreensão da saúde como capacidade de produção de vida em suas múltiplas dimensões biológica, psicológica e social. A partir da clínica ampliada e da gestão participativa, o autor reforça a necessidade de considerar a integralidade do cuidado e a complexidade dos processos que compõem o viver humano, rompendo com perspectivas reducionistas da saúde e da prática médica.

No campo do direito sanitário, Santos (2010) destaca a saúde como um direito fundamental de natureza constitucional, cuja efetivação é dever inalienável do Estado. Para a autora, a saúde deve ser compreendida como construção coletiva, estruturada pelos princípios do SUS que são a universalidade, integralidade e equidade. Nessa perspectiva, o SUS configura verdadeira inovação no constitucionalismo sanitário brasileiro, ao garantir tais princípios como fundamentos da política pública de saúde.

Dessa forma, observa-se que, embora partam de referenciais distintos, sociológico, epidemiológico, clínico e jurídico, esses autores convergem ao afirmar que a saúde não se limita à ausência de enfermidades. Ao contrário, deve ser concebida como um processo histórico, social e político, vinculado às condições de vida, à capacidade de enfrentamento das adversidades, à produção de vida em suas diversas dimensões e à efetivação de direitos fundamentais.

Assim, a concepção contemporânea de saúde repousa sobre uma base normativa e doutrinária sólida, sendo reconhecida como direito fundamental de natureza prestacional, cuja efetividade depende tanto da elaboração de políticas públicas consistentes quanto do controle judicial, quando necessário. Nesse sentido, o reconhecimento da saúde como direito humano, social e constitucional impõe ao Estado o dever de garantir condições dignas de existência e acesso equitativo aos serviços de saúde, sobretudo em contextos de vulnerabilidade (Santos, 2010).

2.2 O Sistema Único de Saúde (SUS): princípios, diretrizes e governança interfederativa

Nesse contexto de discussão, o SUS emerge como o principal instrumento jurídico-institucional de efetivação do direito à saúde, estruturado sob os princípios da universalidade, integralidade, equidade, descentralização e participação social. Sua criação

representou não apenas uma inovação normativa, mas também um marco no constitucionalismo sanitário, projetando o Brasil como referência no reconhecimento da saúde enquanto direito fundamental. Regulamentado pelas Leis nº 8.080/1990 (Brasil, 1990a) e nº 8.142/1990 (Brasil, 1990b), o SUS deu forma concreta ao comando constitucional de 1988, instituindo um sistema público de caráter universal e igualitário.

O princípio da universalidade assegura que todas as pessoas, independentemente de contribuição prévia, nacionalidade ou condição socioeconômica, tenham acesso aos serviços de saúde, constituindo expressão do ideal de justiça distributiva e solidariedade social. A integralidade, por sua vez, pressupõe uma abordagem abrangente do cuidado, que não se limita ao tratamento de doenças, mas contempla ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação, em uma perspectiva intersetorial capaz de reconhecer os determinantes sociais da saúde. Já a equidade exige que os serviços estejam disponíveis para todos, com especial atenção às desigualdades regionais, étnicas, sociais e culturais.

Nesse sentido, impõe medidas diferenciadas para corrigir distorções históricas e assegurar justiça material, reafirmando o compromisso do Estado com a inclusão substantiva. A descentralização é um princípio que distribui responsabilidades entre União, estados, Distrito Federal e municípios, conferindo autonomia a cada esfera para administrar os serviços conforme suas competências. No entanto, cada uma dessas esferas deve possuir comando único, ou seja, uma direção responsável pela coordenação e execução das ações de saúde, evitando sobreposições e conflitos (Brasil, 1990b; Mendes, 2011).

Constitucionalmente, o SUS está delineado nos arts. 196 a 200 da Constituição de 1988, os quais fixam os princípios, diretrizes e competências do sistema. Tais dispositivos asseguram o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, a cooperação entre os entes federativos e a participação da sociedade civil no controle das políticas públicas de saúde (Brasil, 1988). Em complemento, no plano infraconstitucional, a Lei Orgânica da Saúde – Lei nº 8.080/1990 (Brasil, 1990a) configura um dos principais pilares da política de saúde no Brasil, ao dispor sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como sobre a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes no âmbito do SUS. Seu conteúdo normativo estrutura-se em torno de três eixos centrais.

O primeiro trata da composição institucional do SUS, definindo seus objetivos, atribuições gerais, princípios e diretrizes, além da forma de organização, direção e gestão do sistema. Nesse contexto, estabelece as competências comuns e específicas das três esferas político-administrativas da federação: União, estados e municípios, reafirmando o modelo descentralizado e cooperativo previsto na Constituição. O segundo eixo regula a participação

dos serviços privados na assistência à saúde, disciplinando os termos e limites dessa atuação complementar ao SUS, com ênfase na garantia da gratuidade dos serviços públicos e na regulação estatal sobre o setor privado.

Por fim, o terceiro eixo aborda o financiamento do sistema, contemplando normas sobre as fontes de receita, gestão financeira, planejamento e orçamentação das ações de saúde. A lei também contempla aspectos relevantes da política de recursos humanos e prevê disposições transitórias relacionadas à incorporação de patrimônios, à situação dos hospitais universitários, aos convênios com o extinto Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), e à participação em ciência e tecnologia.

Dessa forma, a Lei nº 8.080/90 não apenas regulamenta os fundamentos constitucionais do direito à saúde, mas também estabelece as bases operacionais e institucionais para sua concretização por meio de políticas públicas abrangentes e integradas. Complementar à Lei nº 8.080/1990 (Brasil, 1990a), a Lei nº 8.142/1990 (Brasil, 1990b) aprofunda a regulamentação do SUS ao tratar de dois assuntos essenciais para sua efetivação: a participação da comunidade na gestão do sistema e o financiamento das ações e serviços de saúde. No que se refere à participação social, a norma estabelece a criação e o funcionamento dos Conselhos de Saúde e das Conferências de Saúde, em âmbito nacional, estadual e municipal.

Os Conselhos de Saúde são órgãos colegiados, de caráter permanente e deliberativo, compostos por representantes do governo, dos profissionais de saúde, dos prestadores de serviços e da sociedade civil. Sua principal função é acompanhar, fiscalizar e propor diretrizes para a formulação das políticas públicas de saúde. Já as Conferências de Saúde, realizadas periodicamente, têm caráter consultivo e visam avaliar a situação da saúde e propor estratégias de aprimoramento do SUS.

No tocante ao financiamento, a Lei nº 8.080/1990 (Brasil, 1990a) disciplina o repasse de recursos federais para os demais entes federativos, vinculando-os à existência de planos de saúde aprovados pelos respectivos conselhos e à observância dos critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde. Estabelece, ainda, em seus arts. 16 a 19, mecanismos de controle e transparência na aplicação desses recursos, fortalecendo o princípio da descentralização com responsabilidade (Brasil, 1990a). A Lei nº 8.142/1990 (Brasil, 1990b), por sua vez, consolida dimensões fundamentais da gestão democrática e do pacto federativo no âmbito do SUS, assegurando tanto o controle social das políticas públicas quanto as bases legais para o financiamento compartilhado entre os entes da federação. Junto à Lei nº 8.080/1990 (Brasil, 1999a), compõe o arcabouço jurídico indispensável à consolidação de um

sistema de saúde público, universal, equitativo e participativo no Brasil.

Vale mencionar que o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, regulamentou a Lei nº 8.080/1990, estabelecendo os fundamentos da organização regionalizada e hierarquizada do SUS (Brasil, 2011). Esse diploma fortaleceu princípios estruturantes do SUS, como a descentralização, integralidade e participação social, ao operacionalizar a gestão interfederativa por meio das Regiões de Saúde (Brasil, 2011).

A regionalização é o processo que organiza uma rede de saúde em territórios ou regiões de saúde, que agrupam municípios para viabilizar a oferta de serviços integrados e coordenados. Seu objetivo é promover a integração dos serviços, racionalizar os recursos, corrigir desigualdades de acesso e fortalecer a gestão regional do SUS. Essa organização territorial é feita a partir de critérios epidemiológicos e deve garantir que a população tenha acesso aos serviços necessários dentro da região de abrangência, considerando suas necessidades específicas (Mendes, 2011; Brasil, 2022).

A hierarquização refere-se à organização da rede de serviços em diferentes níveis de complexidade crescente, garantindo que o usuário seja atendido no nível mais adequado às suas necessidades. Conforme Mendes (2011), esse modelo se estrutura na atenção primária, que é a porta de entrada do sistema, com serviços básicos e essenciais próximos à população; na atenção secundária, que trata dos serviços especializados e ambulatoriais; e na atenção terciária, que cuida dos serviços de alta complexidade, como hospitais de referência e procedimentos especializados.

Esse arranjo garante que os usuários sejam atendidos no serviço adequado à sua necessidade, respeitando protocolos de encaminhamento e garantindo o fluxo ordenado do atendimento. Portanto, a regionalização e a hierarquização organizam os serviços de saúde em regiões e níveis de complexidade, de modo a racionalizar recursos e assegurar atendimento integral. Assim, a regionalização visa à distribuição equitativa dos serviços no território, enquanto a hierarquização estabelece fluxos assistenciais que vão da atenção básica até os procedimentos de alta complexidade, estruturando o sistema em rede integrada, buscando garantir um sistema integrado, eficiente e acessível, em que a complexidade dos serviços seja distribuída em níveis crescentes e estruturada geograficamente para melhor atender à população, promovendo equidade, qualidade e resolutividade na atenção à saúde (Mendes, 2011; Brasil, 1988).

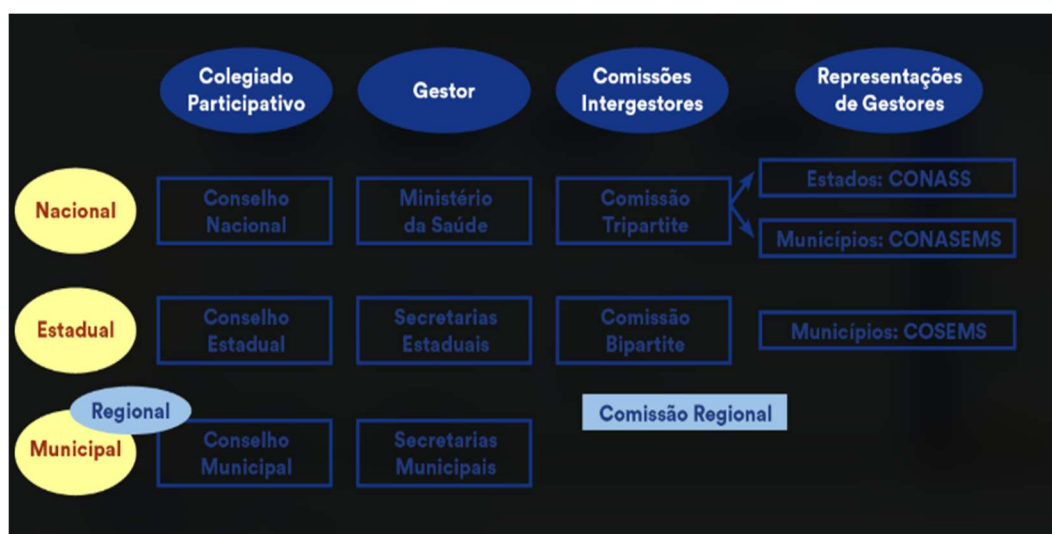
Na nova arquitetura do SUS, as Regiões de Saúde configuram-se como espaços geográficos contínuos, formados por diferentes municípios, definidos a partir de afinidades culturais, econômicas, sociais e de infraestrutura de transporte, com o objetivo de integrar a

organização, o planejamento e a prestação dos serviços de saúde (Brasil, 2011). Essas regiões devem garantir um conjunto mínimo de ações e serviços de saúde: atenção primária; urgência e emergência; atenção psicossocial; atenção ambulatorial especializada e hospitalar e vigilância em saúde (Brasil, 2011).

Um dos avanços centrais do decreto foi a instituição do Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde (COAP), que é instrumento jurídico que formaliza acordos de cooperação entre União, estados e municípios nas regiões de saúde. O COAP define responsabilidades organizativas, executivas, financeiras e de monitoramento para cada ente federado, garantindo maior segurança jurídica e transparência na gestão compartilhada (Brasil, 2011).

Além disso, foram reforçados mecanismos de pactuação entre entes federativos por meio das Comissões Intergestores: Tripartite (CIT), Bipartite (CIB) e Regionais (CIR). A CIT constitui-se em um espaço de articulação e pactuação do SUS, sendo integrada, de forma paritária, por representantes do Ministério da Saúde, dos estados, indicados pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), e dos municípios, representados pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS). De modo semelhante, a CIB também apresenta composição paritária, reunindo membros da Secretaria de Estado de Saúde e gestores municipais, estes indicados pelos Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS) de cada Estado.

Figura 1 – Comissões Intergestores: Tripartite (CIT), Bipartite (CIB) e Regionais (CIR)



Fonte: CONASS (2015).

Há ainda, além dessas instâncias, as Comissões Intergestores Regionais (CIR), denominadas, em alguns estados, Comissões Intergestores de Regiões de Saúde Ampliadas (CIRA), que congregam representantes estaduais e municipais de regiões de saúde específicas. Essas estruturas cumprem papel fundamental na coordenação interfederativa, no fortalecimento da governança do SUS e na efetivação do princípio da descentralização previsto constitucionalmente.

O Decreto nº 7.508/2011 consolidou instrumentos de apoio ao planejamento e gestão regional, como o Mapa da Saúde, que descreve a distribuição geográfica dos recursos humanos e serviços ofertados, considerando capacidade instalada e desempenho. Esses elementos orientam a formulação de Planos de Saúde e o alinhamento com o Plano Plurianual (PPA), garantindo coerência técnica e orçamentária às ações (Brasil, 2011).

O Plano Plurianual (PPA) é o principal instrumento de planejamento de médio prazo da administração pública, previsto no art. 165 da Constituição Federal de 1988, que define as diretrizes, objetivos e metas da ação governamental para um período de quatro anos (Brasil, 1988). Nesse contexto, o PPA orienta a execução das políticas públicas e define as prioridades do governo, servindo de base para a elaboração da Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e da Lei Orçamentária Anual (LOA). Ademais, o PPA é elaborado no primeiro ano de mandato presidencial, com vigência até o final do primeiro ano do mandato seguinte, o que garante a continuidade administrativa entre diferentes governos (Giacomoni, 2017). Dessa forma, o instrumento busca assegurar o planejamento integrado e a gestão estratégica das ações públicas, promovendo o desenvolvimento econômico e social de forma sustentável.

De acordo com o Ministério do Planejamento (Brasil, 2023), os objetivos específicos do PPA são promover o alinhamento entre planejamento e orçamento, definir programas e ações voltados para resultados, assegurar a transparência e o controle social das políticas públicas e garantir a eficiência na alocação de recursos públicos. A estrutura do PPA é composta por diretrizes, objetivos e metas. As diretrizes expressam as grandes orientações estratégicas do governo, os objetivos definem os resultados esperados e as metas traduzem esses objetivos em indicadores mensuráveis (Brasil, 2020). Assim, cada programa do PPA é formado por um conjunto de ações, que podem ser projetos, atividades ou operações especiais, vinculadas a um objetivo de política pública (Souza Junior; Lopes, 2021).

No que se refere à integração orçamentária, o PPA é o eixo estruturante do sistema orçamentário brasileiro, pois orienta tanto a LDO quanto a LOA. A LDO estabelece as metas e prioridades da administração pública para o exercício financeiro seguinte e orienta

a elaboração da LOA, que detalha a execução orçamentária das ações previstas no PPA (Giacomoni, 2017). Desse modo, o PPA garante coerência entre o planejamento de médio prazo e a execução anual do orçamento público, reforçando o princípio da eficiência na gestão pública e a continuidade das políticas governamentais.

Além da integração entre planejamento e orçamento, destaca-se a importância da participação social e da transparência no processo de elaboração do PPA. Segundo o Ministério do Planejamento, a construção do PPA deve contar com a colaboração da sociedade civil, por meio de consultas públicas, audiências e plataformas digitais, o que fortalece a legitimidade democrática do planejamento governamental. Nesse sentido, Souza Junior e Lopes (2021) ressaltam que a participação popular é essencial para que o PPA reflita as demandas reais da população, contribuindo para políticas públicas mais eficazes e alinhadas às necessidades sociais.

Em síntese, o PPA é um instrumento fundamental para a gestão estratégica do Estado brasileiro, pois permite o planejamento integrado, transparente e orientado a resultados. Além disso, ao estabelecer metas e objetivos claros, o PPA contribui para o fortalecimento da gestão pública, para a eficiência dos gastos governamentais e para a sustentabilidade das ações do Estado ao longo do tempo (Brasil, 2020; Giacomoni, 2017). Assim, o referido plano se consolida como uma ferramenta indispensável para garantir a continuidade, eficiência e transparência das políticas públicas no Brasil.

Esse modelo organizacional visa, sobretudo, promover o acesso resolutivo, universal, equânime e de qualidade às ações de saúde, reduzir as desigualdades loco-regionais e racionalizar o uso dos recursos por meio de gestão solidária e cooperativa entre os entes federativos (Brasil, 2011). Isso fortalece o SUS como uma política de Estado, orientada por princípios constitucionais (Brasil, 2011; Araújo, 2014).

A gestão do SUS é concebida como uma responsabilidade compartilhada entre os três entes federativos, conforme o art. 23, inciso II, da Constituição Federal.

Art. 23. É competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios: I - zelar pela guarda da Constituição, das leis e das instituições democráticas e conservar o patrimônio público; II - cuidar da saúde e assistência pública, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiência (Brasil, 1988).

Embora propicie maior capilaridade e resposta às demandas locais, a descentralização, impõe o desafio da articulação intergovernamental e da racionalização dos recursos públicos. O Pacto pela Saúde e os instrumentos de planejamento e financiamento,

como o Plano Municipal de Saúde e o financiamento “fundo a fundo”, representam esforços institucionais voltados à consolidação de um modelo cooperativo e eficiente de gestão.

No plano institucional, o Ministério da Saúde, as secretarias estaduais e municipais de Saúde e os respectivos conselhos integram a estrutura organizativa do SUS. Nesse contexto, órgãos como o Conselho Nacional de Saúde (CNS), o CONASS, o CONASEM e os Conselhos Estaduais de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS) desempenham papel central como espaços institucionais de articulação entre os gestores do sistema (CONASS, 2015).

O CNS constitui uma instância colegiada, deliberativa e permanente do SUS, vinculada ao Ministério da Saúde. Criado em 1937, tem como missão fiscalizar, acompanhar e monitorar as políticas públicas de saúde, levando as demandas da população ao poder público, motivo pelo qual é reconhecido como instância de controle social. Suas atribuições atuais encontram-se regulamentadas pela Lei nº 8.142/1990 (1990b). O CNS atua na formulação e no controle da execução da Política Nacional de Saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, e é composto por 48 conselheiros titulares, com respectivos suplentes, representantes dos usuários, trabalhadores, gestores e prestadores de serviços de saúde.

No que se refere ao CONASEMS, sua finalidade é fortalecer e garantir a autonomia da gestão municipal. Criado em 1988, representa institucionalmente os municípios e atua de forma estratégica para promover a descentralização e a municipalização do SUS. Sua missão inclui a articulação de políticas públicas em nível municipal, a defesa dos princípios do SUS e a valorização de experiências locais, sempre buscando promover equidade e participação social. Entre suas principais funções, destacam-se representar as secretarias municipais junto às instâncias nacionais de decisão, apoiar tecnicamente os COSEMS, fomentar a descentralização político-administrativa e financeira e realizar capacitações, estudos e pesquisas para aprimorar a gestão da saúde nos municípios (CONASS, 2015).

Por sua vez, os Conselhos Estaduais de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS) asseguram a representação dos municípios em cada estado, fortalecendo a expansão e a presença institucional do SUS. Formalmente reconhecidos pela Lei Federal nº 12.466/2011 (Brasil, 2011), os COSEMS reúnem gestores municipais de saúde e atuam como interlocutores junto às Secretarias Estaduais de Saúde e às demais instâncias decisórias. Além disso, têm participação ativa em órgãos como os Conselhos Estaduais de Saúde (CES), as Comissões Intergestores Bipartite (CIB) e Regionais (CIR), além de comissões temáticas.

Entre suas funções, destacam-se a articulação e defesa dos interesses municipais, o apoio técnico às secretarias locais, a troca de experiências e o fortalecimento das políticas públicas de saúde em nível regional.

De forma complementar, o CONASS atua como instância representativa das secretarias estaduais de Saúde e sua missão consiste em articular politicamente a gestão estadual do SUS, oferecendo apoio técnico coletivo e individualizado às secretarias, de acordo com suas necessidades. Para tanto, promove a disseminação de informações, incentiva a produção e a difusão do conhecimento, fomenta inovações e estimula a troca de experiências e boas práticas.

Observa-se que CNS, CONASS, CONASEMS e COSEMS constituem pilares da governança do SUS, assegurando participação social, descentralização administrativa e integração entre os entes federativos, elementos essenciais para a consolidação do sistema de saúde brasileiro (CONASS, 2015). Além do Ministério da Saúde, fazem parte do CNS movimentos sociais, instituições governamentais e não-governamentais, entidades de profissionais de saúde, comunidade científica, entidades de prestadores de serviço e entidades empresariais da área da saúde.

A “Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde”, por fim, instrumento de cidadania e transparência, reforça os princípios do SUS ao informar à população seus direitos de acesso ordenado e humanizado, tratamento adequado, respeito à dignidade, atendimento livre de discriminação, corresponsabilidade no cuidado e comprometimento dos gestores com a efetividade das políticas de saúde (Brasil, 2011). No entanto, a efetivação desse direito enfrenta entraves estruturais persistentes: subfinanciamento, desigualdades regionais, escassez de recursos e gestão ineficiente. Tais desafios comprometem a qualidade e a integralidade dos serviços, impulsionando a crescente judicialização da saúde como estratégia de acesso individualizado a prestações estatais.

No quadro 1, a seguir, representa-se a evolução histórica e institucional do SUS no Brasil, considerando-se o recorte temporal de 1985 a 2025.

Quadro 1 – Evolução Histórica e Institucional do SUS no Brasil (1985-2025)

(continua)

PERÍODO GOVERNAMENTAL	MARCOS INSTITUCIONAIS E NORMATIVOS	POLÍTICAS E PROGRAMAS RELEVANTES	OBSERVAÇÕES
Sarney (1985-1990)	- 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986); - Constituição Federal de 1988 (art. 196); - Comissão Nacional da Reforma Sanitária.	- Programa Nacional de DST/Aids (1985); - Erradicação da Poliomielite; - Guia de Vigilância Epidemiológica.	SUS concebido como sistema universal e gratuito; marco da Reforma Sanitária.
Collor (1990-1992)	- Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90; - Extinção do INAMPS.	- Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS); - Comissão Intergestores Tripartite (1991).	Regulamentação inicial do SUS; conflitos sobre financiamento e participação social.
Itamar Franco (1992-1995)	- Norma Operacional Básica NOB/93; - 9ª Conferência Nacional de Saúde.	- Programa Saúde da Família (PSF); - Projeto Aids I; - Repasse Fundo a Fundo.	Fortalecimento da descentralização e da atenção básica.
FHC (1995-2003)	- NOB/96 e NOAS (2001–2002); - EC nº 29/2000.	- Criação da Anvisa e ANS; - Piso da Atenção Básica (PAB); - Política de Genéricos.	Consolidação institucional do SUS; debates sobre saúde suplementar.
Lula (2003-2011)	- Pacto pela Saúde (2006); - Consolidação das Redes de Atenção à Saúde (RAS).	- Farmácia Popular; - Políticas Nacionais de Saúde Bucal, Mulher, Idoso, População Negra; - UPAs, NASF, UNA-SUS.	Revalorização do SUS com foco na equidade e redes integradas.
Dilma (2011-2016)	- Regulamentação da Lei nº 8.080/90; - LC nº 141/2012.	- Programa Mais Médicos; - Rede Cegonha; - Saúde da Criança e do Homem; - Lei nº 13.097/2015.	Expansão de programas sociais. Crise fiscal impacta sustentabilidade.
Temer (2016-2019)	- EC nº 95/2016 (Teto de Gastos).	- Planejamento Regional Integrado.	Marco de retração no financiamento federal.
Bolsonaro (2019-2022)	- Lei nº 13.979/2020 (COVID-19); - Conecte SUS.	- Campanha de Vacinação contra COVID-19; - Distribuição emergencial de insumos.	SUS mostra resiliência durante pandemia apesar da crise federativa.

Quadro 1 – Evolução Histórica e Institucional do SUS no Brasil (1985-2025)

(conclusão)

PERÍODO GOVERNAMENTAL	MARCOS INSTITUCIONAIS E NORMATIVOS	POLÍTICAS E PROGRAMAS RELEVANTES	OBSERVAÇÕES
Lula (2023-2025)	- Criação da Secretaria de Informação e Saúde Digital (SEIDIGI) – 2023; - Decreto nº 12.560 – RNDS transformada em política de Estado – 2025; - Lei nº 15.120 – Brasil Sorridente; Lei nº 15.126 – Atenção humanizada; - Lei nº 15.176 – Fibromialgia como deficiência; Lei nº 15.177 – Setembro Amarelo.	SUS Digital; Políticas de Equidade; Programa Nacional de Redução de Filas (PNRF); Expansão do Mais Médicos; Novo PAC Saúde; Farmácia Popular; Programa Zé Gotinha.	Reestruturação institucional com foco em acesso, equidade e informatização.

Fonte: Elaborado pela autora, com base em dados do Ministério da Saúde (2025), legislações citadas e literatura especializada¹.

2.3 Tríade analítica: dignidade da pessoa humana, mínimo existencial e reserva do possível (doutrina e jurisprudência)

A consolidação da saúde como direito social fundamental, assegurado pela Constituição de 1988 e analisada no capítulo anterior, não pode ser compreendida apenas sob a ótica normativa. Sua efetividade demanda uma leitura à luz da teoria dos direitos fundamentais, a partir de parâmetros hermenêuticos que orientam tanto a formulação de políticas públicas quanto a atuação do Poder Judiciário.

Nesse contexto, três categorias assumem papel central: a dignidade da pessoa humana, erigida a fundamento axiológico da ordem constitucional e núcleo interpretativo de todos os direitos; o mínimo existencial, que traduz o conteúdo essencial e irrenunciável das prestações materiais indispensáveis à vida digna; e a reserva do possível, concebida como limite fático e financeiro, mas que não pode ser invocada de modo genérico para esvaziar o núcleo essencial do direito. A análise desses elementos revela-se indispensável para

¹ Disponível em:

https://fundacaoofhc.org.br/linhasdotempo/saude/?psafe_param=1&gad_source=1&gad_campaignid=1042. Acesso em: 23 nov. 2025.

compreender a densidade normativa do direito à saúde e os critérios de sua concretização prática no Estado Democrático de Direito.

A dignidade da pessoa humana, fundamento da República, art. 1º, III (Brasil, 1988), cumpre dupla função: na axiológica, ao oferecer unidade de sentido ao sistema, e na normativa, ao orientar a interpretação e a aplicação dos direitos fundamentais, especialmente os direitos sociais prestacionais como o direito à saúde, previstos na Constituição Federal. No campo sanitário, o STF tem utilizado a dignidade como parâmetro vinculante para compelir o poder público a assegurar prestações essenciais, como nos fornecimento de medicamentos, internações e procedimentos quando indispensáveis à preservação da vida e da integridade (Cedenho, 2016).

Do ponto de vista doutrinário, a dignidade é multidimensional e conexa à realização de outros direitos fundamentais positivados pela Constituição Federal (Vieira, 2017). Nesse mesmo sentido, Sarlet (2004) sustenta que os princípios fundamentais são normas embaadoras e informativas de toda a ordem constitucional, integrando, com as normas de direitos e garantias fundamentais, o núcleo essencial da Constituição. Essa compreensão abre caminho para reconhecer que a dignidade não se limita a um conceito abstrato, mas foi incorporada de modo expresso e inovador pela ordem constitucional brasileira. Em obra posterior, Sarlet (2008) reforça que, pela primeira vez, a dignidade foi expressamente alçada ao fundamento do Estado Democrático de Direito (CF, art. 1º, III). Nery Júnior e Abboud (2015) acentuam, ainda, que a dignidade estrutura o sistema jurídico, não sendo mero expediente argumentativo.

A jurisprudência consolidada do STF e do Superior Tribunal de Justiça (STJ) oferece importantes balizas interpretativas para a atuação do Poder Judiciário em casos de omissão estatal na efetivação do direito à saúde. Em decisões paradigmáticas, o STF tem afirmado que é inadmissível a recusa de atendimento com base em alegações genéricas de indisponibilidade orçamentária, quando demonstradas a necessidade clínica comprovada e a inexistência de alternativa terapêutica viável (RE 566.471/RS, 2019²). Nesses casos, o Judiciário reconhece que a dignidade da pessoa humana e o mínimo existencial³ prevalecem sobre argumentos abstratos de limitação financeira.

² Disponível em:

<https://portal.stf.jus.br/jurisprudenciaRepercussao/verAndamentoProcesso.asp?incidente=2565078&numeroProcesso=566471&classeProcesso=RE&numeroTema=6>. Tema de repercussão geral. Acesso em: 29 out. 2025.

³ Conceito fundamental do Direito Constitucional, o mínimo existencial representa o conjunto de bens e serviços essenciais (saúde, alimentação, moradia etc.), que remete aos princípios da dignidade humana e dos direitos sociais que o Estado deve assegurar a todas as pessoas (Torres, 2009).

Em 2025, o STF rejeitou a modulação de efeitos no Tema 6 e reafirmou a aplicação imediata da tese sobre concessão judicial de fármacos não incorporados ao SUS, reforçando balizas para os processos em curso. Em paralelo, a Corte fixou critérios para que a Justiça determine coberturas fora do rol da ANS, reforçando a necessidade de comprovação técnica e econômica do caso concreto.

À luz desse panorama recente, em que o RE 566.471/RN (Tema 6) permanece como *leading case* (principais casos) discutiu-se se União, estados e municípios podem ser obrigados a fornecer medicamentos de alto custo ou sem registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) a pessoas carentes. O STF reconheceu a repercussão geral e fixou a tese de que, como regra, não se impõe o fornecimento de fármacos sem registro, admitindo exceção em caso de mora irrazoável da Anvisa e requisitos estritos.

Nesse julgamento, a Corte ancorou o direito à saúde na dignidade da pessoa humana (art. 1º, III, CF) e o integrou ao mínimo existencial, afirmando que a reserva do possível não pode suprimir prestações essenciais à vida e à integridade, embora exija razoabilidade e demonstração de necessidade. De forma direta, o STF protege o núcleo essencial do direito à saúde (dignidade/mínimo existencial), coíbe ordens sem respaldo técnico-regulatório (ex.: fármaco sem registro) e exige critérios objetivos para intervenções judiciais, inclusive nas coberturas fora do rol da ANS, balanceando efetividade do direito e limites orçamentários/técnicos.

O Judiciário reconhece, nesses casos, que a dignidade da pessoa humana e o mínimo existencial prevalecem sobre argumentos abstratos de limitação financeira. Além disso, o Tribunal tem reiterado que, em situações de urgência ou omissão administrativa, cabe ao Poder Judiciário impor obrigações de fazer para garantir o fornecimento de medicamentos, tratamentos e internações essenciais, com base na solidariedade entre os entes federativos e na vinculação entre saúde e o direito à vida (Ag-REExt 858.908/RJ, 2015; ARE-AgR 727.864/PR, 2014).

Como observa Sarlet (2012), o mínimo existencial “representa o conteúdo irreduzível da dignidade humana”, sendo o limite que o Estado não pode deixar de proteger, mesmo sob o argumento da reserva do possível (restrições orçamentárias). No campo jurídico, o mínimo existencial é o parâmetro de controle das omissões estatais. Ess mínimo existencial, nesses precedentes, opera como limite infranqueável à invocação da reserva do possível, o que significa que o Estado não pode se esquivar de assegurar prestações essenciais com base em restrições orçamentárias genéricas, sob pena de violar o núcleo do direito à saúde (RTJ 200/191-197; RE 566.471/RS, 2019).

Esse entendimento foi reforçado no julgamento do Tema 698 da Repercussão Geral, no qual o STF reconheceu a possibilidade de intervenção judicial para determinar a implementação de políticas públicas quando constatada omissão inconstitucional do Executivo, afastando a alegação de violação ao princípio da separação dos poderes e a oponibilidade da reserva do possível nesse contexto (RE-AgR 646.126, julgado em 10 jun. 2025).

No mesmo sentido, o STJ tem adotado jurisprudência convergente ao reconhecer que procedimentos e internações médicas são exigíveis judicialmente quando demonstrada sua imprescindibilidade para a saúde e a integridade funcional do paciente, mesmo em casos classificados como eletivos (REsp 1.657.156/RJ). Esses entendimentos reforçam a tese de que o Poder Judiciário atua, legitimamente, como garantidor do mínimo existencial, especialmente diante de omissões estruturais que comprometem a concretização do direito fundamental à saúde.

Do ponto de vista doutrinário, a pesquisa apoia-se na linha constitucionalista garantista, que compreende a dignidade da pessoa humana como valor-fonte da Constituição Federal e como critério de exigibilidade imediata dos direitos fundamentais, atribuindo a ela a função de fundamento axiológico e limite material às omissões estatais no cumprimento dos direitos sociais.

Autores como Sarlet (2012), Barroso (2010) e Alexy (2008) sustentam que a dignidade da pessoa humana constitui cláusula de proteção contra omissões estatais, assegurando a exigibilidade imediata do mínimo existencial. Essa compreensão reforça a necessidade de resposta efetiva e célere às demandas que envolvem direitos fundamentais, sem diferimento por razões orçamentárias não demonstradas (Farias, 2015).

Por outro lado, autores como Streck (2014), Sarmiento (2007) e Silva (2009) alertam para o risco da banalização da dignidade, quando invocado de modo genérico e casuístico, sem critérios normativos objetivos, o que pode comprometer a coerência e a racionalidade das decisões judiciais. Para Jaques, Pinto e Junqueira (2023), o mínimo existencial deve ser compreendido como uma cláusula constitucional de justiça social, cujo conteúdo é dinâmico e deve ser delimitado a partir das necessidades concretas do contexto brasileiro. Os autores argumentam que “a delimitação do mínimo existencial no Brasil não pode restringir-se a parâmetros econômicos, devendo considerar as dimensões sociais, culturais e jurídicas que compõem o ideal de existência digna” (Jaques; Pinto; Junqueira, 2023, p. 7). Essa visão amplia o enfoque tradicional, propondo uma leitura contextualizada e material do princípio.

Na mesma linha, Lima (2024) destaca que o mínimo existencial representa o núcleo intangível dos direitos fundamentais, funcionando como parâmetro de controle das omissões estatais. Para a autora, “em tempos de crise, o conteúdo do mínimo existencial ganha relevância reforçada, pois impede que políticas de austeridade ou contingenciamento orçamentário comprometam direitos ligados à sobrevivência e à dignidade” (Lima, 2024, p. 3). Essa perspectiva evidencia o papel contramajoritário do princípio, ao impedir retrocessos sociais e assegurar a continuidade de prestações públicas essenciais.

De modo semelhante, Moura Filho (2025) analisa o mínimo existencial em articulação com a teoria da reserva do possível, ressaltando que ambos devem ser compreendidos em tensão e complementaridade, e não como conceitos excludentes. O autor sustenta que “a reserva do possível não pode ser invocada de forma abstrata para afastar o dever de garantir o mínimo existencial, devendo haver prova concreta da incapacidade financeira do Estado” (Moura Filho, 2025, p. 5661). Assim, defende uma aplicação equilibrada que preserve o núcleo essencial dos direitos fundamentais sem ignorar a realidade fiscal.

Por sua vez, Silva (2022, p. 12) propõe uma abordagem mais teórico-normativa, ao conceber o mínimo existencial como “expressão concreta da eficácia horizontal e vertical dos direitos fundamentais”. O autor argumenta que o Estado e também os particulares têm deveres correlatos de respeito e promoção dessas condições mínimas, o que amplia o alcance jurídico do princípio para além da esfera estatal. Finalmente, Kirste (2023, p. 45) retoma a discussão sob o enfoque filosófico-jurídico, defendendo que o mínimo existencial “não se limita ao atendimento de necessidades biológicas, mas abrange a possibilidade de participação ativa na vida social, política e cultural”. Para esse autor, a dignidade humana pressupõe uma existência materialmente adequada e socialmente integrada, e o mínimo existencial deve garantir essa amplitude.

Da dignidade deriva o mínimo existencial como o conjunto de prestações estatais indispensáveis para assegurar uma vida minimamente digna (saúde, alimentação, moradia, educação, assistência), cuja proteção é imediata e não pode ser diferida sob o argumento de progressividade (Revista de Direito da Cidade, 2016). Em termos dogmáticos, o mínimo existencial opera como núcleo essencial dos direitos sociais, blindado contra restrições que esvaziem seu conteúdo (DFJ, 2017). A literatura especializada do mínimo existencial ocupa espaço central nos debates constitucionais brasileiros, especialmente em torno da efetividade dos direitos sociais. A partir das contribuições de Torres (2009), Barcellos (2002) e Sarlet (2007, 2012), observa-se uma pluralidade de entendimentos que, embora distintos, convergem

na defesa da dignidade da pessoa humana como fundamento da garantia de condições mínimas para uma vida digna.

Torres (1989; 2003; 2013) foi um dos pioneiros no estudo do tema, ao sustentar que o mínimo existencial constitui condição indispensável para o exercício da liberdade. Em sua formulação, o instituto não possui previsão expressa na Constituição, mas decorre da dignidade da pessoa humana, da igualdade e do Estado Social. Para ele, o mínimo existencial possui dupla dimensão: uma negativa (*status negativus*), que impede o Estado de tributar bens e rendas essenciais à subsistência, e uma positiva (*status positivus libertatis*), que impõe ao poder público o dever de prestar assistência básica, como alimentos e medicamentos.

O autor enfatiza, assim, que tais direitos não se submetem à reserva do possível, podendo ser exigidos judicialmente, embora alerte contra a excessiva judicialização individualizada de prestações, sobretudo na área da saúde, defendendo a implementação de políticas públicas universais. Em perspectiva diversa, Barcellos (2002) propõe que o mínimo existencial não seja compreendido como um direito autônomo, mas como um subconjunto dos direitos sociais, econômicos e culturais. Trata-se, em sua visão, de um núcleo essencial, formado por quatro elementos: educação fundamental, saúde básica, assistência aos desamparados e acesso à justiça.

Esse conteúdo corresponde ao núcleo irreduzível da dignidade humana e, por essa razão, deve ser compreendido como uma regra constitucional, cujo cumprimento é obrigatório e não admite ponderações ligadas à reserva do possível ou às limitações orçamentárias. A concretude de sua proposta busca assegurar parâmetros objetivos e justificáveis, ou seja, fundada em critérios racionais e verificáveis, que permitam legitimar e controlar juridicamente a efetivação do mínimo existencial, afastando arbitrariedades e garantindo previsibilidade na atuação estatal.

Sarlet (2010) propõe, nesse contexto, uma visão mais abrangente e aberta. Diferenciando o mínimo vital (voltado apenas à sobrevivência física) do mínimo existencial (que inclui padrões mínimos de inclusão social, cultural e política), sustenta que este constitui um direito fundamental autônomo, de caráter subsidiário, destinado a orientar a interpretação dos direitos sociais e a permitir sua tutela judicial diante da omissão dos poderes políticos. O conteúdo do mínimo existencial, contudo, não pode ser fixado de forma abstrata ou rígida, devendo permanecer aberto às necessidades sociais concretas de cada tempo e comunidade.

Nesse sentido, Sarlet (2010, 2012) admite inclusive a formulação de um “mínimo existencial ecológico”, que abarca prestações como saneamento básico e acesso à água potável. Embora reconheça sua exigibilidade judicial direta, alerta para os elevados custos

estatais e defende a necessidade de ponderação no caso concreto, levando em conta urgência, indispensabilidade e carência real dos beneficiários. Diante dessas três formulações, nota-se que Torres (1989) e Sarlet (2010, 2012) reconhecem o mínimo existencial como direito fundamental autônomo, embora com enfoques distintos: o primeiro o associa à liberdade e à proteção contra a pobreza absoluta, enquanto o segundo ressalta sua abertura material e função subsidiária. Já Barcellos (2002), ao contrário, prefere tratá-lo como subconjunto dos direitos sociais, reduzido a um núcleo objetivo e fixo, plenamente exigível.

Assim, a integração desses entendimentos permite vislumbrar o mínimo existencial tanto como parâmetro de defesa da liberdade e dignidade, quanto como núcleo essencial de direitos sociais, cuja concretização judicial deve oscilar entre a rigidez de regras e a abertura principiológica, a depender da perspectiva adotada. Em comum, os três autores reafirmam que, sem a garantia desse patamar mínimo de condições de vida, os direitos fundamentais não passam de promessas vazias.

Na seara da saúde, o mínimo existencial traduz-se no dever de assegurar acesso tempestivo e eficaz a serviços e procedimentos clínicos e juridicamente necessários para evitar agravamentos, incapacidades ou perda de autonomia funcional, uma moldura particularmente pertinente às cirurgias ortopédicas eletivas com potencial de prevenir sequelas, dor crônica e perda de mobilidade (Oliveira, 2024; Fiocruz, 2021). É por isso que, mesmo em contexto de filas e restrições de oferta, a jurisprudência tem reconhecido patamar mínimo de atendimento apto a resguardar integridade física e funcionalidade (STF, STA 175/CE; STJ, REsp 1.657.156/RJ).

Do ponto de vista filosófico-constitucional, o mínimo existencial materializa a dignidade e limita a discricionariedade alocativa do Estado, pois elementos básicos da existência não podem ser negados por contingências financeiras não demonstradas (MULTIVIX, 2018; Revista de Investigações Constitucionais, 2015). Assim, o controle judicial incide exatamente quando o patamar mínimo é comprometido, o que exige técnica decisória cuidadosa para não substituir políticas públicas legítimas, mas para corrigir insuficiências que afrontem o núcleo essencial (Oliveira, 2024).

Trazendo uma referência no debate contemporâneo sobre a efetivação do direito à saúde no Brasil, Schulze (2014, 2016) defende que a efetividade desse direito fundamental exige mais do que sua previsão constitucional, requerendo a construção de critérios éticos, jurídicos e distributivos capazes de orientar a alocação racional dos recursos públicos e garantir a justiça social no acesso às políticas de saúde. Para o autor, o direito à saúde deve ser compreendido sob uma ótica integrada, que combine princípios constitucionais, limitações

orçamentárias e demandas sociais, a fim de assegurar a dignidade da pessoa humana sem comprometer a sustentabilidade do sistema público de saúde.

Assim, Schulze (2014) busca um equilíbrio entre a proteção individual e a racionalidade coletiva, propondo uma leitura do texto constitucional que una o ideal de universalidade com a responsabilidade estatal e judicial. O autor entende que a dignidade da pessoa humana é o “sobreprincípio” do sistema jurídico, funcionando como o eixo que orienta a interpretação dos direitos fundamentais sociais, em especial o direito à saúde: “A dignidade da pessoa humana precisa ser interpretada em três perspectivas: (a) individual; (b) universal; e (c) no âmbito livre, considerado cada homem como ser autônomo” (Schulze, 2014, p. 56).

Nessa perspectiva, Schulze (2014) adverte que o princípio da dignidade não deve ser usado apenas para justificar a concessão de tratamentos individuais em juízo. Ele sustenta que a dignidade também tutela a coletividade, devendo orientar políticas públicas que assegurem equidade, eficiência e solidariedade social, ao afirmar que “Não se pode esquecer que a dignidade da pessoa humana também tem como missão a tutela da saúde coletiva” (Schulze, 2014, p. 59).

O princípio da dignidade, poranto, impõe ao Estado o dever de garantir as condições mínimas de existência a todos, mas também exige responsabilidade distributiva para que tais condições sejam viáveis e sustentáveis. O mínimo existencial ocupa, no pensamento de Schulze (2014), o espaço do núcleo essencial dos direitos fundamentais. Ele o define como o conjunto de bens e serviços indispensáveis para assegurar uma vida digna: “O cidadão possui direito ao mínimo existencial, vale dizer, ao conjunto de bens indispensáveis para satisfação dos seus direitos fundamentais primários” (Schulze, 2014, p. 63).

Aplicado à saúde, o mínimo existencial representa o piso mínimo de prestações estatais como: medicamentos, atendimentos e procedimentos, que devem ser garantidos universalmente, independentemente de contingências orçamentárias. Schulze (2014) ressalta que o Estado não pode invocar a falta de recursos para negar aquilo que integra esse núcleo mínimo, pois isso comprometeria a própria dignidade humana. Por outro lado, o autor reconhece que a definição concreta desse “mínimo” não pode ser arbitrária, devendo observar critérios técnicos e éticos, como as diretrizes da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC) e os protocolos clínicos oficiais.

Assim, o mínimo existencial deve ser objetivado e universalizado, evitando decisões judiciais casuísticas que favoreçam poucos em detrimento do coletivo (Schulze, 2016). Em suas análises, o autor reconhece a reserva do possível como elemento essencial na ponderação entre direitos sociais e limitações estatais, contudo, rejeita sua utilização como

argumento absoluto para negar prestações estatais: “A reserva do possível não pode se transformar em justificativa para a omissão estatal na efetivação dos direitos sociais fundamentais” (Schulze, 2012).

Ainda para Schulze (2012), a reserva do possível deve ser compreendida em três dimensões: fática, jurídica e financeira, exigindo que o Estado demonstre concretamente suas limitações antes de invocá-la. O juiz, por sua vez, deve decidir com base em provas técnicas, evidências científicas e parâmetros de equidade, ponderando o impacto da decisão sobre os demais cidadãos. Assim, o autor propõe uma leitura equilibrada: o direito à saúde não é ilimitado, mas tampouco pode ser relativizado de modo a violar o mínimo existencial. A solução está na ponderação proporcional entre dignidade humana, sustentabilidade e justiça distributiva.

A convergência entre dignidade, mínimo existencial e reserva do possível expressa uma visão de justiça distributiva aplicada ao direito à saúde (Schulze, 2014). Esse autor argumenta que a efetivação desse direito depende de um processo ético-jurídico de alocação justa de recursos, que leve em conta necessidades individuais, capacidades estatais e prioridades coletivas, em linha com a tradição aristotélica e rawlsiana da equidade. Nos dizeres de Schulze (2014, p. 77), “A efetividade do direito à saúde deve compatibilizar-se com a justiça distributiva, garantindo que todos os cidadãos tenham acesso igualitário ao mínimo existencial, sem comprometer o equilíbrio orçamentário e a solidariedade social”.

Assim, Schulze (2014) propõe que o Judiciário não atue como mero executor de vontades individuais, mas como guardião da racionalidade distributiva das políticas públicas de saúde. Essa postura fortalece a legitimidade das decisões judiciais e o compromisso do Estado com o ideal de saúde como direito de todos e dever coletivo.

Em termos mais estruturantes, o Tema 698 da Repercussão Geral reafirma a legitimidade da atuação judicial para determinar a implementação de políticas públicas de saúde quando há omissão inconstitucional, afastando alegações de violação ao princípio da separação de poderes e de inoponibilidade da reserva do possível nesses contextos (STF, RE-AgR 646.126, julgado em 10/06/2025). Complementarmente, o STJ vem consolidando entendimento segundo o qual a tutela judicial é cabível mesmo para procedimentos eletivos, como internações e cirurgias, desde que demonstrada sua imprescindibilidade clínica para evitar agravamento do quadro funcional do paciente, inclusive nos casos não emergenciais (STJ, REsp 1.657.156/RJ).

Tais precedentes oferecem fundamento normativo e hermenêutico robusto para justificar a atuação judicial e, de modo especial, o papel da Defensoria Pública, nos casos em

que o Estado se mostra inerte ou insuficiente na garantia de cirurgias ortopédicas eletivas, cuja postergação pode comprometer a integridade física, a autonomia e a própria dignidade da pessoa. Já a reserva do possível, por sua vez, introduz as dimensões de escassez e responsabilidade fiscal na efetivação de direitos prestacionais.

Em sua formulação clássica, possui três dimensões: a fática diz respeito à disponibilidade real de recursos/capacidade instalada; a jurídica trata da compatibilidade com o ordenamento e com a programação orçamentária; a razoabilidade/proporcionalidade está relacionada com o equilíbrio entre custo público e proteção de direitos) (UFMG, 2014; Enciclopédia Jurídica PUCSP, s.d.; ENAJUS, 2018).

No Brasil, doutrina e jurisprudência convergem: a reserva não é escudo absoluto e seu manejo reclama demonstração concreta e transparente da limitação orçamentária/administrativa, com prova de priorização racional do gasto, de inexistência de alternativas menos onerosas e de observância de planos e metas (TJSP, 2018; Revista AEC, 2019; STF, RE 566.471/RS, 2019). Para Sarlet (2017), a reserva do possível é um conceito que se concentra na correspondência entre a prestação reclamada e o que o indivíduo pode razoavelmente exigir da sociedade, afirmando que “mesmo dispondo o Estado de recursos e tendo poder de disposição, não se pode falar em uma obrigação de prestar algo que não se mantenha nos limites do razoável”.

Além disso, Canotilho (2004), cuja influência no Brasil é marcante, critica o próprio fundamento do conceito de reserva do possível. Canotilho assevera que “rapidamente se aderiu à construção dogmática da reserva do possível para traduzir a ideia de que os direitos sociais só existem quando e enquanto existir dinheiro nos cofres públicos. Um direito social sob ‘reserva dos cofres cheios’ equivale, na prática, a nenhuma vinculação jurídica”.

Por sua vez, Torres (2009) critica a interpretação brasileira da reserva do possível como principalmente ligada à ordem fática financeira. Ele sustenta que, no Brasil, a ideia se voltou para a “possibilidade de adjudicação de direitos prestacionais se houver disponibilidade financeira, que pode compreender a existência de dinheiro somente na caixa do Tesouro, ainda que destinado a outras dotações orçamentárias”. O autor destaca que “o dinheiro público é inesgotável, pois o Estado sempre pode extrair mais recursos da sociedade”, tornando assim “impossível a tal reserva do possível fática”.

Scaff (2010) associa o conceito de reserva do possível à progressividade na concretização dos direitos sociais. Ele argumenta que “os direitos prestacionais, tal como o direito à saúde, não são direitos que se disponibilizam integralmente de uma única vez. São direitos fornecidos progressivamente pelo Estado, de modo que, passo a passo, em um ritmo

crescente, ele se torna cada vez mais concretizado – o que não ocorre com outros direitos, tal como o de maioria, a qual se obtém de um dia para outro”.

No Brasil, o debate sobre a reserva do possível é especialmente centrado na garantia e providência de medicamentos, sobretudo os de alto custo, levantando questões relacionadas à autorização pela Anvisa, previsão pelo SUS e a inexistência de remédios equivalentes de menor valor. Assim, a literatura jurídica especializada nacional sobre a reserva do possível articula diferentes dimensões do conceito, alternando entre o razoável, a progressividade dos direitos sociais, limitações financeiras e a crítica sobre a sua aplicação prática, especialmente marcada pelo contexto judicial em relação aos direitos à saúde.

Em termos pedagógicos, refere-se ao limite relativo que jamais pode suprimir o mínimo existencial (APESP, 2018; FDSM, 2017). Na dogmática dos direitos prestacionais, a distinção entre originários (outorgados pelo constituinte) e decorrentes (derivados de concretização legislativa/programática) é útil: quanto mais próximo do núcleo essencial, menor o espaço para negar a prestação com base na reserva (Sacha Calmon, s.d.)

A harmonização adequada, em síntese, dignidade como valor-fonte, mínimo existencial como núcleo intangível e reserva do possível como filtro de razoabilidade condicionado à prova robusta, oferece o arranjo normativo para orientar e monitorar o cumprimento de decisões relativas a cirurgias ortopédicas eletivas com potencial de evitar incapacidades e perda de autonomia, especialmente no âmbito da atuação da DPU em Fortaleza (Oliveira, 2024; FIOCRUZ, 2021).

Observa-se que o direito à saúde, consagrado pela Constituição Federal de 1988, constitui uma das manifestações mais expressivas da opção do Estado brasileiro por um modelo de sociedade orientado pelos valores da dignidade da pessoa humana. Reconhecida como direito fundamental de natureza prestacional, a saúde impõe ao Estado o dever jurídico de formular e implementar políticas públicas capazes de assegurar o acesso universal, integral e igualitário aos serviços do SUS.

Entretanto, a efetividade desse direito enfrenta desafios estruturais e orçamentários que demandam uma análise cuidadosa à luz dos princípios constitucionais. O princípio da reserva do possível emerge como limite fático e financeiro à concretização de políticas públicas, ao passo que o mínimo existencial estabelece um núcleo essencial de prestações que o Estado não pode negar, sob pena de violar o próprio conteúdo da dignidade humana. A conciliação entre esses dois vetores: limitação material e obrigação de resultado, constitui o cerne da problemática da efetivação do direito à saúde no contexto brasileiro.

Nesse cenário, a discussão ganha contornos concretos quando aplicada às

cirurgias ortopédicas eletivas, cuja natureza não emergencial não as exclui de seu caráter indispensável à preservação da autonomia, mobilidade e qualidade de vida dos indivíduos. Tais intervenções, ainda que classificadas como eletivas, são fundamentais para garantir o exercício pleno da cidadania e a fruição de uma existência digna.

Infere-se, dessa forma, que a efetividade do direito à saúde requer uma atuação estatal equilibrada, planejada e comprometida com a realização do mínimo existencial, sem que a reserva do possível seja utilizada como subterfúgio para a omissão administrativa. Ao contrário, deve ser compreendida como um parâmetro de racionalidade na gestão dos recursos públicos, voltado à concretização progressiva dos direitos fundamentais e à materialização do ideal constitucional de justiça social e saúde para todos.

2.4 Justiça distributiva e equidade em saúde (fundamentos e implicações para filas eletivas)

A efetivação do direito à saúde, enquanto direito social fundamental, exige não apenas sua previsão constitucional, mas também critérios éticos-jurídicos que orientem a alocação de recursos e a formulação de políticas públicas. Nesse cenário, a justiça distributiva se apresenta como fundamento normativo central, para legitimar políticas públicas que buscam equilibrar necessidades, capacidades estatais e prioridades coletivas (Aristóteles, 2009; Rawls, 2008).

Desde a Antiguidade, a distinção entre justiça distributiva e corretiva, formulada por Aristóteles na *Ética a Nicômaco*, demonstrava que a justiça não poderia ser reduzida apenas ao equilíbrio nas trocas privadas, mas deveria abranger a partilha proporcional dos bens coletivos. Esse raciocínio é retomado pelos contratualistas modernos – Hobbes, Locke, Rousseau e Kant – que vinculam a legitimidade política ao contrato social, reconhecendo que a igualdade entre cidadãos depende da estrutura institucional que os protege.

No século XX, Rawls reconstrói esse debate ao propor a “justiça como equidade”, ancorada na ideia de uma posição original hipotética, protegida pelo “véu da ignorância”. A partir dessa perspectiva imparcial, os indivíduos escolheriam princípios que asseguram, de um lado, um sistema de liberdades iguais para todos, e de outro, o princípio da diferença, segundo o qual as desigualdades sociais só se justificam quando favorecem os menos privilegiados (Rawls, 2008). O filósofo político insere, assim, a saúde entre os bens primários necessários ao exercício da cidadania, ao lado da renda, do respeito próprio e da integridade física.

No campo da saúde, esses princípios ganham contorno prático ao justificar

políticas que priorizam grupos historicamente vulnerabilizados, não por paternalismo, mas por justiça. A saúde, em Rawls (2008), é classificada entre os bens primários, essenciais ao exercício da cidadania. Amartya Sen, por sua vez, desloca o foco da distribuição de recursos para a capacidade de conversão desses recursos em funcionamentos reais. Na teoria das capacidades, ter acesso a serviços de saúde não basta: é necessário que o indivíduo possa, de fato, usufruí-los para preservar sua autonomia e dignidade. Essa abordagem é especialmente útil para compreender desigualdades regionais e estruturais do SUS, em que a simples existência formal de serviços não garante sua efetividade concreta.

Em contraste, Robert Nozick, a partir de uma perspectiva libertária, nega a legitimidade de qualquer forma de redistribuição compulsória. Para ele, o Estado não deve interferir nas trocas voluntárias, tornando ilegítimas políticas públicas custeadas por tributos. Essa visão, contudo, não encontra eco na Constituição de 1988, que consagra a saúde como direito de todos e dever do Estado (art. 6º e art. 196), em um modelo de solidariedade e responsabilidade pública coletiva.

A partir dessas diferentes matrizes teóricas, nota-se que a justiça distributiva não é apenas uma escolha política, mas uma exigência constitucional vinculante no modelo brasileiro. Ela fundamenta a estrutura federativa do SUS, a regionalização dos serviços (Lei nº 8.080/1990) e a priorização de grupos vulneráveis na alocação de recursos, por meio de mecanismos como a Programação Pactuada Integrada (PPI). Ao inverter a lógica da igualdade formal, a equidade, como expressão da justiça distributiva, exige tratamento diferenciado e proporcional a realidades desiguais.

No entanto, a crescente judicialização da saúde tem desafiado esse equilíbrio. Quando decisões judiciais determinam o fornecimento de medicamentos ou procedimentos de alto custo fora dos protocolos oficiais, podem tensionar a lógica distributiva coletiva, realocando recursos em favor de demandas individuais. O STF, no RE 566.471/RS (2019), reconheceu essa tensão e defendeu que a atuação judicial deve ser guiada pela proteção ao mínimo existencial, mas também pela racionalidade e integridade das políticas públicas, especialmente em matéria de saúde.

No campo da gestão pública, Secchi (2014) destaca que a equidade deve orientar as etapas de formulação e implementação das políticas, garantindo que os benefícios sejam alocados de modo a reduzir desigualdades e promover o bem-estar coletivo. Assim, a política pública é concebida como instrumento do Estado para corrigir distorções e atender prioritariamente grupos em situação de vulnerabilidade.

Sob uma perspectiva jurídico-institucional, Bucci (2006) argumenta que as

políticas públicas são o principal meio de efetivação dos direitos fundamentais e de concretização do princípio constitucional da igualdade material, assumindo, portanto, um papel distributivo essencial na realização da justiça social. Dessa forma, a justiça distributiva nas políticas públicas expressa a convergência entre eficiência administrativa e compromisso ético-jurídico do Estado com a redução das desigualdades.

Assim, a justiça distributiva cumpre dupla função: oferece um fundamento ético-jurídico para políticas públicas universalistas com prioridade aos vulneráveis, e orienta a atuação judicial responsável em contextos de escassez. Com isso, a saúde deixa de ser apenas um serviço estatal para se firmar como expressão concreta da cidadania material e da justiça social no Estado Democrático de Direito.

2.5 Políticas Públicas Aplicadas Nas Cirurgias Ortopédicas Eletivas

Conforme discutido em tópicos anteriores, a efetividade do direito fundamental à saúde não se esgota em sua dimensão normativa, exigindo a análise das políticas públicas como instrumentos concretos de sua realização. No Estado Democrático de Direito, tais políticas não apenas operacionalizam garantias constitucionais, mas também expressam escolhas coletivas acerca da alocação de recursos, da definição de prioridades e da conformação das condições materiais de cidadania. É nesse espaço decisório que o direito à saúde se converte em ação estatal concreta, revelando avanços, limites e tensões inerentes à sua implementação.

No campo da saúde pública, a análise das políticas públicas assume especial relevância, na medida em que envolve a articulação entre planejamento normativo, gestão administrativa, execução orçamentária e avaliação de resultados. Essa abordagem multidimensional permite compreender como o Estado organiza sua atuação para atender demandas sociais complexas, especialmente aquelas relacionadas a procedimentos de média e alta complexidade, como as cirurgias ortopédicas eletivas.

Embora classificadas como “eletivas”, tais cirurgias não se confundem com procedimentos supérfluos ou adiáveis sem consequências relevantes. Ao contrário, envolvem, em grande parte dos casos, pacientes submetidos a quadros prolongados de dor crônica, limitações funcionais, incapacidade laboral e progressivo agravamento de condições de vulnerabilidade social. A demora excessiva na realização desses procedimentos compromete a dignidade da pessoa humana, interfere no mínimo existencial e impacta negativamente a autonomia e a participação social dos indivíduos afetados.

Sob essa perspectiva, as cirurgias ortopédicas eletivas configuram-se como política pública sensível, pois demandam respostas estatais planejadas, contínuas e estruturadas, capazes de compatibilizar restrições orçamentárias com a obrigação constitucional de garantir acesso universal, integral e equitativo aos serviços de saúde. A efetividade dessa política depende da existência de programas de ação governamental que articulem diagnóstico adequado da demanda reprimida, definição transparente de critérios de priorização, capacidade instalada compatível e mecanismos de monitoramento permanente.

As políticas públicas, nesse contexto, desempenham papel mediador entre os valores constitucionais abstratos e a realidade concreta da administração pública. Como assinala Bucci (2006), é no âmbito das políticas públicas que os direitos sociais deixam de ser promessas normativas para se converterem em compromissos programáticos dotados de eficácia mensurável. Política pública, segundo a autora, consiste em um “programa de ação governamental, caracterizado pela coordenação de medidas destinadas à realização de objetivos de interesse público, traduzindo-se juridicamente na materialização das garantias constitucionais” (Bucci, 2006, p. 241).

Aplicada às cirurgias ortopédicas eletivas, essa concepção evidencia que sua efetivação não pode depender exclusivamente de iniciativas pontuais ou de decisões administrativas fragmentadas. Trata-se de política pública que exige planejamento sistêmico, integração entre os entes federativos e articulação entre os diferentes níveis de atenção à saúde, desde a atenção básica até a assistência hospitalar especializada.

Souza (2006) destaca que as políticas públicas resultam de processos decisórios permeados por disputas de interesses no interior do Estado e da sociedade, cuja efetividade depende da correlação de forças entre atores institucionais e não institucionais. Essa dinâmica é particularmente visível no âmbito das cirurgias ortopédicas, em que a definição de prioridades compete com outras demandas igualmente relevantes do sistema de saúde, em um contexto de recursos limitados e elevada pressão social.

Na perspectiva analítica proposta por Secchi (2012), as políticas públicas correspondem ao conjunto de programas e ações empreendidos pelo governo com o objetivo de alterar determinada realidade social. O autor enfatiza que a dinâmica das políticas públicas é marcada por processos não lineares e adaptativos, especialmente na área da saúde, em que fatores como disputas federativas, limitações técnicas e insuficiência de capacidade institucional desafiam modelos puramente racionais de planejamento.

O ciclo das políticas públicas é um processo fundamental que envolve várias etapas, incluindo a identificação do problema, a formação da agenda, a formulação, a tomada

de decisão, a implementação e a avaliação. Esse modelo é especialmente útil para entender as dificuldades estruturais enfrentadas nas cirurgias ortopédicas eletivas. O primeiro passo no ciclo é a identificação do problema, que, nesse contexto, refere-se ao reconhecimento social e institucional das longas filas de espera para cirurgias ortopédicas. Essa situação exige uma intervenção estatal, já que as condições de saúde dos pacientes podem se agravar devido à espera prolongada.

Uma vez identificado, é necessário que o problema ganhe visibilidade e seja colocado na agenda das autoridades competentes. Isso envolve uma mobilização das partes interessadas, como profissionais de saúde, pacientes e organizações da sociedade civil, para iniciar ações que visem à redução das filas e a melhoria do acesso às cirurgias. Na fase de formulação, são elaboradas propostas concretas para enfrentar o problema. Isso pode incluir o aumento do orçamento destinado à saúde, a contratação de mais profissionais e a otimização dos processos de agendamento e realização das cirurgias.

A tomada de decisão é crucial, pois envolve a aprovação das propostas formuladas por parte das autoridades responsáveis. Esse momento pode ser influenciado por fatores políticos, econômicos e sociais, que podem acelerar ou atrasar a implementação das soluções. Após a decisão, inicia-se a implementação das políticas públicas. Nessa etapa, é vital garantir que os recursos sejam utilizados de forma eficaz e que as alterações propostas sejam colocadas na prática. A gestão dessa fase é fundamental para o sucesso das intervenções planejadas. Por fim, a avaliação permite verificar se as políticas adotadas estão alcançando os resultados esperados. No caso das cirurgias ortopédicas eletivas, isso implica analisar se houve redução efetiva nas filas de espera e se a qualidade dos serviços prestados foi mantida ou aprimorada (Secchi, 2012).

Por sua vez, a formulação da política, demanda a construção de alternativas viáveis para enfrentar a demanda reprimida por cirurgias ortopédicas, envolvendo definição de metas, ampliação de capacidade instalada, organização de fluxos assistenciais e estabelecimento de critérios técnicos de priorização. Já a implementação revela-se etapa especialmente sensível, pois é nesse momento que o programa de ação se confronta com a realidade administrativa, expondo fragilidades de governança, carências de recursos humanos e insuficiências de infraestrutura.

Nesse contexto, a avaliação das políticas públicas de cirurgias ortopédicas, torna-se indispensável para aferir sua eficácia, eficiência e efetividade, permitindo identificar gargalos persistentes, corrigir distorções e promover ajustes institucionais. Nesse ponto, a adoção de instrumentos analíticos como o Quadro de Problemas de Políticas Públicas (QPPP),

proposto por Ruiz e Bucci (2019), mostra-se especialmente relevante ao possibilitar a identificação sistemática da situação-problema, dos atores envolvidos, do contexto normativo e das arenas decisórias que condicionam a ação estatal.

No âmbito do SUS, instrumentos de planejamento como o Plano Nacional de Saúde (PNS), os Planos Estaduais e Municipais de Saúde, a Programação Pactuada e Integrada (PPI) e os Contratos Organizativos da Ação Pública da Saúde (COAP) constituem mecanismos essenciais para a estruturação das políticas voltadas às cirurgias ortopédicas eletivas. Esses instrumentos buscam compatibilizar diretrizes nacionais com realidades locais, promovendo racionalidade no uso de recursos e coerência federativa.

Todavia, apesar do arcabouço normativo e institucional existente, persistem entraves estruturais significativos à efetivação dessa política pública. O subfinanciamento crônico do SUS, as desigualdades regionais, a insuficiente capacidade institucional de entes subnacionais e as falhas de coordenação interfederativa comprometem a oferta regular e equitativa de cirurgias ortopédicas eletivas. A essas dificuldades somam-se ineficiências administrativas, fragmentação da gestão e fragilidade dos sistemas de informação, que dificultam o planejamento e o monitoramento adequados das filas de espera.

Nesse cenário, as cirurgias ortopédicas eletivas evidenciam de forma paradigmática a tensão entre a normatividade constitucional do direito à saúde e sua concretização por meio de políticas públicas. A insuficiência das respostas administrativas tradicionais tem impulsionado a judicialização da demanda, revelando a necessidade de soluções institucionais mais complexas e estruturantes, capazes de reorganizar a política pública como um todo. É nesse ponto que se abre espaço para a análise da atuação da DPU como agente estruturante, tema que será desenvolvido neste estudo, a partir da articulação entre políticas públicas, processo estrutural e efetivação do direito fundamental à saúde.

Assim, diferentes estratégias têm sido implementadas para reduzir o tempo de espera e assegurar maior equidade e eficiência no acesso às cirurgias, entre elas, destacam-se os mutirões de cirurgias eletivas, ações programadas e intensivas que ampliam temporariamente a capacidade instalada do sistema, e o Programa Nacional de Redução de Filas, política estruturante que busca institucionalizar mecanismos permanentes de gestão das listas de espera, com investimentos financeiros, ampliação de parcerias e integração dos sistemas de regulação.

A análise dessas medidas estruturais é fundamental para compreender como o Estado brasileiro tem buscado enfrentar a crise de acesso às cirurgias eletivas, ao mesmo tempo em que procura equilibrar a resposta emergencial, representada pelos mutirões, com

uma abordagem de longo prazo, consolidada pelo Programa de Redução de Filas. Nesse sentido, os próximos subcapítulos examinarão em detalhe essas iniciativas, suas características, desafios e impactos no contexto do SUS, com destaque para as experiências implementadas em Fortaleza e no Ceará.

O Programa Nacional de Redução de Filas (PNRF) foi instituído pelo Ministério da Saúde por meio da Portaria GM/MS nº 90/2023 com a finalidade de ampliar o acesso da população a cirurgias eletivas, exames complementares e consultas especializadas no âmbito do SUS. Sua criação respondeu a um dos gargalos estruturais mais persistentes do SUS, as longas filas de espera para procedimentos de média e alta complexidade, agravado pela pandemia de Covid-19, que expôs a fragilidade da regulação assistencial e a ausência de mecanismos permanentes de priorização clínica com base em critérios de justiça distributiva

Na sua fase inicial, o programa foi concebido como uma medida emergencial, com duração prevista de um ano e orçamento de R\$ 600 milhões de reais, distribuídos entre estados e municípios conforme a população estimada pelo IBGE (2021), o tamanho das filas e os Planos Estaduais de Redução de Filas pactuados nas Comissões Intergestores Bipartites (CIB) (Brasil, 2023a). Ainda em 2023, por meio da Portaria GM/MS nº 2.336/2023, o PNRF foi prorrogado para o exercício de 2024, com aumento do orçamento para R\$1,2 bilhão de reais, consolidando-se como uma política pública de maior alcance (Brasil, 2023b).

A partir de 2025, o programa foi incorporado formalmente ao Programa Mais Acesso a Especialistas (PMAE), em seu componente cirúrgico, nos termos da Portaria GM/MS nº 5.820, de 4 de dezembro de 2024. Essa mudança conferiu maior institucionalização à política, transferindo a responsabilidade de sua execução para a Secretaria de Atenção Especializada à Saúde (SAES) (Brasil, 2024a). A operacionalização do programa passou a ser condicionada à apresentação, por cada unidade federativa, de um plano estadual de programação, submetido à análise técnica via Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde (SAIPS). O modelo de planejamento segue padrão definido pelo Departamento de Regulação Assistencial e Controle (DRAC), e o repasse de recursos federais depende da aprovação prévia desse planejamento. Tal arranjo busca assegurar alinhamento com as diretrizes nacionais, estabilidade administrativa e segurança jurídica à política (Brasil, 2024a).

Além disso, a Portaria SAES nº 2.324, de 6 de dezembro de 2024, atualizou o rol de procedimentos cirúrgicos elegíveis para financiamento, reforçando a governança federativa e a corresponsabilidade entre estados e municípios na execução das ações (Brasil, 2024b). O PNRF, em sua concepção normativa, apresenta objetivos relevantes e ambiciosos que são

reorganização e ampliação do acesso a cirurgias eletivas, com ênfase na redução de demandas historicamente reprimidas, qualificação da governança da Rede de Atenção à Saúde, priorizando gestão orientada por resultados e financiamento estável, fortalecimento dos mecanismos de monitoramento e avaliação dos serviços especializados, aprimorar a contratualização com a rede complementar de saúde, modernização da regulação assistencial, priorizando casos de maior gravidade implementação de um novo modelo de custeio voltado à atenção ambulatorial especializada.

Essas diretrizes, consolidadas inicialmente na Portaria GM/MS nº 90/2023 e reafirmadas pela Portaria GM/MS nº 5.820/2024, buscam compatibilizar os princípios constitucionais da universalidade, integralidade e eficiência administrativa com os limites orçamentários do SUS (Brasil, 2023a; Brasil, 2024a).

O impacto do programa no contexto nacional foi expressivo. Somente em 2024, o SUS alcançou a marca histórica de 13.663.782 cirurgias eletivas realizadas, consolidando o PNRF como um dos maiores esforços de ampliação de acesso a procedimentos no sistema (FPABRAMO, 2024). A execução do programa também reforçou a importância dos Planos Estaduais de Redução de Filas, que passaram a ser constantemente atualizados para orientar a aplicação dos recursos e a priorização das demandas regionais (CONASEMS, 2023).

Apesar dos avanços, o programa ainda se apoia em repasses federais de caráter pontual, o que compromete sua sustentabilidade e evidencia a fragilidade de uma política pública que, embora ambiciosa em objetivos, permanece dependente da lógica discricionária do ciclo orçamentário federal. Tal dependência contradiz o princípio da continuidade das políticas públicas e dificulta a consolidação de um modelo permanente de regulação das cirurgias eletivas.

No Ceará, os resultados foram particularmente expressivos. O Hospital Geral de Fortaleza (HGF) iniciou mutirões de cirurgias já em julho de 2023, realizando procedimentos em diversas especialidades, inclusive às ortopédicas (Ceará, 2023a). Até o fim de 2023, foram realizadas mais de 25 mil cirurgias eletivas no estado no âmbito do programa (Ceará, 2023b). Em 2024, o número superou 39 mil procedimentos, consolidando o Ceará como uma das unidades federativas que mais avançaram na execução do PNRF (SES-DF, 2024; Ceará, 2024).

Esse desempenho foi potencializado pela integração com o PMAE, que reforçou a atenção ambulatorial especializada, reduzindo burocracias e acelerando o acesso da população aos serviços (Ceará, 2024). A experiência do PNRF revela um esforço significativo de reorganização da atenção especializada no SUS, marcado por investimentos robustos,

ampliação do acesso e fortalecimento da governança federativa. Sua evolução normativa, da criação emergencial em 2023 à institucionalização via PMAE em 2025, demonstra a tentativa do Estado brasileiro de superar gargalos históricos da saúde pública, conciliando princípios constitucionais com a realidade financeira do sistema.

A atuação da DPU em casos coletivos, como o acompanhamento das filas ortopédicas, materializa o conteúdo essencial do direito à saúde enquanto direito social fundamental, vinculando o Estado à obrigação de proteger o mínimo existencial, especialmente quando políticas públicas falham em cumprir sua função redistributiva. Portanto, embora o PNRf represente avanço relevante na tentativa de reorganizar o acesso às cirurgias eletivas, ele deve ser compreendido como política de transição. Sua efetividade depende da superação de desafios históricos do SUS, como o subfinanciamento estrutural, a fragmentação federativa e a baixa institucionalização de critérios de prioridade. Sem enfrentar essas questões, o programa corre o risco de se limitar a um esforço episódico, incapaz de transformar estruturalmente a lógica de acesso e a justiça distributiva na saúde pública brasileira.

Já o mutirão de cirurgias eletivas ortopédicas tem como objetivo específico a redução rapidamente da fila e o tempo de espera, sobretudo em casos de maior sofrimento e risco de deterioração, e, em paralelo, evitar agravamentos clínicos por meio de um percurso mais ágil e previsível até a cirurgia. (Brasil, 2023; Ceará, 2024).

Para dar racionalidade ao esforço, o mutirão deve se ancorar em teoria de mudança clara, explicitando como insumos (financiamento adicional, equipes e horas estendidas de sala, OPME, leitos de retaguarda, suporte diagnóstico e ferramentas digitais como o Plantão Cirurgias 24h) são transformados em atividades (triagem/priorização clínica, pré-operatório padronizado, agendamento em blocos, logística de materiais/esterilização e comunicação ativa com o paciente) e, por conseguinte, em produtos (mais convocações, maior comparecimento e aumento de cirurgias por período). Em seguida, esperam-se resultados (queda da mediana e do P90 do tempo de espera, melhora de dor/mobilidade, redução de cancelamentos/readmissões) que, ao final, produzam impacto: redução sustentada da fila, ganhos de qualidade de vida e maior equidade entre regiões (Brasil, 2023; Ceará, 2025a; CMFOR, 2021).

Visando assegurar coerência assistencial e financeira, convém distinguir a média da alta complexidade. De um lado, a média complexidade (artroscopias, osteotomias, correções não complexas) demanda menos tempo de sala, menor consumo de OPME e curta permanência, sendo boa candidata a janelas de produtividade (incluindo noites/fins de

semana). De outro, a alta complexidade (artroplastias primárias/revisões, coluna complexa, grandes reconstruções/deformidades) exige equipes experientes, OPME de alto custo, tempos operatórios longos e, frequentemente, UTI. Desse modo, o planejamento de capacidade deve alinhar blocagem de salas, cadeia de suprimentos de OPME e leitos/UTI conforme o mix contratado (Brasil, 2024).

Em termos legais, a organização deve respeitar a rede regionalizada/hierarquizada e o planejamento interfederativo do SUS, articulando regulação, contratualização e transparência. No plano programático, as portarias federais (PNRF/Componente Cirurgias do PMAE e atualização do rol) amparam metas e fluxos de produção; no plano estadual, pactuações em CIT/CIB/CIR consolidam regras, indicadores e responsabilidades (Brasil, 2024). Assim, a SESA coordena e regula (metas, fluxos, indicadores, contratualização e monitoramento); as Centrais de Regulação operacionalizam referências, convocações e agendas; os hospitais próprios/contratualizados entregam volume com qualidade/segurança (salas, equipes, OPME, leitos/UTI, CME); e os municípios asseguram porta de entrada e pré-operatório (APS/ambulatorial), além de atualização cadastral e transporte quando necessário. Quando houver, a cooperação com hospitais universitários (Ebserh) agrega capacidade especializada e apoio à alta complexidade (Ceará, 2025).

A priorização, para ser justa e auditável, deve tornar explícitos os critérios: necessidade clínica (dor, perda funcional, risco de deterioração estrutural) prevalece sobre a antiguidade; se adotado, um protocolo tipo SWALIS ou equivalente pondera tempo em fila + gravidade/sofrimento + risco de piora, definindo classes de prioridade com tempos-alvo (p. ex., $P1 \leq 30$ dias; $P2 \leq 60$; $P3 \leq 120$) e registro auditável de toda alteração de posição. Com isso, reduz-se arbitrariedade, racionalizam-se decisões e fortalece-se o controle social (Ceará, 2025).

Para dar consequência, recomenda-se um Protocolo Estadual de Acesso Cirúrgico Ortopédico pactuado em CIB/CIR, prevendo: linhas de cuidado (artroplastia, coluna, trauma eletivo), SLA de convocação (p. ex., até 72h após vaga/OPME), checklist pré-op estadual, metas de tempo máximo por grupo de procedimento e indicadores obrigatórios (tempo mediano/P90, conversão convocado→operado, no-show, reoperação 30/90 dias, eventos adversos). Em paralelo, contratos/convênios devem incluir pagamento por entrega, cláusulas de qualidade e glosas por cancelamentos imputáveis (Brasil, 2023).

A governança, para evitar soluções atomizadas, deve absorver decisões judiciais em fluxo estruturado: canal único de recepção, SLA conforme prioridade clínica, comitê interinstitucional (SESA–DPU–MP–TJ) com uso de pareceres NAT-Jus/e-NatJus, relatórios

bimestrais públicos e cláusula de escalonamento para pactos estruturais quando o gargalo for sistêmico (leitos/OPME). Dessa forma, o monitoramento da DPU induz reorganizações e preserva a racionalidade distributiva (CNJ, 2016; CNJ, 2023).

Em primeiro lugar, a elegibilidade decorre de indicação do especialista e confirmação clínica pela regulação, com inclusão na fila cirúrgica (distinta da fila ambulatorial), em consonância com a rede e o planejamento regional. Em seguida, o pré-operatório padronizado (checklists, exames, estratificação anestésica, otimização clínica e preparo de OPME) reduz cancelamentos e acelera o acesso, em linha com o PNRF/PME-cirurgias. Na sequência, o agendamento/execução requer blocagem de salas, equipes estendidas (noite/fins de semana), leitos de retaguarda compatíveis com o mix, logística de OPME e integração com CME; por fim, o pós-operatório deve garantir analgesia, fisioterapia/rehab, retorno e notificação de eventos (infecção, TEV, reoperação), fechando a linha de cuidado (Brasil, 2025).

As ferramentas digitais, em complemento, estruturam eficiência e transparência: o Plantão Cirurgias 24h permite consulta de posição, atualização cadastral e convocação; o IntegraSUS disponibiliza painéis/indicadores; e a REDS-CE consolida prontuários e integração clínica, além de federalizar dados na RNDS. Com isso, melhora-se o contato efetivo, a qualidade do dado e a continuidade do cuidado (Ceará, 2025). Para começar, a priorização precisa ser explícita e auditável, conciliando mínimo existencial (alívio de dor, preservação de função) e justiça distributiva (uso racional de recursos). Logo, a ordem clínica pode superar a cronológica quando houver alto sofrimento/risco; nesses casos, recomenda-se fast track com critérios objetivos e tempos-alvo pactuados.

Além disso, todos os indicadores devem ser estratificados por idade, sexo, município/região, renda/território vulnerável e PcD, acionando planos de correção quando houver assimetrias não justificadas clinicamente. Por fim, padronize motivos, autorizações, evidências e logs para qualquer variação de posição (Ceará, 2025c).

A Central de Regulação das Internações de Fortaleza (CRIFOR) constitui-se como um instrumento estratégico de gestão hospitalar, responsável pela organização e gerenciamento do acesso a leitos, procedimentos cirúrgicos e terapias de alta complexidade no SUS, no município de Fortaleza. Nesse contexto, sua criação e fortalecimento respondem ao aumento expressivo da demanda judicial por internações hospitalares, em especial em unidades de terapia intensiva (UTIs), configurando-se como mecanismo essencial para garantir transparência, eficiência e equidade no acesso aos serviços de saúde (Portal JFCE, 2014).

Dessa forma, a CRIFOR atua na regulação de filas de espera para internações hospitalares e cirurgias, com destaque inicial para as cirurgias ortopédicas realizadas no HGF e no HUWC. Sua competência estende-se também à organização da fila de espera por leitos de UTI e outras internações, bem como à integração com sistemas estaduais de regulação para melhor distribuição de vagas hospitalares, promovendo um atendimento regionalizado e reduzindo a sobrecarga de hospitais de alta complexidade na capital (Sindicato dos Médicos do Ceará, 2019). Além disso, a central desempenha papel mediador entre médicos, gestores e o Poder Judiciário, buscando a padronização de relatórios médicos e a comunicação clara com familiares dos pacientes, de forma a assegurar a legitimidade das decisões de priorização (Portal JFCE, 2014).

No que se refere à metodologia, a regulação é realizada por meio de sistemas informatizados que integram as informações dos hospitais públicos de Fortaleza. Em 2014, foi implementado o Sistema Integrado de Cirurgia (SIC), voltado à gestão e monitoramento das filas de cirurgias eletivas de média e alta complexidade. Este sistema trouxe maior transparência e permitiu o controle social sobre a administração das vagas (PORTAL JFCE, 2014).

Para a definição das prioridades, o protocolo utilizado é o Swalis, que estabelece critérios clínicos para ordenar os pacientes. Nessa lógica, casos classificados como A1 e A2 possuem prioridade sobre a ordem cronológica, reforçando a centralidade da gravidade clínica em detrimento da antiguidade (Sindicato dos Médicos do Ceará, 2019). Assim, a solicitação de prioridade deve ser formalizada pela unidade de saúde solicitante, acompanhada de documentação clínica e exames, cabendo à CRIFOR a reavaliação e redistribuição de vagas quando necessário.

Quanto à rede hospitalar, o encaminhamento realizado pela CRIFOR abrange hospitais de referência em Fortaleza, como o HGF, o HUWC, o Instituto Doutor José Frota, o Hospital de Messejana, o Hospital Infantil Albert Sabin, o Hospital São José, o Hospital Geral César Cals e o Hospital Estadual Leonardo da Vinci. Adicionalmente, inclui hospitais distritais, unidades de urgência e hospitais regionais, como o Hospital Regional Norte (Sobral) e o Hospital Regional do Cariri (Juazeiro do Norte). Dessa maneira, essa rede integrada permite descentralizar o atendimento e maximizar a utilização da capacidade instalada em diferentes regiões do estado (Fortaleza, 2023).

No tocante à transparência, o acesso às informações sobre posição nas filas cirúrgicas pode ser realizado pelo Sistema Integrado de Cirurgia, disponível em plataforma online, mediante cadastro com CPF e senha. Alternativamente, é possível realizar consultas

via atendimento telefônico ou junto à Ouvidoria dos hospitais. Paralelamente, o Governo do Ceará disponibiliza a plataforma Saúde Digital e o aplicativo Ceará APP, ampliando os mecanismos de acompanhamento da população (Ceará, 2022).

Em termos de impacto, o fortalecimento da CRIFOR foi impulsionado pelo aumento de 169% no número de mandados judiciais de internação em 2014, evidenciando a pressão do Judiciário sobre a gestão hospitalar (Portal JFC, 2014). Como resposta, a Central consolidou-se como elo estratégico entre a gestão pública, o sistema de justiça e a sociedade civil. Ao adotar critérios clínicos objetivos, padronizar processos e ampliar a transparência, a CRIFOR contribui para a redução de arbitrariedades, a eficiência no uso dos recursos hospitalares e o fortalecimento do princípio da equidade previsto no SUS (Portal JFCE, 2014).

Portanto, a CRIFOR representa um avanço na regulação hospitalar, ao promover justiça distributiva no acesso a leitos e procedimentos cirúrgicos. Sua metodologia, que alia critérios clínicos padronizados a sistemas informatizados, reforça a credibilidade da gestão em saúde pública e estabelece bases para expansão em outras especialidades médicas além da ortopedia. Em síntese, trata-se de um modelo que integra gestão técnica, regulação judicial e participação social, contribuindo para a consolidação de um SUS mais equânime e transparente em Fortaleza.

Foi criado, em Fortaleza, o Sistema Integrado de Cirurgia (SIC), aplicação pioneira no país que possibilita a verificação das filas de cirurgias eletivas, garantindo maior transparência, eficiência e controle social sobre a gestão hospitalar (JFCE, 2016). O sistema foi elaborado a partir de uma ação conjunta entre a Justiça Federal do Ceará (JFCE), o Ministério Público Federal (MPF), a Defensoria Pública da União (DPU), a Defensoria Pública do Estado (DPE), a Prefeitura de Fortaleza, o Governo do Estado do Ceará, a Advocacia-Geral da União (AGU), a Procuradoria do Município de Fortaleza, a Procuradoria-Geral do Estado do Ceará e o Ministério da Saúde.

Disponível no portal da Prefeitura, a plataforma permite que o paciente acompanhe o ranking na fila de espera por cirurgias eletivas. Da mesma forma, instituições fiscalizadoras, como as Defensorias Públicas, vão poder acessar o sistema para verificar o andamento das cirurgias. “Esse sistema dá maior transparência às filas de cirurgias no Ceará”, destaca Mozart Rolim, gerente da Central de Regulação de Internações de Fortaleza (JFCE, 2016). A construção do SIC consolidou-se como resultado de articulação interinstitucional com base em Ações Cíveis Públicas (ACPs) que exigiam a regulação e a regularização das filas de cirurgias ortopédicas de alta complexidade (Brasil, 2006; Brasil, 2016). Em um primeiro momento, o SIC foi destinado às cirurgias ortopédicas do HGF e do HUWC. Os pacientes

tiveram um prazo de 30 dias para atualizar seus dados e verificar sua inserção na lista por meio do portal eletrônico ou via atendimento telefônico (Brasil, 2016).

Segundo a juíza federal, antes da criação do sistema, as listas de espera muitas vezes se encontravam de forma fragmentada em agendas de consultórios, o que inviabilizava a transparência e dificultava o acesso da população às informações sobre sua posição na fila. Com a implementação do SIC, esse problema foi superado, permitindo que pacientes e familiares acompanhassem o andamento das filas em tempo real (JFCE, 2016). Além disso, a criação do sistema resultou na diminuição significativa do número de processos judiciais relacionados à posição de pacientes em filas hospitalares. Isso porque, ao conferir transparência e rastreabilidade, o SIC reduziu a sensação de incerteza e a necessidade de recorrer ao Judiciário para garantir acesso às cirurgias (MPF, 2016).

A elaboração do sistema só foi possível devido ao Novo Código de Processo Civil (CPC/2015), que introduziu o instituto do negócio processual. Este permitiu que instituições públicas pudessem construir soluções consensuais, por meio de audiências de conciliação, voltadas à efetivação do direito à saúde (Brasil, 2015). Dessa forma, o SIC não apenas regulou filas de cirurgias, mas também se tornou exemplo de solução construída pela via da cooperação entre órgãos do Judiciário, Executivo e Ministério Público.

Portanto, o SIC constitui-se como marco na gestão de filas de espera por procedimentos cirúrgicos no SUS, ao conjugar transparência, regulação técnica e articulação interinstitucional. Sua implementação evidencia que soluções coletivas, fundamentadas em parâmetros jurídicos e técnicos, podem mitigar a judicialização da saúde e ampliar a eficiência na utilização dos recursos hospitalares.

Em primeiro lugar, o Digital Saúde Ceará configura-se como hub de serviços digitais da SESA, reunindo em um único ambiente web e mobile o acesso do cidadão a informações, requerimentos e funcionalidades assistenciais e regulatórias. A plataforma integra desde serviços transversais, como agendamentos e acompanhamento de solicitações, até módulos voltados à gestão de filas cirúrgicas, contribuindo para padronização de fluxos, transparência e conveniência ao usuário (Ceará, 2025).

Desde 2020, o sistema vem sendo progressivamente ampliado. Entre os módulos de destaque está o Plantão Cirurgias 24h, que possibilita o acompanhamento da posição na fila de procedimentos eletivos, a atualização cadastral e a convocação dos pacientes já indicados clinicamente para cirurgia. Essa funcionalidade está disponível tanto no portal quanto no aplicativo Ceará APP, promovendo acesso remoto e comunicação ativa com os usuários (Ceará, 2025).

Além disso, a plataforma mantém interoperabilidade com sistemas clínicos como a REDS-CE/REDS Profissional, consolidando registros assistenciais em base única. Essa integração fortalece a qualidade da informação, a rastreabilidade da jornada do paciente e a produção de painéis de gestão mais consistentes, elementos fundamentais para o monitoramento público e a legitimidade das políticas de saúde (SEPLAG/CE).

No eixo da telessaúde, a operacionaliza dois canais complementares: a telemedicina, voltada à consulta clínica por vídeo entre paciente e especialista; e a teleconsultoria, que viabiliza parecer técnico entre profissionais de saúde. Ambos os serviços são acessíveis pelo portal Saúde Digital e pelo Ceará App, inclusive para públicos específicos como a população privada de liberdade, o que reforça o alcance equitativo da política digital (Ceará, 2024).

Quanto ao Plantão Cirurgias 24 horas, seu valor reside na transparência e rastreabilidade da fila de cirurgias eletivas. A ferramenta permite que o paciente acompanhe sua posição, receba convocações e mantenha seus dados atualizados, o que contribui não apenas para reduzir a assimetria de informação, mas também para qualificar o contato com a rede pública de saúde. Embora a posição na fila possa variar conforme a prioridade clínica ou determinação judicial, o sistema fornece canal oficial de comunicação e evita decisões opacas ou subjetivas (Ceará, 2025).

De forma mais ampla, a consolidação do Catálogo de Serviços reforça a lógica de entrada única digital (one-stop shop), centralizando serviços como agendamentos, resultados laboratoriais e requerimentos sanitários. Essa estrutura tem gerado ganhos em eficiência e redução de deslocamentos presenciais, ainda que desafios persistam quanto à padronização de rótulos, SLA e cobertura desigual entre municípios.

Em síntese, ao promover transparência ativa e controle cidadão sobre listas de espera, essas ferramentas digitais não apenas racionalizam o fluxo assistencial, mas também fortalecem o princípio democrático da publicidade, a accountability administrativa e a responsabilidade estatal na gestão do direito à saúde. Seu uso integrado a políticas como o Programa Nacional de Redução de Filas permite não só mitigar judicializações, mas também ampliar a legitimidade e a equidade na alocação de recursos públicos.

A criação do SWALIS (Surgical Waiting List Information System), no início dos anos 2000, está vinculada ao contexto das reformas no sistema público de saúde italiano. Desde o final da década de 1980, a Itália vinha implementando mudanças em seu Sistema Nacional de Saúde (Servizio Sanitario Nazionale – SSN), voltadas à busca por maior eficiência e transparência na gestão. Essas reformas incluíram a transformação das Unidades

Sanitárias Locais e hospitais em entidades com autonomia orçamentária e gerencial, em um cenário marcado pela contenção de despesas públicas, pela tecnocracia administrativa e pelo desafio de conciliar sustentabilidade financeira com a garantia do acesso universal. Nesse ambiente, emergiu a necessidade de ferramentas que pudessem gerir de forma mais equitativa e transparente as filas de espera, especialmente para procedimentos eletivos (CONGESP, 2022).

Foi nesse contexto que o SWALIS foi desenvolvido como uma resposta à ineficiência operacional e à falta de critérios claros que, até então, marcavam o gerenciamento das filas. Antes do sistema, a ordem de atendimento obedecia a lógicas cronológicas ou mesmo subjetivas, o que resultava em desigualdades e arbitrariedades na priorização dos pacientes. O SWALIS, portanto, propôs um modelo informatizado baseado em algoritmo de priorização que combinava a gravidade clínica do paciente com o tempo máximo aceitável de espera, classificando-os em grupos de urgência (como A1, A2, B, C e D) com prazos definidos.

Essa estrutura garantiu maior racionalidade e transparência no acesso às cirurgias, evitando distorções e ampliando a eficiência do sistema. Fundamentado no princípio da equidade, segundo o qual a prioridade clínica deve prevalecer sobre a ordem cronológica, o SWALIS consolidou-se como uma ferramenta essencial para a gestão de listas de espera na Itália. A experiência italiana serviu de referência internacional e, ao longo dos anos, passou a inspirar outros países, inclusive o Brasil. No âmbito do SUS, o modelo começou a ser incorporado em diferentes estados e municípios como forma de enfrentar o problema crônico das filas de cirurgias eletivas.

Um caso emblemático é o do Rio Grande do Norte, que em 2022 implantou o Protocolo SWALIS no sistema Regula Cirurgias Eletivas (REGULA), priorizando pacientes de acordo com critérios clínicos e tempo de espera. Esse sistema, desenvolvido pela SESAP-RN, utiliza um coeficiente de urgência para priorizar pacientes com base na gravidade de suas condições e no tempo de espera, promovendo equidade e transparência no processo de priorização; aliando-se também às diretrizes nacionais como a Portaria GM/MS nº 90, de 3 de fevereiro de 2023, que institui o Programa Nacional de Redução das Filas de Cirurgias Eletivas, Exames Complementares e Consultas Especializadas (Brasil, 2023).

Além do RN, há registros de utilização do SWALIS no Ceará e em outros estados brasileiros, indicando sua disseminação gradual e adaptação às especificidades locais. Por exemplo, no Ceará, existe uma Nota Técnica que menciona o critério SWALIS (classificação da solicitação eletiva, para determinar a priorização dos pacientes) como parte dos módulos

da administração central de leito (Ceará, 2018).

No Brasil, a estrutura do SWALIS foi ajustada para integrar-se aos sistemas de regulação já existentes. A classificação dos pacientes passou a ser realizada em cinco categorias principais: A1 (risco iminente, exigindo hospitalização urgente), A2 (atividades diárias completamente prejudicadas, com risco de se tornar incurável), B (prejuízo relevante nas atividades diárias), C (prejuízo mínimo) e D (sem impacto). Essa categorização garante que pacientes mais graves possam “subir” na fila, superando a ordem cronológica, de acordo com documentação clínica e exames apresentados. O sistema é dinâmico, permitindo a atualização contínua das posições à medida que o tempo de espera aumenta ou o quadro clínico do paciente se agrava (CONGESP, 2022).

Figura 2 – Classificação de SWALIS (Surgical Waiting List Infor System) Fonte:

CLASSIFICAÇÃO DE SWALIS - Surgical Waiting List Info System
Categoria A1 Paciente com risco de deterioração clínica iminente. <u>Necessidade de hospitalização.</u>
Categoria A2 Paciente com as atividades diárias <u>completamente</u> prejudicadas por dor, disfunção ou incapacidade. Risco de incurabilidade.
Categoria B Paciente com <u>prejuízo acentuado das atividades diárias</u> por dor, disfunção ou incapacidade.
Categoria C Paciente com <u>prejuízo mínimo das atividades diárias</u> por dor, disfunção ou incapacidade.
Categoria D Não há prejuízo para as atividades diárias.

[https://www.saude.ce.gov.br/wp-](https://www.saude.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/9/2018/06/nota_tecnica_operacionalizacao_modulos_administracao_central_de_leitos.pdf)

[content/uploads/sites/9/2018/06/nota_tecnica_operacionalizacao_modulos_administracao_central_de_leitos.pdf](https://www.saude.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/9/2018/06/nota_tecnica_operacionalizacao_modulos_administracao_central_de_leitos.pdf).

Acesso em: 25 out. 2025.

O Protocolo SWALIS utiliza o coeficiente de urgência (p) para priorizar pacientes em filas de cirurgias eletivas, considerando a gravidade clínica e o tempo de espera. Os valores de (p) são definidos com base nos tempos máximos de espera permitidos (MTBT) para as categorias de urgência. Esses valores refletem a urgência relativa, com proporções como 1:3 entre A1 e A2, indicando menor criticidade no tempo de espera para A2, resultando em um coeficiente reduzido (CONGESP, 2022).

Além da classificação, o SWALIS dispõe de um algoritmo de prioridade que

atribui pontuações objetivas, somando a gravidade clínica ao tempo já acumulado na fila. Assim, garante-se que tanto a urgência médica quanto a duração da espera sejam ponderadas de forma equilibrada, assegurando um ranqueamento transparente e justo. A gestão informatizada do sistema, por sua vez, organiza e atualiza as filas em tempo real, facilitando a tomada de decisão pelos gestores e reduzindo a possibilidade de manipulação ou arbitrariedade.

Nesse sentido, a prioridade de cada paciente é definida pela equação $P(t) = (t - t_0) \times p$, em que t corresponde ao tempo de espera acumulado (em dias), t_0 ao tempo inicial de entrada na fila e p ao coeficiente de urgência correspondente. A fórmula garante que a prioridade aumente com o tempo de espera e com a gravidade, resultando em um ranqueamento transparente e dinâmico. Assim, evita-se a arbitrariedade, ao mesmo tempo em que se otimiza o agendamento cirúrgico (CONGESP, 2022).

Outro aspecto relevante é a possibilidade de diálogo do SWALIS com instrumentos técnicos do sistema brasileiro, como o NAT-Jus, protocolos clínicos e a regulação médica. O NAT-Jus, por exemplo, pode utilizar dados produzidos pelo SWALIS para embasar pareceres técnicos que orientem decisões judiciais, conferindo maior segurança e uniformidade ao processo. Da mesma forma, os protocolos clínicos nacionais encontram no SWALIS uma ferramenta operacional que assegura a aplicação de critérios uniformes e padronizados. Já a regulação médica se beneficia da integração em tempo real que o sistema possibilita, o que fortalece fluxos de informação entre gestores e hospitais, ampliando a eficiência e a rastreabilidade das decisões.

Apesar de seus avanços, o SWALIS também enfrenta limitações e críticas. Sua implementação depende de uma infraestrutura tecnológica robusta, da padronização de registros clínicos e do comprometimento dos gestores em manter a objetividade dos critérios. Além disso, o sistema pode sofrer resistências políticas ou institucionais, sobretudo em contextos nos quais a transparência na fila confronta interesses locais. Outro desafio é o alinhamento jurídico-institucional necessário para garantir que a utilização do SWALIS esteja em sintonia com decisões judiciais e normas nacionais.

Mesmo com essas limitações, o modelo apresenta um grande potencial no enfrentamento da judicialização da saúde. Ao reduzir arbitrariedades e conferir maior transparência às listas de espera, o SWALIS pode funcionar como instrumento preventivo contra a proliferação de ações individuais. Nesse sentido, ele contribui para fortalecer a legitimidade das políticas públicas, mostrando-se como medida estrutural que busca atender coletivamente às necessidades da população em detrimento de soluções fragmentadas. Assim,

o modelo deve ser considerado não como substituto, mas como complemento às iniciativas existentes, fornecendo uma base técnica e transparente para o enfrentamento de um dos maiores gargalos do SUS: a gestão das filas de espera.

Por fim, pode-se afirmar que o SWALIS representa um referencial internacional de governança em saúde, com aplicabilidade concreta no Brasil. Embora sua plena adoção exija superação de desafios técnicos e institucionais, sua integração às estratégias já em andamento, como mutirões de cirurgias e o Programa Nacional de Redução de Filas, AMPLIA as possibilidades de tornar o acesso mais equitativo, racional e sustentável. Com base em critérios objetivos, auditáveis e replicáveis, o SWALIS fornece parâmetros que podem ser internalizados na atuação judicial, contribuindo para reduzir o voluntarismo decisório e fortalecer decisões com base em evidências e justiça distributiva.

3 JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE, PROCESSO ESTRUTURAL E O PAPEL DA DEFENSORIA PÚBLICA DA UNIÃO DENTRO DA AÇÃO CIVIL PÚBLICA ESTRUTURANTE

Concebida como fenômeno amplamente difundido no cenário jurídico brasileiro, a judicialização da saúde, reflete a busca dos cidadãos pela concretização de direitos fundamentais diante das limitações e ineficiências do poder público. No âmbito das cirurgias eletivas ortopédicas, essa realidade revela-se de forma ainda mais sensível, pois envolve demandas que, embora não emergenciais, impactam diretamente a qualidade de vida, a mobilidade e a dignidade dos pacientes. Assim, o sistema de justiça passa a desempenhar papel relevante na efetivação do direito à saúde, intervindo na regulação e na execução de políticas públicas.

A crescente judicialização, entretanto, traz à tona o desafio de equilibrar a autonomia das decisões judiciais com a racionalidade administrativa e orçamentária do Estado. As ordens judiciais individuais, desarticuladas de uma lógica sistêmica, podem gerar distorções no planejamento das filas, no uso dos recursos e na priorização de casos. Diante disso, emergem os processos estruturais como instrumentos adequados para promover soluções coletivas e sustentáveis, capazes de alinhar as decisões judiciais à gestão pública.

3.1 Conceito e trajetória da judicialização da saúde no Brasil

A judicialização da saúde no Brasil configura-se um fenômeno complexo, que transita entre a efetivação de direitos fundamentais e o tensionamento da separação dos poderes e da racionalidade distributiva das políticas públicas. Longe de ser um desvio institucional, refere-se a um mecanismo de resposta à insuficiência estrutural do SUS, ao mesmo tempo em que desafia os limites da atuação judicial em matéria prestacional. A compreensão desse fenômeno exige análise crítica de sua gênese, expansão e impactos práticos, com destaque para casos em que o Judiciário atuou como instância de governança provisória, como ocorre com as cirurgias ortopédicas eletivas no Ceará (Vieira, 2023).

No Brasil, tornou-se um fenômeno social e jurídico a partir da década de 1990, momento de transformações políticas, econômicas e institucionais no país. No plano social, esse processo reflete a demanda crescente da população pela efetivação do direito à saúde, previsto no art. 196 da Constituição Federal de 1988, segundo o qual “a saúde é direito de todos e dever do Estado”. Já no plano jurídico, expressa a utilização dos instrumentos

judiciais como via de concretização de direitos fundamentais, diante da omissão, ineficiência ou insuficiência das políticas públicas estatais (Barroso, 2010; Schulze; Gebran Neto, 2015).

Enquanto fenômeno social, a judicialização revela a mobilização cidadã e o protagonismo dos indivíduos e grupos vulneráveis na reivindicação de direitos sociais básicos. A partir da Constituição, marcada por forte conteúdo social e pela promessa de universalização do SUS, o acesso à Justiça passou a ser percebido como mecanismo legítimo de participação política e de pressão sobre o Estado para o cumprimento de suas obrigações. Desse modo, o aumento de demandas judiciais por medicamentos, internações, cirurgias e tratamentos especializados expressa um movimento social de busca por reconhecimento e equidade, frequentemente impulsionado por desigualdades regionais, limitações de acesso e deficiências estruturais do sistema público (Vianna; Burgos, 2005).

Por outro lado, enquanto fenômeno jurídico, a judicialização traduz o ativismo institucional do Poder Judiciário na efetivação dos direitos fundamentais sociais, em especial o direito à saúde, assumindo papel de garantidor de prestações estatais essenciais. Os tribunais brasileiros, em especial o STF e o STJ, vêm consolidando o entendimento de que a saúde é direito subjetivo público e de aplicação imediata, impondo ao Estado o dever de garantir condições mínimas de tratamento e medicamentos, mesmo que isso envolva ordens diretas de fornecimento e custeio (STF, RE 565.714/RS, Rel. Min. Celso de Mello, Plenário, DJe 27 ago. 2010).

Nesse contexto, a judicialização da saúde deve ser entendida não como mera interferência judicial em políticas públicas, mas como resposta institucional a um déficit de efetividade estatal, assumindo feições distintas em cada nível da federação. A DPU, por exemplo, atua especialmente nos casos de responsabilidade federal e de políticas nacionais, refletindo seu papel jurídico na defesa dos hipossuficientes e na correção de omissões estruturais.

A judicialização da saúde, portanto, é social – porque nasce da necessidade coletiva e da participação cidadã em contextos de vulnerabilidade – e jurídica – porque se concretiza através da mediação judicial dos conflitos distributivos, na busca pela efetividade dos direitos fundamentais e pela realização da justiça social. O fenômeno evidencia o entrelaçamento entre direito e sociedade, em um país cuja Constituição transforma a saúde em direito de cidadania e o Judiciário em ator de governança pública na implementação das políticas sociais.

Apesar da promulgação da Constituição Federal de 1988, que trazia dezenas de dispositivos constitucionais referentes à saúde como direito fundamental de todos e dever do

Estado e a criação do SUS, a efetivação prática do direito à saúde encontrou sérios obstáculos. O contexto da década de 1990 foi marcado pela consolidação da Nova República, pela implementação de políticas neoliberais e pela reestruturação produtiva, com forte contenção de gastos públicos e restrições orçamentárias para políticas sociais. Nesse cenário de subfinanciamento do SUS e de desigualdade no acesso, a via judicial emergiu como mecanismo de efetivação de direitos.

A primeira onda significativa de judicialização da saúde ocorreu por meio de ações voltadas à obtenção de medicamentos antirretrovirais para pessoas vivendo com HIV/AIDS. Essas demandas, inicialmente individuais, cresceram exponencialmente e levaram o Estado brasileiro a formular uma política pública estruturada de fornecimento gratuito de medicamentos, tornando-se referência mundial no tratamento da AIDS. O que começou como resposta judicial a situações emergenciais transformou-se em política pública de alcance coletivo, evidenciando a força normativa das decisões judiciais.

O panorama da judicialização da saúde, do contexto nacional ao recorte local de Fortaleza, no estado do Ceará, revela um crescimento expressivo das demandas judiciais relacionadas ao direito à saúde no Brasil. Conforme Barroso (2013) a judicialização da saúde no Brasil tem crescido de forma exponencial, refletindo tanto as dificuldades de gestão do sistema público quanto a busca dos cidadãos pela efetividade do direito fundamental à saúde. De acordo com dados do CNJ (2023), atualmente tramitam mais de 580 mil processos relacionados à saúde, sendo que somente em 2023 foram ajuizadas 78 mil novas ações contra o SUS e aproximadamente 25 mil na saúde suplementar. Entre janeiro e novembro de 2024, foram registradas 345.666 novas demandas, exigindo mais de R\$ 1,6 bilhão do Ministério da Saúde para cumprimento de decisões judiciais (INAFF, 2025). Já em 2025, o volume de processos em tramitação alcançou quase 870 mil casos, incluindo saúde pública e suplementar (CNJ, 2025).

Entre 2020 e 2024, observou-se um crescimento de 93% no número de novos processos, que passaram de 344.220 para 663.864, com aumento superior a 110% na saúde suplementar. Apenas entre 2022 e 2023, houve incremento de cerca de 16% nas ações, saltando de 295.920 para 344.210 (CNJ, 2023). No mesmo período, a judicialização relativa à saúde pública atingiu 162.046 novos casos na primeira instância, representando alta de 110,9% em comparação com 2020 (Agência Brasil, 2025). Esses dados evidenciam não apenas a centralidade do Judiciário como via de acesso à saúde, mas também os desafios estruturais e orçamentários impostos às políticas públicas (Torres, 2013).

O fenômeno, entretanto, não pode ser entendido apenas como instrumento

individual de garantia de direitos. Nesse ponto, a análise crítica desenvolvida por Alencar contribui significativamente para a compreensão dos limites e das tensões inerentes à judicialização da saúde. Ao examinar as decisões judiciais que determinam o fornecimento de medicamentos de alto custo pelo SUS, o autor demonstra que, embora orientadas pela proteção do direito fundamental à saúde, muitas decisões carecem de uma análise mais aprofundada sobre seus impactos sistêmicos, orçamentários e distributivos. Segundo Alencar, a atuação judicial excessivamente centrada no caso individual tende a desconsiderar os critérios técnicos de incorporação tecnológica, a lógica da equidade e o planejamento sanitário, podendo gerar efeitos regressivos no sistema público de saúde, ao privilegiar quem acessa o Judiciário em detrimento da coletividade que depende das políticas universais (Alencar, 2018).

O autor sustenta que a judicialização, quando dissociada de parâmetros técnicos e institucionais, corre o risco de transformar o Judiciário em gestor indireto do SUS, sem a expertise necessária para avaliar custo-efetividade, impacto orçamentário e alternativas terapêuticas disponíveis. Assim, Alencar propõe a adoção de uma postura judicial mais dialógica e deferente às instâncias técnicas do sistema de saúde, sem abdicar da proteção dos direitos fundamentais, mas reconhecendo a complexidade das escolhas trágicas envolvidas na alocação de recursos escassos. Essa perspectiva reforça a necessidade de equilíbrio entre a tutela judicial do direito à saúde e a preservação da sustentabilidade do SUS, especialmente nos casos que envolvem medicamentos de alto custo e tratamentos não incorporados às políticas públicas vigentes.

Decisões que determinam o fornecimento de medicamentos de alto custo ou a realização de procedimentos não incorporados às listas oficiais do SUS impactam diretamente a sustentabilidade financeira do sistema e desorganizam estratégias coletivas de atenção (Barcellos, 2002; Vieira, 2008). Reconhecendo essa realidade, o STF estabeleceu parâmetros para restringir a concessão automática de medicamentos fora da lista oficial, buscando equilibrar o direito individual e a sustentabilidade coletiva (STF, 2016).

Nesse contexto, o Fórum Nacional do Judiciário para a Saúde (Fonajus), criado em 2010 e vinculado ao CNJ, desempenha papel fundamental no monitoramento e na qualificação das decisões judiciais, além de promover medidas preventivas de novos litígios. Embora historicamente marcada por ações que pleiteiam medicamentos, a judicialização tem incorporado cada vez mais procedimentos cirúrgicos ortopédicos eletivos. Esses procedimentos, planejados e sem risco imediato de morte, são essenciais para a qualidade de vida, pois aliviam dores, restauram funções e previnem complicações futuras (Brasil, 2020;

Silva; Andrade, 2019; Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia, 2021).

O aumento da demanda reprimida, associado ao envelhecimento populacional, ao crescimento das doenças degenerativas e aos acidentes de trânsito, tem levado pacientes a recorrer ao Judiciário. Entre 2014 e 2017, o Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia (INTO) identificou 109 ações judiciais relacionadas a cirurgias ortopédicas, com predominância de artroplastias (47,7%), movidas principalmente por idosos em longas filas do SUS (INCA, 2017). Pesquisa realizada no Distrito Federal também revelou que, mesmo diante de indeferimentos liminares fundamentados no respeito à fila de espera, magistrados acabaram reconhecendo a gravidade da demora e concedendo as intervenções (IDP, 2022). Em Minas Gerais, mais de 29 mil pessoas aguardavam cirurgias ortopédicas em 2025, demonstrando a magnitude da demanda reprimida (O Tempo, 2025).

3.2 Ação Civil Pública (ACP) como Instrumento de Tutela Coletiva do Direito à Saúde: Bases Normativas, Legitimidade Ativa e o Papel Estruturante da Defensoria Pública da União

A Ação Civil Pública (ACP) constitui o principal instrumento brasileiro de tutela jurisdicional coletiva, voltado à defesa de interesses difusos, coletivos e individuais homogêneos. Seu desenho normativo e funcional permite que o processo deixe de ser um espaço exclusivamente individual para tornar-se um mecanismo adequado à proteção de direitos de grupos, categorias e da própria coletividade, especialmente quando se trata de bens jurídicos indivisíveis ou de situações estruturais que exigem respostas amplas e coordenadas.

O conceito, a natureza e a base legal da Ação Civil Pública (ACP) evidenciam seu caráter essencialmente coletivo e sua função de tutela de direitos que transcendem a esfera individual. De natureza essencialmente coletiva, a ACP é estruturada para lidar com lesões transindividuais, isto é, danos que ultrapassam a esfera de um único sujeito e atingem a coletividade como um todo. Marinoni, Arenhart e Mitidiero (2015) destacam que a tutela coletiva pressupõe a superação do paradigma clássico individualista do processo civil, permitindo que a jurisdição “atinga realidades complexas, multiparticipativas e estruturalmente organizadas, nas quais a solução não pode restringir-se à proteção de um indivíduo, mas exige providências voltadas à recomposição ou reorganização de sistemas inteiros” (Marinoni; Arenhart; Mitidiero, 2015). Assim, a ACP se apresenta como processo estruturante, apto não apenas a impor sanções ou condenações pontuais, mas também a construir soluções normativas e organizacionais necessárias à concretização de direitos

coletivos fundamentais.

A legitimação jurídica da ACP repousa em três pilares essenciais. O primeiro é a Lei nº 7.347/1985 (Brasil, 1985), que disciplina a ação civil pública e estabelece os legitimados e seu objeto. Atua, assim, na defesa de interesses difusos, coletivos e individuais homogêneos em matérias como meio ambiente, consumidor, ordem urbanística, patrimônio público, dentre outros. O segundo pilar é a Constituição Federal de 1988, que em seu art. 129, inciso III, confere ao Ministério Público a função institucional de promover a ACP para a proteção de interesses sociais e individuais indisponíveis. Por último, o art. 5º, § 1º, da LACP, que afirma que a ACP não prejudica outros meios de tutela coletiva, reforçando seu caráter instrumental e aberto.

Consolida-se, assim, a partir desse conjunto normativo, a ACP como mecanismo adequado e necessário para o enfrentamento de lesões coletivas complexas, inclusive no âmbito das políticas públicas.

Os objetivos da Ação Civil Pública (ACP) no campo da saúde tornam-se particularmente relevantes diante da complexidade do direito fundamental à saúde e da necessidade de respostas que transcendam soluções individuais. No contexto do direito fundamental à saúde, a ACP adquire papel ainda mais expressivo, uma vez que não se limita a assegurar prestação de serviços individuais, como medicamentos ou tratamentos, já que também atua na promoção de transformações estruturais no próprio SUS. A literatura processual contemporânea, especialmente Marinoni, Arenhart e Mitidiero (2015), enfatiza que a tutela coletiva “deve ser capaz de reorganizar práticas estatais e redes de implementação de políticas públicas, quando estas se mostram ineficientes ou omissas”, o que dialoga diretamente com as necessidades sanitárias.

A ACP pode funcionar como indutor jurisdicional de políticas sanitárias quando o Estado se mostra inerte ou atua de modo insuficiente. O Judiciário, sem substituir o Executivo, pode determinar a execução de programas, planos ou medidas previstas em normas sanitárias. A omissão estatal, nesse contexto, configura violação direta ao dever constitucional de garantir a saúde (Brasil, 1988). Nessas hipóteses, a ACP atua como mecanismo de responsabilização e ativação institucional, suprimindo déficits de atuação administrativa.

Enquanto integrante do rol de direitos fundamentais de natureza positiva, a saúde requer ações estatais concretas. A ACP, nesse sentido, é o instrumento adequado para exigir prestações coletivas, como ampliação de leitos, contratação de profissionais, fornecimento regular de insumos, entre outras medidas de impacto generalizado. A dimensão estrutural da

ACP revela-se de forma evidente na área da saúde.

Muitas vezes, por exemplo, a lesão coletiva não decorre da falta de um medicamento específico para um indivíduo, mas da deficiência de fluxos assistenciais, da ausência de protocolos clínicos eficazes, da desorganização de filas de espera ou da insuficiência de processos de governança em saúde. Assim, a ACP pode assumir caráter estruturante, com decisões que determinam: reorganização de filas de regulação, aprimoramento de sistemas de informação, implementação de protocolos clínicos e reestruturação da rede de atendimento.

Esse tipo de tutela é coerente com o que Marinoni, Arenhart e Mitidiero (2015) denominam de processo para reorganização institucional, no qual o provimento jurisdicional “não se limita à entrega de uma prestação, mas à transformação de estruturas responsáveis pela violação continuada do direito” (Marinoni; Arenhart; Mitidiero, 2015).

A legitimidade e o papel da Defensoria Pública na Ação Civil Pública (ACP) destacam-se como elementos centrais para a efetividade da tutela coletiva no ordenamento jurídico brasileiro, especialmente no que se refere à proteção de grupos vulneráveis. A legitimidade ativa da Defensoria Pública para propor ACP consolidou-se progressivamente no ordenamento jurídico brasileiro, tanto no plano legislativo quanto na interpretação constitucional dada pelo STF. A doutrina contemporânea, incluindo Gajardoni *et al.* (2022), reconhece que a Defensoria ocupa papel central na tutela coletiva de vulneráveis, legitimando-se para atuar na defesa de direitos difusos, coletivos e individuais homogêneos, independentemente da condição econômica individual dos membros do grupo.

Essa legitimidade deriva de um conjunto normativo que reflete a missão constitucional da Defensoria Pública. O art. 5º, inciso II, da Lei nº 7.347/1985 (Brasil, 1985) a inclui expressamente no rol de legitimados para ajuizar ACP, equiparando-a a outros atores institucionais responsáveis pela tutela coletiva. O art. 134 da Constituição Federal (Brasil, 1988) define a referida Defensoria como instituição permanente, essencial à função jurisdicional do Estado, incumbida da orientação jurídica e defesa dos necessitados, em todos os graus. A leitura contemporânea desse dispositivo, como afirmam Gajardoni *et al.* (2022), exige a compreensão de que a vulnerabilidade defendida pela Defensoria não é apenas econômica, mas social, organizacional e informacional, abrangendo grupos vulneráveis.

A ampliação hermenêutica permitiu que a Defensoria Pública ingressasse no campo da tutela coletiva, especialmente quando a vulnerabilidade é estrutural ou afeta categorias inteiras. A Lei Complementar nº 80/1994 (Brasil, 1994) reforça e detalha essa legitimidade, conforme seu art. 4º, que inclui entre as funções institucionais da Defensoria

Pública a promoção dos direitos humanos e a defesa dos direitos individuais e coletivos dos necessitados, por meio de instrumentos de tutela coletiva.

Ademais, os arts. 3º-A e 4º-A, introduzidos pela Lei Complementar nº 132/2009 (Brasil, 2009), consolidam a atuação em tutela coletiva, determinando que a Defensoria atue para a defesa de grupos socialmente vulneráveis, mesmo que não haja demonstração individualizada de insuficiência de recursos. Gajardoni *et al.* (2022) destacam que essas previsões normativas revelam uma expansão funcional da instituição, compatível com o modelo constitucional de acesso à justiça e com a necessidade de enfrentar lesões de caráter difuso e sistêmico.

Vale destacar que a jurisprudência do STF foi decisiva para a afirmação definitiva da legitimidade da Defensoria na esfera coletiva. O marco fundamental é o RE 733.433/SP, sob o Tema 613 da Repercussão Geral. O STF fixou tese no sentido de que a Defensoria Pública possui legitimidade para propor ACP sem necessidade de comprovar a hipossuficiência econômica dos beneficiários. A Corte entendeu que a vulnerabilidade é categoria ampla, não limitada à pobreza, que a Defensoria não atua apenas na defesa de indivíduos economicamente necessitados, mas também de vulneráveis coletivos, como consumidores, idosos, crianças, pessoas com deficiência e populações socialmente marginalizadas, ou seja, a atuação coletiva da Defensoria é compatível e necessária para a concretização do acesso à justiça e dos direitos fundamentais.

A doutrina analisada (Gajardoni *et al.*, 2022) observa que o STF, nesse julgamento, adotou uma visão sistêmica da Defensoria Pública, reconhecendo sua vocação institucional para a defesa de grupos vulneráveis e reafirmando sua posição ao lado do Ministério Público no sistema de tutela coletiva. Segundo os autores, a decisão representou um “amadurecimento jurisprudencial, alinhado às transformações estruturais do processo coletivo brasileiro”. O entendimento do STF coincide com a concepção moderna de vulnerabilidade acolhida pela doutrina.

Na concepção de Gajardoni *et al.* (2022) a vulnerabilidade em pauta pode ser:

- a) Econômica, ligada à insuficiência de recursos;
- b) Social, associada à marginalização, discriminação ou desigualdade estrutural;
- c) Jurídica, decorrente da dificuldade de acesso à informação ou à defesa de direitos;
- d) Organizacional, presente nos grupos cuja capacidade de mobilização coletiva é reduzida.

Resta evidenciado, portanto, que a legitimidade da Defensoria não depende do

exame individual de pobreza, mas decorre de sua missão institucional e da própria lógica da tutela coletiva. Ainda com base em Gajardoni *et al.* (2022), pode-se sintetizar que a Defensoria é legitimada autônoma para ACP, por expressa previsão legal e constitucional. A instituição assume posição central no microssistema de tutela coletiva, ao lado do Ministério Público e demais legitimados. A jurisprudência do STF consolidou um modelo de atuação amplo e desburocratizado, afastando a exigência de demonstração individualizada de carência econômica. A tutela coletiva exercida pela Defensoria, assim, é compatível com sua razão de ser institucional, especialmente diante de vulnerabilidades sistêmicas.

A leitura moderna da instituição se afina ao constitucionalismo contemporâneo e ao paradigma do acesso à justiça em sentido material. Os autores concluem, por fim, que a Defensoria Pública, ao atuar em ACP, “não amplia indevidamente sua função, mas cumpre integralmente a missão constitucional de proteção dos vulneráveis, cuja defesa, no plano coletivo, é condição para a efetividade dos direitos fundamentais” (Gajardoni *et al.*, 2022).

A Defensoria Pública, à luz do constitucionalismo contemporâneo e da teoria das tutelas coletivas, não pode mais ser reduzida ao papel de “advogada dos necessitados”, mas ser compreendida como instituição essencial à função jurisdicional do Estado, conforme art. 134 da Constituição Federal (Brasil, 1988), dotada de competências estruturais voltadas à transformação de contextos de desigualdade. Essa leitura é reforçada tanto pela doutrina processual moderna quanto pela interpretação constitucional e pelo desenvolvimento das políticas públicas de acesso à justiça.

Autores como Alexandre Freitas Câmara, Alexandre de Moraes e Hugo Nigro Mazilli (2022) contribuem para esse marco teórico ao enfatizar a natureza institucional, coletiva e transformadora da Defensoria. Nesse contexto, o art. 134 da Constituição estabelece a Defensoria Pública como instituição permanente e essencial à função jurisdicional (Brasil, 1988), expressão que revela sua posição constitucional equivalente, em importância, às funções do Ministério Público e da Advocacia Pública.

Segundo Alexandre de Moraes, a Defensoria tem por missão assegurar o “acesso universal, efetivo e igualitário à justiça”, sendo “um dos pilares do Estado Democrático de Direito”, responsável por permitir que grupos e indivíduos vulneráveis participem plenamente da ordem jurídica. Não se trata apenas de representação judiciária, mas de garantia institucional da cidadania (Brasil, STF, ADI 3943, 2018).

De modo semelhante, Alexandre Freitas Câmara observa que o processo civil contemporâneo exige instituições capazes de atuar no plano estrutural e que a Defensoria, por sua vocação de defesa dos vulneráveis, integra o núcleo das instituições que viabilizam um

“processo comprometido com a transformação das realidades sociais”, especialmente por meio de tutelas coletivas e estruturais.

No que se refere à promoção dos direitos humanos e defesa dos necessitados como fundamentos de atuação estrutural, a Lei Complementar 80/1994 (Brasil, 1994), reitera-se, atribui à Defensoria Pública funções amplas de promoção dos direitos humanos e defesa de necessitados em sentido amplo. Essa defesa implica atuação na proteção de direitos individuais, coletivos e difusos, prevenção e resolução extrajudicial de conflitos e intervenção institucional em contextos de vulnerabilidade estrutural, conforme dito antes.

Essas atribuições revelam, como nota Hugo Nigro Mazilli (2019), ao tratar do sistema de tutela coletiva, que a atuação da Defensoria não se limita à defesa de direitos subjetivos, mas também ao “interesse público primário de realização da justiça social” (Mazilli, 2019). O autor destaca que as tutelas coletivas existem justamente para proteger grupos vulneráveis que não conseguem se organizar juridicamente, e que a Defensoria é ator indispensável nessa tarefa.

A doutrina processual contemporânea, como a de Gajardoni *et al.* (2022), citada anteriormente, reforça essa leitura ao afirmar que a Defensoria Pública tem a missão de “atuar em favor de vulneráveis como categoria jurídica autônoma”, desempenhando papel que extrapola a defesa individual. Na atuação extrajudicial, inclui recomendações, participação em conselhos, mediação com gestores públicos, inspeções e acompanhamento de fluxos e protocolos, ou seja, medidas típicas de tutela preventiva e administrativa. Já na atuação judicial individual e coletiva vai além da atuação em litígios individuais, exercendo papel relevante nas ações coletivas e estruturantes, especialmente ACPs envolvendo saúde, educação, moradia e sistema prisional.

Como enfatiza Alexandre Freitas Câmara (2022), os processos estruturais visam “modificar a organização e o funcionamento de instituições públicas” quando estas violam direitos de modo contínuo. A Defensoria, pela proximidade com os vulneráveis e pela legitimidade ativa em ações coletivas, ocupa posição estratégica na provocação e no acompanhamento dessas mudanças. Na função de articulação institucional, considerando-se que o processo estrutural exige coordenação entre diversos atores públicos e sociais, a Defensoria potencializa a interlocução entre:

- a) Judiciário, oferecendo diagnósticos sobre violações sistêmicas;
- b) Ministérios Públicos, com quem compartilha finalidades de proteção de direitos;
- c) Gestores, com os quais dialoga para implementação de políticas públicas e

reorganização administrativa;

- d) Usuários do SUS, que trazem percepções concretas das falhas de acesso;
- e) Sociedade civil, que participa do controle social;
- f) Profissionais da saúde, para fundamentação técnica das soluções.

Essa rede de articulação reforça o caráter não adversarial das tutelas estruturais, aproximando a Defensoria de um papel de mediadora institucional, como defende Mazilli (2019) ao tratar da necessidade de cooperação entre os legitimados coletivos para proteção de direitos metaindividuais.

Quando atua em uma ACP de natureza estrutural, como ocorre no caso das cirurgias eletivas ortopédicas em Fortaleza, a DPU exerce um papel que ultrapassa a advocacia tradicional e se aproxima de uma função institucional de reorganização do sistema público de saúde, articulando diagnóstico, intervenção, fiscalização e cogestão judicializada da política pública. Essa compreensão se harmoniza com a doutrina contemporânea das tutelas estruturais (Câmara, 2022), com o papel constitucional da Defensoria Pública (Moraes, 2018) e com o modelo cooperativo de tutela coletiva (Mazilli, 2019).

Na ACP sobre cirurgias ortopédicas eletivas, a DPU não apenas ajuíza a ação, mas catalisa o processo estrutural. Seu papel inicial envolve a identificação dos problemas estruturais, através de inspeções, solicitação de dados e coleta de relatos de usuários, identificando: filas extensas, demoras excessivas na regulação, omissões administrativas e falhas de governança e ausência de fluxos claros. Seria o que Câmara (2022) denominou de “fase de diagnóstico” nos processos estruturais, essencial para compreender os fatores institucionais que produzem a violação continuada do direito.

A petição inicial não se restringe a narrar violações individuais, mas também apresenta diagnóstico situacional, análise de dados, descrição dos gargalos e fundamentação técnico-jurídica que demonstra a existência de um problema sistêmico. A DPU demanda, nesse sentido, medidas como organização da fila, ampliação da capacidade cirúrgica, criação de fluxos, protocolos e sistemas de acompanhamento e adoção de cronogramas e metas de redução de espera. Esse modo de formular a ação está coerente com a compreensão de Mazilli (2019) de que ações coletivas servem para “superar lesões massificadas e de origem institucional”, exigindo providências gerais e não apenas reparações pontuais.

A característica das ações estruturantes é a necessidade de cooperação entre instituições. Assim, a DPU opera como agente indutor de reorganização administrativa, participando ativamente de reuniões técnicas e audiências públicas. Tais espaços permitem que a DPU exponha diagnósticos, proponha soluções, ouça gestores e profissionais da saúde,

e construa planos de ação colaborativos. Segundo Câmara (2022), o processo estrutural exige uma atuação “dialógica, multinível e cooperativa”, na qual o autor coletivo, como a DPU, possui papel central de articulação.

Nessa perspectiva, a política de cirurgias eletivas envolve recursos federais, execução estadual e gestão municipal, e nesse processo a DPU atua como ponte institucional, superando fragmentações administrativas típicas do SUS. A DPU atua ainda subsidiando juízes e gestores com notas técnicas, análises de dados, estudos de caso e propostas de reorganização, função compatível com o que Mazilli (2019) chama de protagonismo institucional dos legitimados coletivos dentro das políticas públicas.

No cumprimento do papel de fiscalizadora da execução da sentença estrutural a DPU atua na fase de cumprimento da decisão estruturante, exercendo função de controle e monitoramento para assegurar que as medidas determinadas pelo Judiciário sejam efetivamente implementadas. Para tanto, acompanha listas de espera, critérios de prioridade, tempo médio de espera e transparência dos dados. Ademais, fiscaliza a quantidade de cirurgias realizadas, a regularidade dos mutirões e seu impacto na fila, verificando se o plano estrutural aprovado judicialmente está sendo executado pelos gestores. Em caso de descumprimento, requer novas audiências, ajustes de plano, imposição de medidas coercitivas e responsabilização administrativa ou judicial.

Essa função dialoga com o entendimento de Câmara (2022), segundo o qual o autor da ação estrutural atua como cogestor judicial da política pública durante a fase de implementação. Enquanto produtora de informação qualificada, a atuação da Defensoria é também técnica. Ela produz e sistematiza dados essenciais para orientar decisões judiciais como o cruzamento de dados sobre filas, regulação e agendamentos, a participação na formulação de painéis de transparência, indicadores e sistemas operacionais, a análise de fluxos assistenciais e gargalos e a identificação de inconsistências ou subnotificações.

A soma dessas funções mostra que a Defensoria Pública, em uma ACP estruturante, não se limita à defesa judicial. Ela diagnostica problemas, propõe soluções, articula atores públicos, fiscaliza a implementação, participa da produção normativa (fluxos, protocolos, sistemas) e atua como cogestora judicializada da política pública de saúde. Essa função híbrida, simultaneamente jurídica, técnica e política, é compatível com o modelo de tutela coletiva descrito por Mazilli (2019) e com o paradigma de acesso à justiça defendido por Alexandre de Moraes. Também se alinha ao que Câmara (2022) denomina processo estrutural cooperativo, no qual o autor desempenha papel decisivo na reconstrução institucional.

No contexto da ACP das cirurgias ortopédicas de Fortaleza a DPU se revela agente transformador do SUS, contribuindo para reorganizar de forma estrutural a política de cirurgias eletivas e garantindo efetividade ao direito fundamental à saúde.

Quadro 2 – Ação Civil Pública nº 0002012-48.2006.4.05.8100 Fortaleza-Ceará

Aspecto	ACP nº 0002012-48.2006.4.05.8100 (2006)
Origem	Decorreu do procedimento administrativo de 2005 (caso do Sr. REDSP – ortopedia).
Objeto da Ação	Garantir a realização das cirurgias ortopédicas eletivas em Fortaleza e criar critérios objetivos de regulação.
Partes	MPF e DPU x União, Estado do Ceará, Município de Fortaleza, UFC e EBSEH.
Juízo Responsável de Origem	Dra. Cíntia Menezes Brunetta
Medidas Determinadas	Criação de planos de cirurgia ortopédica; estabelecimento de critérios de prioridade (gravidade clínica); instituição de protocolos de regulação (faltosos, desistentes, não localizados).
Ferramentas e Inovações	Implantação do Saúde Digital (2020); audiências no Laboratório Íris com metodologias participativas (2021).
Sentença	Reconheceu a obrigação estatal de organizar as filas ortopédicas e executar os planos de cirurgia, vinculando à prioridade médica e protocolos homologados.
Relevância	Primeiro litígio estrutural em saúde no Ceará; estruturou a política pública de ortopedia.

Fonte: ACP nº 0002012-48.2006.4.05.8100 (2006).

Em síntese, a ACP das cirurgias ortopédicas no Ceará evidencia como o litígio estrutural pode funcionar como vetor de reorganização institucional, articulando atores diversos e exigindo compromissos formais e públicos com a efetividade dos direitos sociais. Ao longo de quase duas décadas, o processo evoluiu de uma petição individual para uma engrenagem de controle judicial da política pública, operando como instância de responsabilização intergovernamental, monitoramento técnico e canalização das vozes dos usuários do SUS.

Embora ainda subsistam desafios, como o financiamento inadequado, a persistência da judicialização individual e a assimetria entre entes federados, os avanços consolidados demonstram que a jurisdição, quando sensível ao contexto social e dotada de

mecanismos de diálogo, pode contribuir de forma significativa para a reconfiguração da saúde pública em direção à equidade, transparência e justiça distributiva.

3.3 Processo Estrutural: Conceitos, Características e Fundamentos Constitucionais

A discussão do tema processo estrutural requer, necessariamente, discorrer sobre processo contencioso clássico, modelo tradicional de resolução de conflitos no Direito, estruturado para lidar com litígios individuais por meio de uma lógica sequencial, rígida e centrada na atuação das partes. Trata-se, portanto, do paradigma que orientou historicamente os sistemas processuais de matriz liberal, nos quais prevalece a concepção de que o processo é um instrumento destinado a solucionar controvérsias privadas, com mínima intervenção judicial (Fiss, 1978; Marinoni; Arenhart; Mitidiero, 2019).

O objeto do processo contencioso clássico é a resolução de um conflito jurídico específico, geralmente envolvendo direitos individuais e patrimoniais. A controvérsia apresenta-se como um litígio bipolar, autor versus réu, em que se busca a declaração ou a satisfação de um direito previamente determinado (Didier Jr.; Zaneti Jr., 2017). Em razão disso, os pedidos tendem a ser certos, delimitados e estáticos, o que, por sua vez, permite a formulação de uma sentença final igualmente estável.

Tradicionalmente, as partes são autor e réu, com posições bem definidas. O autor é o sujeito que formula a pretensão e provoca a jurisdição, enquanto o réu é o sujeito contra quem a pretensão é dirigida. Em consonância com essa lógica, a legitimidade costuma ser estrita, refletindo a matriz individualista do processo. Assim, intervenções de terceiros são excepcionais e rigidamente regulamentadas (Marinoni; Arenhart; Mitidiero, 2019).

Além disso, o modelo clássico pressupõe uma distribuição rígida de funções entre juiz e partes. A estas cabe a iniciativa da ação, a produção de provas e a definição do objeto litigioso, o que traduz o princípio dispositivo. Ao juiz, por sua vez, cabe exercer o poder jurisdicional dentro dos limites estabelecidos pelas partes, com pouca margem de atuação proativa (Fiss, 1978). Essa separação é coerente com a concepção liberal-individualista do processo, no qual se pretende evitar que o Estado interfira excessivamente na esfera privada dos litigantes.

Do ponto de vista procedimental, o processo contencioso clássico é caracterizado pela linearidade, pelo formalismo e pela previsibilidade. As etapas seguem um fluxo rígido – petição inicial, contestação, saneamento, instrução probatória, alegações finais e sentença – estrutura que se inspira no modelo burocrático-racional descrito por Weber (1999), o qual

valoriza regras fixas, padronização e controle formal. A forma é vista, nesse contexto, como garantia de segurança jurídica e imparcialidade.

Nessa moldura, o juiz assume papel predominantemente arbitral e imparcial, intervindo apenas quando provocado e decidindo com base nas provas produzidas pelas partes. Seu papel é, portanto, restritivo, guiado pelos princípios da inércia da jurisdição e do contraditório clássico. Segundo Didier Jr. e Zaneti Jr. (2017), esta é uma postura de “autoridade moderada”, em que o magistrado não administra o conflito, mas apenas resolve a controvérsia após a atividade processual das partes. Consequentemente, a decisão no processo clássico é uma sentença única, definitiva e estática, que busca oferecer solução completa ao conflito. Em continuidade, a execução também segue rito formal e estandardizado, estruturado para dar cumprimento pontual à sentença, sem necessidade de acompanhamento contínuo do magistrado (Marinoni; Arenhart; Mitidiero, 2019).

Em síntese, a finalidade do processo contencioso clássico é solucionar conflitos privados e garantir a aplicação do direito ao caso concreto. Sua racionalidade é fundada na ideia de que a jurisdição deve ser estável, previsível e limitada, evitando ingerências excessivas nas relações sociais. Como observa Fiss (1978), esse modelo funciona adequadamente para disputas individuais, mas revela sérias limitações quando confrontado com problemas complexos, especialmente aqueles que envolvem interesses difusos ou coletivos.

Diante desse cenário, o processo estrutural surge como uma alternativa mais adequada, substituindo o modelo clássico nos casos em que a controvérsia não se reduz a um conflito individual, mas decorre de disfunções sistêmicas que atingem um grupo amplo de pessoas. É o que ocorre, por exemplo, com as extensas filas de cirurgias ortopédicas no SUS, nas quais o problema não está apenas na negativa ou atraso para um paciente específico, mas na desorganização estrutural da política pública de saúde, que envolve múltiplos atores, recursos escassos e falhas de gestão.

Assim, ao contrário do processo clássico que é limitado à análise retrospectiva de um caso individual, o processo estrutural permite ao Judiciário compreender e intervir de forma prospectiva, coordenada e dialogada, promovendo a reestruturação de políticas públicas, a reorganização de fluxos de atendimento, a definição de metas progressivas e mecanismos de monitoramento contínuo. Refere-se, assim, a um modelo mais adequado para enfrentar problemas sistêmicos como a espera prolongada por cirurgias ortopédicas, em que a solução exige transformações institucionais mais amplas, e não apenas a concessão pontual de um direito individual.

O conceito, a origem e as características do processo estrutural evidenciam sua relevância como instrumento jurisdicional apto a enfrentar violações complexas e continuadas de direitos fundamentais. A doutrina brasileira, especialmente Didier Jr., Zaneti Jr., Oliveira (2020) e Vitorelli (2019), descreve o processo estruturante como um procedimento flexível, prospectivo e cooperativo, voltado à construção de um “estado ideal de coisas” mediante participação ampliada, diagnóstico complexo, planos monitoráveis e decisões revisáveis. Sua finalidade não é apenas impor uma obrigação imediata, mas, sobretudo, transformar a realidade institucional responsável pela violação contínua do direito.

À luz dessas premissas, o processo estruturante pode ser conceituado como o procedimento judicial destinado a identificar, reordenar e reconstruir estruturas estatais disfuncionais, mediante atuação dialógica, monitoramento contínuo e governança cooperativa, com o objetivo de cessar violações sistêmicas de direitos e criar condições institucionais duradouras de efetividade (Didier Jr.; Zaneti Jr.; Oliveira, 2020; Vitorelli, 2019).

Esse conceito decorre de elementos que a doutrina identifica como essenciais, entre os quais se destaca, em primeiro lugar, o problema estrutural, isto é, a situação em que a violação não decorre de ato isolado, mas de disfunção administrativa, orçamentária, logística ou organizacional. Dessa forma, o processo estruturante se diferencia claramente da execução típica porque não visa simplesmente cumprir uma ordem judicial, mas, antes, alterar a lógica institucional que produz a violação do direito (Didier Jr.; Zaneti Jr.; Oliveira, 2020).

Vale destacar que a origem do processo estruturante está nos *public law litigations* norte-americanos, julgados sobretudo entre as décadas de 1950 e 1980, voltados à reforma de instituições públicas que violavam massivamente direitos civis (Chayes, 1976; Fiss, 1978). Nesses litígios, a jurisdição passa a atuar para além da solução de conflitos bilaterais, assumindo função reorganizadora de políticas públicas e estruturas estatais. Dois grandes marcos teóricos são fundamentais nessa trajetória: Chayes (1976), que descreveu a mudança do papel do juiz nesses litígios, e Fiss (1978), que sistematizou a lógica das *injunctions* estruturais. Porém, antes mesmo desses referenciais doutrinários, um caso decisivo inaugurou o paradigma de reformas estruturais por via judicial: *Brown v. Board of Education*.

O caso *Brown v. Board of Education*, decidido pela Suprema Corte dos Estados Unidos em 1954, constitui o ponto originário das intervenções judiciais estruturais (United States, 1954). Ao declarar inconstitucional a segregação racial nas escolas públicas, a Corte reconheceu uma violação sistêmica, decorrente não de um ato isolado, mas de uma política estatal estruturada. Em consequência, ordenou a reestruturação institucional, determinando o fim progressivo da segregação escolar.

Além disso, impôs medidas com implementação gradual, sintetizadas na famosa fórmula “*with all deliberate speed*” (Brown II, 1955), permitiu supervisão judicial contínua para assegurar o cumprimento das ordens e envolveu múltiplos atores institucionais, como distritos escolares, conselhos comunitários, governos estaduais e órgãos federais. Desse modo, Brown representou a transição da lógica adjudicatória tradicional para uma lógica prospectiva e institucional, inaugurando a judicialização das reformas estruturais que marcaram o movimento dos direitos civis nos EUA: dessegregação escolar, reforma penitenciária, hospitais psiquiátricos e serviços públicos diversos (Fiss, 1978).

Após Brown, Chayes (1976) explicou que os litígios estruturais alteram profundamente o papel do juiz, que deixa de resolver disputas bilaterais para gerir processos complexos, com múltiplas partes e soluções abertas (*open-ended remedies*). Fiss (1978), em *The Civil Rights Injunction*, demonstrou que as *injunctions* estruturais visam reformar instituições inteiras, substituindo padrões discriminatórios por práticas constitucionalmente adequadas. Essa construção teórica consolidou a noção contemporânea de processo estrutural, posteriormente exportada e adaptada por vários sistemas jurídicos (Sabel; Simon, 2017).

Inspirados em Brown e nos litígios estruturantes dos EUA, outros países incorporaram modelos semelhantes, sobretudo em contextos de proteção de direitos fundamentais e superação de desigualdades históricas (Sabel; Simon, 2017). Dentre eles, destacam-se: Índia, com o *public interest litigation*; Colômbia, com as decisões de “estado de coisas inconstitucional” (Sentencias T-153/1998; T-025/2004); África do Sul, com reformas estruturais em saúde, moradia e HIV/AIDS; e Canadá e Reino Unido, com ações estruturais ambientais e sociais. A Colômbia exerceu influência direta sobre a jurisprudência brasileira, especialmente no reconhecimento do estado de coisas inconstitucional na ADPF 347/DF, em que o STF dialoga expressamente com a experiência colombiana (BRASIL, STF, ADPF 347/DF; França; Nóbrega, 2021).

No contexto brasileiro, o processo estruturante foi incorporado ao debate principalmente a partir de quatro vetores. Em primeiro lugar, a Constituição de 1988 (Brasil, 1988), que ampliou direitos sociais e deveres estatais; em segundo lugar, o crescimento da judicialização em saúde, educação e sistema prisional; em terceiro lugar, o CPC/2015, que fortaleceu a atipicidade das tutelas (arts. 297, 536 e 139, IV); e, por fim, as jurisprudências recentes, como ADPF 347/DF (sistema prisional); ARE 639.337/SP (creches); RE 592.581/RS (medicamentos) e ações estruturantes em saúde nos tribunais estaduais (BRASIL, STF, ADPF 347/DF; BRASIL, STF, ARE 639.337/SP; BRASIL, STF, RE 592.581/RS).

Nesse cenário, o processo estruturante passou a envolver, de forma recorrente,

audiências públicas, mesas de diálogo, elaboração conjunta de planos de ação, monitoramento judicial, transparência ativa e governança cooperativa. A doutrina brasileira, como Didier Jr., Zaneti Jr., Oliveira (2020), Vitorelli (2019), Bucci (2006), França e Nóbrega (2021), Medina (2023), Garcia e Lima (2023) consolidou, assim, a interpretação de que o processo estrutural não viola a separação de poderes. Ao contrário, mantém o Executivo como responsável técnico, cabendo ao Judiciário a coordenação e o monitoramento para garantir o mínimo constitucional exigido.

Assim, o processo estruturante não é exceção, mas expressão adequada da jurisdição em sociedades complexas, nas quais a violação de direitos decorre de falhas generalizadas e interdependentes que só podem ser corrigidas mediante transformação institucional planejada, monitorada e cooperativa (Didier Jr.; Zaneti Jr.; Oliveira, 2020; França; Nóbrega, 2021; Medina, 2023).

As decisões estruturantes possuem constituem um conjunto de características que as diferenciam radicalmente do modelo tradicional de tutela judicial. Tais características decorrem da natureza sistêmica, complexa e coletiva dos problemas enfrentados e são descritas de forma convergente pela doutrina brasileira e estrangeira (Didier Jr.; Zaneti Jr.; Oliveira, 2020; Vitorelli, 2019; Sabel; Simon, 2017). Em primeiro lugar, destaca-se o caráter prospectivo e transformativo; a decisão estrutural é voltada ao futuro, buscando transformar a estrutura responsável pela violação de direitos. Não se limita a corrigir um ato pontual, mas reorganiza políticas públicas, fluxos administrativos e práticas institucionais (Fiss, 1978; Didier Jr.; Zaneti Jr.; Oliveira, 2020).

Em segundo lugar, exige-se um diagnóstico estrutural; o processo começa com a identificação de um problema estrutural, isto é, um estado de desconformidade contínua produzido por falhas organizacionais, logísticas, normativas ou orçamentárias, e não por condutas individuais isoladas (Chayes, 1976; Didier Jr.; Zaneti Jr.; Oliveira, 2020). Além disso, o processo estruturante opera por meio de um procedimento flexível e bifásico, que compreende uma fase diagnóstica, na qual se reúnem dados, identificam-se gargalos e se escutam equipes técnicas, e uma fase executiva estruturante, em que se elaboram e implementam planos de ação com metas e indicadores (Didier Jr.; Zaneti Jr.; Oliveira, 2020; França; Nóbrega, 2021). Esse modelo demanda flexibilidade e adaptação contínua, o que se coaduna com o experimentalismo democrático descrito por Sabel e Simon (2017).

Outro traço central é a participação ampliada e a consensualidade. As decisões estruturantes são dialógicas, pois envolvem gestores públicos, sociedade civil, órgãos de controle, especialistas, equipes técnicas e grupos afetados. A consensualidade, segundo

França e Nóbrega (2021) e Garcia e Lima (2023) é elemento indispensável à legitimidade e à viabilidade do processo. O núcleo da decisão é um plano estruturante que estabelece metas graduais, indicadores de desempenho, prazos, responsabilidades institucionais e etapas de curto, médio e longo prazo. Esse plano torna a decisão mensurável, monitorável e adaptável, traduzindo em termos organizacionais a exigência de políticas públicas planejadas (Bucci, 2006; Medina, 2023).

Ademais, a execução é acompanhada por monitoramento contínuo (*rolling rule*), com ciclos de avaliação, correção e revisão. Utilizam-se relatórios periódicos, audiências públicas, inspeções, dashboards e reuniões técnicas, permitindo ajustar rumos e incorporar aprendizagem institucional (França; Nóbrega, 2021; Sabel; Simon, 2017). Soma-se a isso a exigência de governança cooperativa, na qual o processo estruturante opera com coprodução entre Judiciário e Administração Pública. O juiz coordena, induz e monitora, mas não substitui o gestor. Há divisão clara de responsabilidades, transparência e racionalidade administrativa (Medina, 2023; Garcia; Lima, 2023).

As decisões estruturais também incorporam a integração das restrições fático-orçamentárias. Leva-se em conta a disponibilidade de pessoal, orçamento e capacidade instalada, moldando a ordem judicial às condições reais do caso, para evitar soluções inviáveis (STA 175, BRASIL, STF; BUCCI, 2006). Ademais, exigem-se transparência e prestação de contas, com publicidade ativa de dados, metas, relatórios, indicadores e justificativas técnicas, como condição para controle social e prevenção de captura administrativa (Medina, 2023; França; Nóbrega, 2021).

Por fim, o processo estruturante não é permanente, conforme Didier Jr., Zaneti Jr. e Oliveira (2020), tendo em vista que se encerra quando a estrutura reorganizada atinge autonomia sustentável, com indicadores estabilizados e funcionamento compatível com os padrões constitucionais. A chamada fase de saída (*exit strategy*) assegura o retorno da plena gestão à Administração, preservando a separação de poderes.

Em vista dessas peculiaridades, ainda segundo esses autores, o processo estruturante distingue-se dos modelos tradicionais de tutela judicial porque visa reorganizar estruturas estatais disfuncionais, sendo moldado por grande complexidade institucional, pluralidade de atores e necessidade de decisões adaptativas (Didier Jr.; Zaneti Jr.; Oliveira, 2020; Vitorelli, 2019). Sua estrutura não é rígida, mas organizada em fases comunicantes; e sua dinâmica é marcada por flexibilidade, participação e monitoramento contínuo, em sintonia com o experimentalismo democrático (Sabel; Simon, 2017).

A doutrina converte essa lógica em um desenho procedimental próprio, composto

por quatro grandes eixos: diagnóstico estrutural, elaboração do plano estruturante, implementação e monitoramento e fase de estabilização e saída (Didier Jr.; Zaneti Jr.; Oliveira, 2020). A fase inicial consiste em identificar e compreender o problema estrutural, isto é, a violação sistêmica decorrente de falhas complexas de organização pública. Não se trata de verificar apenas um ato ilícito, mas de mapear gargalos administrativos e logísticos, insuficiências orçamentárias e de pessoal, fluxos desordenados, sobreposição de funções e lacunas de coordenação, ineficiências normativas e impactos sociais e coletivos.

Nessa direção, a dinâmica procedimental dessa fase envolve audiências públicas e escuta de grupos afetados, consultas técnicas a especialistas e profissionais, produção de prova documental complexa (dados, relatórios, auditorias), inspeções judiciais e reuniões interinstitucionais, bem como integração de informações provenientes da Administração (França; Nóbrega, 2021; Medina, 2023). Essa etapa produz um diagnóstico situacional indispensável para orientar a fase seguinte. O juiz não afirma apenas que “há uma violação”, mas descreve o mecanismo estrutural que produz a violação (Didier Jr.; Zaneti Jr.; Oliveira, 2020).

Com o diagnóstico consolidado, inicia-se a fase de construção do plano estruturante, núcleo decisório do processo. A jurisprudência e a doutrina apontam que esta fase deve ser dialógica, colaborativa e técnica, porque o plano determina como a estrutura pública será reorganizada (Bucci, 2006; Medina, 2023). Os componentes essenciais do plano incluem metas e objetivos graduais e realistas; indicadores de desempenho, que permitam verificar avanços e retrocessos; cronogramas, com prazos compatíveis com limitações orçamentárias e operacionais; designação de responsabilidades entre órgãos e setores; mecanismos de transparência, como dashboards, notas técnicas e relatórios públicos; previsão de ajustes, reconhecendo que medidas estruturais exigem adaptação contínua (*rolling rule*); e critérios de priorização, especialmente em políticas de saúde, educação e assistência (França; Nóbrega, 2021; Medina, 2023).

Para a construção do plano considera-se mesas técnicas, reuniões intersetoriais, grupos de trabalho e participação de usuários e entidades da sociedade civil. Assim, de acordo com Garcia e Lima (2023), o plano não é um comando judicial fechado, mas uma coprodução institucional. A fase executiva exige, então, monitoramento progressivo, com avaliações periódicas que permitam verificar se o plano está sendo cumprido. Essa é uma das maiores diferenças em relação à execução tradicional, que trabalha com cumprimento único de uma obrigação (Didier Jr.; Zaneti Jr.; Oliveira, 2020).

A dinâmica dessa fase envolve ciclos sucessivos de execução, nos quais os órgãos

implementam medidas e apresentam resultados; relatórios periódicos, com dados sobre metas e indicadores; audiências de acompanhamento, para exposição de dificuldades e pactuação de ajustes; inspeções e diligências para aferir condições reais; revisão iterativa das metas, quando necessário, com base no experimentalismo democrático; e interação constante entre Judiciário, Administração Pública, Ministério Público, Defensoria, sociedade civil e especialistas (França; Nóbrega, 2021; Medina, 2023). O monitoramento permite correções de rota, substituição de estratégias falhas e avanço gradual até atingir o estado ideal de coisas. Trata-se, portanto, de uma execução inteligente, e não de mero cumprimento mecânico.

Uma característica essencial do processo estruturante é que ele não se prolonga indefinidamente. A intervenção judicial, conforme Didier Jr., Zaneti Jr. e Oliveira (2020) e Medina (2023) deve cessar quando os indicadores mostram estabilidade, os fluxos institucionais se tornam sustentáveis, a estrutura reorganizada adquire autonomia funcional e a política pública passa a operar com governança adequada. Essa etapa é chamada de fase de saída (*exit strategy*). A saída não é abrupta, ela ocorre mediante relatórios finais, consolidação das rotinas, pactuação de mecanismos de manutenção e eventual transição para mecanismos administrativos de controle. Ao final, o Judiciário deixa de acompanhar o caso porque o sistema já opera dentro dos padrões constitucionais mínimos.

Cinco movimentos principais descrevem a referida dinâmica desse processo (Didier Jr.; Zaneti Jr.; Oliveira, 2020; França; Nóbrega, 2021). Primeiro, ocorre a abertura dialógica, com participação inicial dos envolvidos, ampla coleta de informações e construção conjunta da agenda. Depois, vem a flexibilidade procedimental, pois não há rito fixo e o juiz ajusta o processo conforme as necessidades do caso. Em terceiro lugar, observa-se a iteratividade, marcada por ciclos contínuos de ação, avaliação e ajuste (*rolling rule*). Além disso, a transparência garante divulgação pública de dados, metas e relatórios. Por fim, a coprodução e a governança cooperativa orientam a implementação conjunta das decisões, sob coordenação judicial. Assim, o processo se converte em um ambiente de aprendizagem institucional contínua, no qual a Administração se reorganiza progressivamente com apoio e supervisão do Judiciário (Sabel; Simon, 2017; Medina, 2023).

O processo estruturante, assim, por lidar com violações sistêmicas e reorganização de políticas públicas, demanda um conjunto específico de princípios que orientam sua estrutura, sua dinâmica e sua forma de decisão. Esses princípios diferem parcialmente daqueles aplicáveis aos litígios tradicionais, pois atendem às exigências de participação, flexibilidade procedimental, monitoramento contínuo e cooperação interinstitucional (Didier Jr.; Zaneti Jr.; Oliveira, 2020; Vitorelli, 2019).

Ressalta-se que qualquer processo estruturante tem como fundamento central a efetividade. O Judiciário atua, portanto, para fazer cessar violações sistemáticas de direitos fundamentais, assegurando o funcionamento mínimo e constitucionalmente adequado da política pública (França; Nóbrega, 2021; Medina, 2023). Esse princípio legitima intervenções estruturais quando os mecanismos administrativos tradicionais se mostram insuficientes, inadequados ou ineficazes. Nessa perspectiva, conforme Garcia e Lima (2023), o princípio da cooperação orienta a construção compartilhada do diagnóstico, a elaboração conjunta do plano estruturante, a revisão e os ajustes, bem como a coprodução de soluções.

Trata-se, portanto, de uma cooperação qualificada, que preserva a autonomia técnica da Administração e, ao mesmo tempo, mantém a função coordenadora do Judiciário. Além disso, a legitimidade democrática das decisões estruturantes decorre da participação efetiva dos grupos afetados, das instituições técnicas e da sociedade civil. Para tanto, o princípio da participação ampliada exige a realização de audiências públicas, mesas técnicas, consultas a especialistas, inclusão de grupos vulneráveis e diálogo intersetorial (França; Nóbrega, 2021; Medina, 2023). Com isso, amplia-se o conhecimento técnico disponível e reforça-se a legitimidade substancial da decisão.

Diante dessa lógica, a complexidade estrutural justifica que o processo não siga um rito rígido. Assim, o juiz pode moldar o procedimento às necessidades do caso, com fundamento no CPC/2015 (arts. 297, 536 e 139, IV). Essa flexibilidade permite decisões por etapas, revisões periódicas, criação de grupos de trabalho, produção de provas atípicas e adoção de técnicas de monitoramento (Didier Jr.; Zaneti Jr.; Oliveira, 2020). Desse modo, a abertura procedimental viabiliza a adaptação do processo à realidade institucional.

Paralelamente, o processo estruturante avança por ciclos sucessivos de implementação e revisão, conhecidos como *rolling rule*. Em vez de se adotar decisões definitivas e estáticas, privilegia-se a avaliação contínua, a correção de rotas, o replanejamento e os ajustes informados por evidências (Sabel; Simon, 2017; França; Nóbrega, 2021). Consequentemente, o princípio da iteratividade assegura aprendizado institucional e aprimoramento progressivo das políticas públicas. Outro ponto essencial é que a transformação estrutural depende de plena transparência. Nesse sentido, conforme discute Medina (2023), o princípio da transparência exige divulgação de metas, dados e indicadores, publicidade dos relatórios, acesso às informações pelos afetados e justificativas técnicas para cada decisão. Assim, a transparência aprimora o controle social, reduz assimetrias de informação e impede capturas administrativas.

Do mesmo modo, as decisões estruturais devem respeitar limitações reais, como

as orçamentárias, logísticas, técnicas e humanas da Administração Pública. Por isso, não se trata de impor obrigações impossíveis, mas de compatibilizar direitos fundamentais e restrições fáticas, priorizar medidas conforme critérios transparentes, planejar a execução dentro das capacidades existentes e evitar ordens inviáveis (Bucci, 2006). Com isso, o princípio da racionalidade administrativa protege a eficácia da decisão e preserva o equilíbrio federativo e institucional. Adicionalmente, o processo estruturante adota modelo de governança, e não de substituição da gestão pública. Assim, o Judiciário coordena, monitora, exige transparência e induz soluções, sem administrar diretamente a política pública (Medina, 2023; Garcia; Lima, 2023), mantendo-se divisão clara de papéis e responsabilidades.

Por fim, a intervenção judicial deve ser excepcional e temporária. Portanto, o processo deve encerrar-se quando a estrutura reorganizada atinge autonomia, os indicadores se estabilizam e os fluxos administrativos tornam-se sustentáveis (Didier Jr.; Zaneti Jr.; Oliveira, 2020). Esse cenário concretiza o princípio da temporalidade, que assegura respeito à separação de poderes e evita judicialização permanente da gestão pública. As medidas estruturantes, nesse sentido, devem ser proporcionais ao problema enfrentado, necessárias à superação da violação, adequadas à reorganização institucional e mínimas suficientes para assegurar a efetividade (Bucci, 2006). Evita-se, desse modo, intervenção excessiva e legitima-se o desenho gradual das decisões.

Finalmente, o processo estruturante incorpora a deliberação pública e a racionalidade argumentativa, garantindo decisões baseadas em evidências, justificativas transparentes, troca de razões e pluralidade de perspectivas (França; Nóbrega, 2021; Garcia; Lima, 2023). Com isso, a deliberação evita soluções unilaterais e reforça a legitimidade democrática. O processo estruturante encontra sólida ancoragem na Constituição Federal (Brasil, 1988), reitera-se, e sua legitimidade não deriva de um poder judicial expandido, mas sim da necessidade de efetivar direitos fundamentais e superar violações sistêmicas decorrentes da inação, insuficiência ou descoordenação administrativa (Bucci, 2006; Medina, 2023).

Nesse contexto, o modelo constitucional brasileiro, ao combinar densidade normativa em direitos sociais com mecanismos de controle e participação, acaba por fornecer base direta para a atuação judicial indutora, cooperativa e monitorada.

Os fundamentos constitucionais do processo estruturante revelam as bases normativas que legitimam sua utilização como técnica jurisdicional voltada à superação de violações estruturais e omissões estatais persistentes. Os fundamentos constitucionais do processo estruturante podem ser agrupados em cinco eixos: direitos fundamentais sociais,

inafastabilidade da jurisdição, separação de poderes em perspectiva cooperativa, democracia participativa e deliberação pública e controle de omissões e de estados de coisas inconstitucionais. Em primeiro lugar, no que se refere aos Direitos Fundamentais e ao Mínimo Existencial (arts. 1º, 3º, 5º e 6º), a Constituição de 1988 estabelece um catálogo abrangente de direitos sociais que impõem ao Estado deveres positivos cuja implementação depende de políticas públicas complexas (Brasil, 1988).

O processo estruturante, assim, se legitima porque assegura o mínimo existencial, combate situações de violação contínua, elimina obstáculos sistêmicos à realização dos direitos e exige que o Estado opere segundo padrões constitucionais mínimos (Bucci, 2006; França; Nóbrega, 2021). Quando o Estado falha de maneira estrutural, deixando populações desassistidas ou serviços desorganizados, surge a necessidade de intervenção judicial para reorganizar políticas públicas de forma cooperativa e monitorada.

Em segundo lugar, o princípio da Inafastabilidade da Jurisdição (art. 5º, XXXV) estabelece que nenhuma lesão ou ameaça a direito pode ser excluída da apreciação judicial (Brasil, 1988). Desse modo, diante de violações sistêmicas e persistentes, esse princípio exige respostas judiciais que ultrapassem ordens individuais e enfrentem a raiz estrutural da violação. Por conseguinte, a jurisdição não pode limitar-se a corrigir casos pontuais, mas deve atuar sobre filas públicas desorganizadas, políticas fragmentadas, serviços que deixam de cumprir sua função e práticas institucionais geradoras de desigualdade e exclusão (Medina, 2023; Garcia; Lima, 2023). Assim, o processo estruturante configura consequência lógica do próprio desenho constitucional da jurisdição.

Quanto à Separação de Poderes em Perspectiva Cooperativa, em terceiro lugar, a Constituição (art. 2º) adota modelo não rígido, mas interdependente, com controles recíprocos (*checks and balances*). Nesse sentido, o Judiciário não assume o papel do Executivo; ele coordena, induz e monitora, ao exigir planejamento, transparência e conformidade das políticas públicas com os parâmetros constitucionais (Brasil, 1988). Além disso, os fundamentos dessa atuação revelam que o Judiciário não cria políticas públicas, apenas assegura sua execução adequada.

A Administração mantém discricionariedade técnica, orçamentária e operacional e o juiz intervém apenas quando há omissão, ineficiência ou inconstitucionalidade estrutural (Bucci, 2006; Medina, 2023). Dessa forma, o processo estruturante não afronta a separação de poderes; ao contrário, reforça-a ao impor racionalidade, publicidade e responsabilidade aos gestores.

Em quarto lugar, a Democracia Participativa e a Deliberação Pública (arts. 1º,

parágrafo único, e 198, III) também sustentam o processo estruturante. A Constituição brasileira institucionalizou mecanismos participativos como conselhos, conferências, audiências públicas e controle social, especialmente nas políticas sociais (Brasil, 1988). Por essa razão, o processo estruturante se alinha a essa lógica ao incorporar participação dos afetados, escuta de equipes técnicas, articulação com conselhos setoriais e deliberação aberta e transparente (França; Nóbrega, 2021; Medina, 2023). Consequentemente, a legitimidade constitucional das decisões estruturantes decorre dessa governança participativa, que aproxima o processo judicial da organização administrativa democrática.

Em quinto lugar, o Controle Judicial de Omissões e de Estados de Coisas Inconstitucionais fortalece a necessidade de atuação estrutural. A Constituição permite e exige que o Judiciário controle omissões administrativas e legislativas, impeça a perpetuação de estados de coisas inconstitucionais e determine medidas adequadas para restaurar a ordem constitucional (BRASIL, STF, ADPF 347/DF). Assim, a doutrina e a jurisprudência reconhecem que, diante de violações massivas, generalizadas e contínuas, o Judiciário deve estruturar medidas coordenadas para cessar a inconstitucionalidade (França; Nóbrega, 2021; Garcia; Lima, 2023). O processo estruturante é enfim a técnica que organiza esse controle por meio das etapas: diagnóstico, plano, execução monitorada, estabilização e saída planejada.

Por fim, o Princípio da Razoabilidade, Proporcionalidade e Planejamento (arts. 37 e 174) também fundamenta o processo estruturante. O Estado deve agir segundo padrões de razoabilidade, eficiência e planejamento (Brasil, 1988). O processo estruturante reforça esses princípios ao exigir planejamento, estabelecer metas realistas, compatibilizar limites orçamentários com capacidade institucional e assegurar execução racional e cooperativa (Bucci, 2006; Medina, 2023). De forma resumida, esses fundamentos demonstram que o processo estruturante não constitui criação voluntarista, mas instrumento constitucional legítimo destinado a enfrentar violações sistêmicas e reorganizar instituições públicas conforme o texto constitucional.

3.4 Casos emblemáticos de processos estruturantes no Brasil

A consolidação do processo estrutural no contexto brasileiro tem ocorrido principalmente por meio de ações coletivas voltadas ao enfrentamento de problemas complexos e persistentes no âmbito das políticas públicas. A jurisprudência nacional revela um movimento crescente de utilização de instrumentos processuais capazes de produzir transformações institucionais, aproximando-se do modelo de *structural reform litigation*

desenvolvido nos Estados Unidos, conforme destacado por Fiss (1978).

Diversos casos têm se tornado paradigmáticos, ilustrando como o Judiciário passou a atuar de maneira contínua, dialógica e progressiva diante de violações estruturais de direitos fundamentais. O caso mais emblemático da atuação estrutural no Brasil é a ADPF 347, julgada pelo STF em 2015, na qual se reconheceu a existência de um Estado de Coisas Inconstitucional (ECI) no sistema prisional brasileiro. Constatou-se um quadro generalizado de violações de direitos fundamentais, marcado pela superlotação, insalubridade, deficiência estrutural e incapacidade estatal de garantir condições mínimas de dignidade aos presos.

O STF, adotando postura típica do processo estrutural, determinou um conjunto de medidas progressivas e articuladas, envolvendo a União, os Estados, o CNJ e demais órgãos públicos. A decisão produziu efeitos contínuos, exigindo planejamento, monitoramento e prestação de contas periódica, características alinhadas ao modelo teórico defendido por Marinoni, Arenhart e Mitidiero (2019) e Didier Jr. e Zaneti Jr. (2017).

Além do sistema prisional, diversas ações civis públicas envolvendo o SUS têm assumido contornos estruturantes. Dentre os temas mais recorrentes encontram-se: reorganização de filas de espera por cirurgias ou consultas especializadas; fornecimento e gestão de medicamentos de alto custo; abertura de novos leitos de UTI; reestruturação de hospitais públicos; e implementação de políticas de atenção básica e vigilância sanitária. Nesses casos, o Judiciário determina a elaboração de planos de ação e monitora seu cumprimento por meio de audiências públicas, relatórios interinstitucionais e participação técnica especializada. A lógica adotada revela a compreensão de que a tutela de saúde demanda respostas estruturais e coordenadas, como observam Farache (2021) e Castro (2018).

Outro exemplo significativo são as ações relativas à Cracolândia, em São Paulo, que envolveram questões de saúde pública, segurança, assistência social e políticas urbanas. O Poder Judiciário passou a atuar em conjunto com município, Estado, Defensoria Pública, Ministério Público e organizações da sociedade civil, buscando construir soluções integradas para um problema multifatorial. Um caso típico de processo estrutural que exige articulação entre diversas políticas públicas, adoção de medidas graduais e diálogo institucional contínuo. A intervenção judicial não se dá por ordem única, mas por um conjunto de determinações sucessivas, ajustáveis ao longo da implementação, em consonância com o modelo dialógico preconizado na doutrina brasileira contemporânea (Didier Jr.; Zaneti Jr., 2017).

Nesse cenário, o sistema socioeducativo brasileiro também tem sido objeto de processos estruturantes. Ações civis públicas têm buscado reestruturar unidades de internação de adolescentes, garantindo condições dignas, equipe técnica adequada, acesso à educação e

cumprimento das diretrizes do Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE). Tais ações demandam diagnósticos complexos, criação de cronogramas, reformas arquitetônicas, capacitação de servidores e monitoramento contínuo, elementos que reforçam o caráter estrutural do processo. Esses casos mostram que a atuação judicial transcende a decisão pontual e assume perspectiva de transformação institucional progressiva.

O saneamento básico é outro campo fecundo para o uso do processo estrutural, especialmente nas ações que visam à universalização do abastecimento de água, à expansão de redes de esgoto, à regularização de serviços essenciais e à proteção de populações vulneráveis afetadas pela falta de infraestrutura. Nessas demandas, a sentença não basta; é necessário um acompanhamento prolongado para garantir que as obras sejam executadas, que os investimentos sejam aplicados e que as políticas públicas funcionem de maneira coordenada.

Casos envolvendo regularização fundiária, remoções forçadas, urbanização de assentamentos precários e criação de habitações populares também têm assumido caráter estrutural. Neles, o Judiciário determina a elaboração de planos urbanísticos, consulta pública às comunidades, definição de cronogramas e ações conjuntas entre diferentes níveis de governo. Trata-se de matéria em que a intervenção judicial se torna inevitavelmente transformadora e progressiva.

Os casos emblemáticos brasileiros demonstram, finalmente, que o processo estrutural tem se consolidado como ferramenta indispensável para enfrentar problemas públicos complexos, nos quais a tutela jurisdicional tradicional mostra-se insuficiente. Ao exigir planejamento, participação social, monitoramento e medidas progressivas, o processo estrutural permite que o Judiciário atue de forma racional e coordenada na reconstrução de políticas públicas disfuncionais, em conformidade com a doutrina de Fiss (1978) e com o tratamento teórico desenvolvido no Brasil por Marinoni, Arenhart e Mitidiero (2019), Didier Jr. e Zaneti Jr. (2017), Castro (2018) e Farache (2021).

4. A DEFENSORIA PÚBLICA DA UNIÃO E OS LITÍGIOS ESTRUTURAIS NA SAÚDE: ORIGEM, FUNDAMENTOS E O SEU PAPEL

Ao longo das últimas décadas, a DPU consolidou-se como uma das instituições mais relevantes do sistema de justiça brasileiro, desempenhando papel essencial na promoção dos direitos fundamentais e no fortalecimento do regime democrático. A Constituição de 1988 marcou o ponto de partida dessa trajetória ao prever, em seu artigo 134, a criação da

Defensoria como instituição permanente e indispensável à função jurisdicional do Estado, incumbida da orientação jurídica, da promoção dos direitos humanos e da defesa, judicial e extrajudicial, dos necessitados, de forma integral e gratuita (Brasil, 1988).

4.1 Origem e os fundamentos da Defensoria Pública da União (DPU)

A DPU foi formalmente instalada em 1993, em um contexto de redemocratização do país e de expansão do catálogo constitucional de direitos fundamentais. Desde então, a instituição tem atuado como pilar de promoção da cidadania e de defesa dos direitos humanos, em especial de populações vulneráveis que, por insuficiência de recursos financeiros, encontram barreiras para acessar a justiça (DPU, 2013; NEAMP/PUC-SP, 2022; DIREITOS HUMANOS DPU, 2023). Ao longo de seus 30 anos de existência, comemorados em 2023, a Defensoria firmou-se como protagonista em diversas frentes, como saúde, previdência social, direitos do consumidor e defesa das minorias, transformando o princípio do acesso universal à justiça em realidade concreta para milhões de brasileiros (OAB, 2023; MPM, 2023).

Além de sua atuação direta no âmbito judicial, a DPU foi reconhecida como Instituição Nacional de Direitos Humanos, ampliando seu campo de incidência para a proteção, promoção e defesa de direitos fundamentais também em instâncias internacionais (Revista DPU, 2020). Essa dupla dimensão de atuação, ao mesmo tempo jurídica e social, evidencia que a Defensoria não se limita a oferecer assistência individual, mas também exerce função estratégica na indução e monitoramento de políticas públicas. Nessa perspectiva, sua prática institucional contribui para a concretização da igualdade material e para a efetividade dos direitos sociais de caráter prestacional, como a saúde, prevista no art. 196 da Constituição Federal (Silva, 2017).

É justamente nesse campo que a atuação da DPU se revela mais sensível e relevante: a defesa do direito fundamental à saúde. Em um país marcado por desigualdades estruturais, a Defensoria se tornou protagonista não apenas no ajuizamento de ações voltadas à garantia de tratamentos e medicamentos, mas também no acompanhamento de políticas públicas, desempenhando um papel de fiscalização e correção de falhas administrativas.

Nesse cenário, a Lei Complementar nº 80, de 12 de janeiro de 1994, surge como marco institucional ao organizar a Defensoria Pública da União, do Distrito Federal e dos Territórios, conferindo-lhe autonomia e delineando suas atribuições (Brasil, 1994). A norma regulamentou o art. 134 da Constituição, ao estabelecer que a missão primordial da DPU é prestar assistência jurídica integral e gratuita aos necessitados, compreendendo a defesa

judicial e extrajudicial, individual e coletiva (Moraes, 2019). A lei também disciplinou a atuação em interesses difusos, coletivos e individuais homogêneos, legitimando a DPU a propor ações civis públicas e a intervir em litígios de grande repercussão social, como os relacionados ao direito à saúde (Cunha; Silva, 2020).

No campo específico da saúde, a lei nº 80/1994 fundamenta a legitimidade da DPU em duas frentes: judicial, mediante ajuizamento de ações para assegurar acesso a medicamentos, tratamentos, internações e cirurgias; e extrajudicial, por meio de mediações, recomendações administrativas, participação em conselhos de saúde e articulações institucionais com secretarias de saúde e órgãos de controle (Nunes, 2018). A referida lei ainda garante à DPU atuação em todos os graus de jurisdição, incluindo os tribunais superiores, o que potencializa sua capacidade de influenciar a formulação de precedentes e de induzir políticas públicas a partir de decisões paradigmáticas (Streck; Mendes, 2021).

As alterações posteriores da citada lei, especialmente após a Emenda Constitucional nº 80/2014, reforçaram a autonomia e o alcance da Defensoria, assegurando sua presença em todas as unidades jurisdicionais e consolidando sua vocação como agente de transformação social (Brasil, 2014). Assim, no âmbito do direito à saúde, a DPU não apenas garante respostas individuais às demandas dos cidadãos, mas também contribui para o aprimoramento estrutural do SUS, onde sua atuação se projeta como instrumento de efetividade coletiva.

A Defensoria Pública foi alçada pela Constituição de 1988, art. 134, à condição de instituição essencial à função jurisdicional do Estado (Brasil, 1988). Ao lado do Ministério Público e da Advocacia Pública, integra o modelo institucional de salvaguarda das garantias democráticas que a doutrina convencionou denominar “funções essenciais à Justiça”. Conforme observa Sarmento (2006), a Constituição estruturou uma arquitetura institucional orientada à efetivação substantiva dos direitos fundamentais, atribuindo à Defensoria Pública papel central na promoção da igualdade material no acesso à justiça, “um dos direitos fundamentais mais relevantes para a democracia”.

Na mesma perspectiva, Tepedino (2010) ressalta que a proteção constitucional das pessoas vulneráveis demanda instituições especialmente vocacionadas ao atendimento do mínimo existencial, sobretudo no tocante aos direitos sociais. Para o autor, à Defensoria Pública incumbe transformar “a promessa constitucional em prestação concreta”. O art. 134 da Constituição, com as alterações introduzidas pela Emenda Constitucional nº 45/2004 e pela Emenda Constitucional nº 80/2014, consolidou diretrizes fundamentais para a instituição, tais como: sua configuração como garantia institucional voltada às populações vulneráveis, a

exigência de prestação jurídica integral, gratuita e com qualidade e a obrigação de presença em todas as unidades jurisdicionais para redução das desigualdades regionais (Brasil, 2004; 2014).

Ao determinar a atuação plena e capilarizada em todas as unidades jurisdicionais A Emenda Constitucional nº 80/2014 reforçou o lugar da DPU como instrumento indispensável à concretização dos direitos fundamentais sociais, especialmente do direito à saúde, cujo acesso é condicionado, de modo significativo, por determinantes socioeconômicos.

4.2 Natureza jurídica da Defensoria Pública da União (DPU)

A natureza jurídica da DPU tem sido analisada por diversos autores, com destaque para Moreira Neto (2006), que a insere no conjunto das “funções essenciais à Justiça”, concebidas como um quarto poder técnico voltado à proteção dos direitos fundamentais, e não como mero auxiliar do Executivo ou Judiciário. Para o autor, tais instituições compõem “uma esfera de garantia constitucional responsável por assegurar o funcionamento democrático do Estado”.

Sob esse entendimento, a DPU integra o Estado, mas não se confunde com seus órgãos de representação; possui legitimidade para atuar contra o Poder Público quando esta viola fundamental e tem vocação para a tutela de interesses transindividuais e coletivos e opera no âmbito da accountability horizontal, conforme concepção de O'Donnell (1998). Streck (2014) acrescenta que a Defensoria Pública não pode ser reduzida a um órgão técnico de assistência jurídica, pois constitui instituição de contenção das omissões estatais e guardiã dos direitos fundamentais sociais. Nas palavras do autor, a Defensoria cumpre função essencial na “superação das insuficiências das políticas públicas”, especialmente em contextos de precariedade estrutural.

Assim, a natureza jurídica da DPU extrapola a mera defesa individual, configurando-se como instituição constitucional voltada à promoção da igualdade e ao enfrentamento de falhas estruturais que impedem a concretização dos direitos fundamentais. No que se refere à autonomia funcional, administrativa e financeira conferida à Defensoria Pública pela EC n. 45/2004 e reforçada pela EC n. 80/2014, esta é tratada pela doutrina como condição indispensável ao exercício pleno de suas atribuições constitucionais. Vale (2011) destaca, nesse sentido, que a autonomia assegura à DPU a possibilidade de atuar “com independência crítica e sem subordinação política”, o que se revela essencial para a defesa de

grupos vulneráveis, especialmente em litígios em que o próprio Estado figura como réu.

Martins Júnior (2010) complementa que a autonomia institucional não se reduz à existência de orçamento próprio, abrangendo também a capacidade de formular prioridades administrativas, estruturar estratégias jurídicas com independência técnica e atuar livremente em litígios estruturais que envolvem políticas públicas. A ausência dessa autonomia comprometeria a própria razão de ser da Defensoria Pública, que, segundo Fiss (1979), deve desempenhar “protagonismo institucional na transformação social”, especialmente quando o litígio envolve omissões estatais de natureza estrutural, como ocorre nas filas prolongadas de cirurgias ortopédicas no SUS.

4.3 Função de promoção dos direitos humanos da Defensoria Pública da União (DPU)

A Constituição Federal e a Lei Complementar nº 80/1994 conferem à Defensoria Pública a função de promover os direitos humanos, compreendida como elemento estruturante da instituição. Nessa perspectiva, Piovesan (2010) sustenta que instituições democráticas de garantia devem atuar de forma não apenas reativa, mas proativa, promovendo processos de transformação social e enfrentando vulnerabilidades estruturais, especialmente nas áreas de saúde, moradia e assistência social. Essa função se desdobra em três dimensões.

- a) Dimensão individual: garantia de acesso à justiça e de proteção de direitos a pessoas em situação de vulnerabilidade;
- b) Dimensão coletiva: atuação voltada à proteção de grupos vulneráveis, alinhada ao entendimento de Gargarella (2013), para quem a superação de desigualdades requer “instituições vocacionadas ao reequilíbrio democrático” e
- c) Dimensão estrutural: voltada ao enfrentamento de falhas sistêmicas de políticas públicas, tais como: filas crônicas de cirurgias ortopédicas, omissões administrativas persistentes e deficiências na coordenação federativa.

Chayes (1976) e Fiss (1979) explicam que instituições como a DPU são fundamentais em processos estruturais, por exercerem função de mediação entre sociedade e Estado, articulando soluções, negociando políticas e monitorando sua implementação. No Brasil, Almeida (2012) e Pires (2018) reforçam o papel da Defensoria na democratização do sistema de justiça e na promoção ativa de direitos humanos, especialmente em contextos de desigualdade estrutural.

No âmbito da Defensoria Pública da União, a função de promoção dos direitos humanos é exercida de forma organizada, permanente e descentralizada, por meio de

estruturas institucionais específicas. Destaca-se, nesse contexto, a existência da Defensoria Nacional de Direitos Humanos, responsável pela coordenação temática em nível nacional, bem como a atuação de defensorias regionais e de defensores e defensoras designados para a pauta de direitos humanos nas unidades federais.

A DPU mantém grupos de trabalho (GTs) e comitês temáticos permanentes, voltados a diferentes eixos de proteção, tais como: população em situação de rua; saúde; migração, refúgio e apatridia; povos indígenas e comunidades tradicionais; enfrentamento ao trabalho escravo; população carcerária; direitos das mulheres; igualdade racial; direitos da população LGBTQIA+; e proteção socioambiental. Esses grupos atuam na sistematização de informações, no acompanhamento de políticas públicas e na formulação de estratégias institucionais.

Como parte de sua função de promoção dos direitos humanos, a DPU também desenvolve atividades de atuação extrajudicial, incluindo a expedição de recomendações, notas técnicas, ofícios institucionais, participação em reuniões interinstitucionais, audiências públicas e espaços de diálogo com órgãos do Poder Executivo e com a sociedade civil. Essas atividades visam prevenir violações de direitos, orientar a administração pública e fomentar a adoção de providências compatíveis com os parâmetros constitucionais e legais de proteção aos direitos humanos.

Outro aspecto relevante dessa função é a produção e divulgação de conhecimento institucional. A Defensoria Pública da União publica regularmente relatórios, informes e anuários temáticos, nos quais apresenta diagnósticos sobre a situação dos direitos humanos no Brasil, descreve suas principais frentes de atuação e sistematiza experiências institucionais. Entre esses documentos, destacam-se o *Informe Defensorial sobre a Situação dos Direitos Humanos no Brasil – 2024* (publicado em 2025) e o *Anuário do Sistema de Defensorias Nacional e Regionais de Direitos Humanos (2023–2024)*, que reúnem dados qualitativos e quantitativos sobre as atividades desenvolvidas no período.

A promoção dos direitos humanos pela DPU compreende, ainda, a atuação judicial, tanto em demandas individuais quanto coletivas, sempre que identificadas violações ou ameaças a direitos fundamentais. Essa atuação inclui a propositura de ações civis públicas, habeas corpus, mandados de segurança, ações constitucionais e outras medidas judiciais cabíveis, além da intervenção em processos como *custos vulnerabilis* ou *amicus curiae*, quando pertinente.

Por fim, a Defensoria Pública da União também desempenha papel relevante na articulação com organismos nacionais e internacionais, contribuindo para o cumprimento de

compromissos assumidos pelo Estado brasileiro em matéria de direitos humanos e para a difusão de parâmetros normativos internacionais no âmbito das políticas públicas e da atuação estatal.

Em síntese, a função de promoção dos direitos humanos da Defensoria Pública da União constitui atividade institucional contínua e multifacetada, exercida por meio de instrumentos normativos, administrativos, extrajudiciais e judiciais, com o objetivo de assegurar a proteção dos direitos fundamentais e ampliar o acesso à justiça no âmbito federal.

4.4 A atuação coletiva e resolutiva da Defensoria Pública da União (DPU)

Enquanto instituição essencial à função jurisdicional do Estado (art. 134, CF/1988), a DPU vem assumindo, nas últimas décadas, papel relevante na tutela de direitos coletivos, especialmente no âmbito da saúde pública. Sua atuação resolutiva, que prioriza soluções estruturantes, dialógicas e preventivas, encontra fundamento no movimento contemporâneo de fortalecimento dos mecanismos consensuais e na lógica dos processos estruturais (Fiss, 1979; Chayes, 1976).

Segundo Chayes (1976), o processo estrutural é caracterizado pela “gestão judicial de políticas públicas complexas, com múltiplos atores e foco em reformas institucionais”. Já Fiss (1979) afirma que o papel das instituições de justiça é transformar estruturas sociais quando estas vierem a violar direitos fundamentais. Essa concepção dialoga diretamente com as práticas resolutivas da DPU, especialmente em contextos de ineficiência estatal na gestão do SUS. Ao atuar em litígios de saúde de caráter coletivo e estrutural, como filas de cirurgias ortopédicas, a DPU exerce papel de agente indutor de mudanças sistêmicas, atuando para além do litígio individual, como defendem Gidi (2007) e Cappelletti (1978), que destacam o papel das instituições públicas na defesa de interesses difusos e coletivos em sociedades complexas.

A atuação extrajudicial configura dimensão essencial da atuação institucional da Defensoria Pública da União, especialmente no fortalecimento de práticas resolutivas e preventivas de acesso à justiça. A atuação extrajudicial da DPU constitui um dos eixos centrais de sua função resolutiva. Expressa-se por meio de intervenções preventivas e dialógicas, privilegiando a solução de conflitos com menor custo social e maior celeridade. Nesse contexto, a literatura de acesso à justiça de Cappelletti e Garth (1978) destaca que a “terceira onda” de efetivação de direitos envolve justamente estratégias extrajudiciais e instituições vocacionadas à inclusão de grupos vulneráveis, papel desempenhado pela

Defensoria Pública.

A extrajudicialidade abrange mediações e reuniões interinstitucionais, orientadas à construção de fluxos administrativos eficientes, expedição de recomendações, visando corrigir falhas administrativas antes da judicialização, negociação de planos de ação com gestores do SUS e monitoramento administrativo da implementação de políticas públicas. Autores como Bucci (2006) e Arretche (2010) afirmam que políticas públicas são sistemas complexos e dependem de atuação coordenada de diversos atores. Nesse sentido, a DPU se consolida como agente articulador entre sociedade civil e administração pública, contribuindo para o aperfeiçoamento estrutural da política de saúde.

Nesse sentido, a atuação extrajudicial é particularmente relevante nos casos de filas de cirurgias eletivas ortopédicas, em que a construção de soluções coletivas pode gerar resultados mais rápidos e eficientes que demandas individuais pulverizadas.

A atuação judicial da Defensoria Pública da União representa dimensão fundamental de sua função institucional na defesa coletiva de direitos sociais, especialmente no âmbito da saúde pública. No campo judicial, a DPU exerce papel determinante como legitimada à propositura de ações coletivas e estruturais em defesa de usuários do SUS. Conforme Gidi (2007), a tutela coletiva representa ferramenta indispensável para garantir isonomia, racionalidade e efetividade na proteção de direitos fundamentais sociais. A atuação judicial estruturante da DPU se aproxima, assim, da concepção de processo estrutural defendida por Fiss (1979), que entende o Judiciário como instituição apta a reorganizar estruturas administrativas quando estas resultam em violações persistentes de direitos.

No mesmo sentido, Chayes (1976) observa que litígios estruturais exigem participação de múltiplos atores e soluções adaptativas, características presentes em ações sobre políticas de saúde. No caso das cirurgias ortopédicas, a judicialização coletiva permite estabelecer metas e cronogramas de realização dos procedimentos, garantir transparência na gestão das filas e na regulação, determinar ampliação de capacidade instalada ou ajustes de pactuações interfederativas e promover fiscalização permanente das políticas implementadas.

Assim, a atuação judicial da DPU não busca apenas a concessão de cirurgias para indivíduos, mas sim a reorganização sistêmica da política pública de saúde municipal e federal, alinhando-se ao paradigma contemporâneo da jurisdição estrutural.

As audiências públicas, as recomendações e os Termos de Ajustamento de Conduta configuram instrumentos centrais da atuação resolutiva da Defensoria Pública da União, especialmente na construção de soluções coletivas e estruturais no campo da saúde. Os instrumentos resolutivos empregados pela DPU representam ferramentas essenciais para a

promoção de soluções sistêmicas, coerentes com o modelo democrático e participativo de administração pública. Amparadas pela teoria deliberativa de Habermas (1997), as audiências públicas funcionam como espaços de diálogo institucional e social. A DPU utiliza tais instrumentos para dar voz a grupos vulneráveis, promover transparência na gestão do SUS, coletar informações técnicas e sociais para subsidiar ações coletivas e fomentar pactuação entre gestores e sociedade. Habermas (1997) concebe que processos decisórios legítimos exigem deliberação extrajudicial pública e participação cidadã, elementos integrados à prática da DPU.

As recomendações, por sua vez, constituem mecanismo extrajudicial de indução de condutas administrativas. Segundo Bucci (2006), esses instrumentos se alinham ao modelo de “direito administrativo consensual”, no qual a administração é instada a cumprir padrões mínimos de eficiência, transparência e respeito a direitos fundamentais. Os Termos de Ajustamentos de Condutas (TAC) representam, nesse contexto, importante ferramenta para garantir cumprimento de políticas públicas com maior flexibilidade e ausência de litigiosidade excessiva. Para Canotilho (2003), são instrumentos consensuais auxiliam no cumprimento do princípio da eficiência e na concretização dos direitos fundamentais sociais.

Os TACs celebrados pela DPU frequentemente incluem compromissos de redução da fila cirúrgica, criação de fluxos internos de regulação, estabelecimento de metas quantitativas e qualitativas e garantia de financiamento e execução orçamentária adequada. Reforçam, desse modo, a característica estruturante da atuação da DPU, indo além da solução de casos individuais e promovendo reorganização sustentável da política pública.

4.5 O Papel da Defensoria Pública da União em Litígios Estruturais

A atuação da DPU nos litígios estruturais envolvendo políticas públicas de saúde consolida-se como vetor indispensável para o aperfeiçoamento das capacidades estatais e para a promoção de transformações sistêmicas. Em razão de sua missão constitucional, voltada à promoção dos direitos humanos e à defesa dos necessitados, de forma integral e gratuita, a instituição reúne condições específicas para intervir em conflitos complexos, persistentes e multissetoriais, típicos das demandas relacionadas à saúde pública, especialmente na seara das cirurgias ortopédicas eletivas.

Segundo Fiss (1979), nos litígios estruturais o Judiciário atua tanto para resolver um “caso individual” quanto para transformar condições institucionais e padrões de conduta estatais, de modo a superar violações contínuas de direitos fundamentais. O autor destaca que

tais litígios “exigem a reorganização de burocracias e a revisão de práticas governamentais ilegais” (Fiss, 1979, p. 26). É justamente esse ambiente que envolve as filas de cirurgias eletivas, cujo problema ultrapassa a esfera individual e revela falhas sistemáticas na gestão pública.

A capacidade institucional da Defensoria Pública da União (DPU) destaca-se como elemento determinante para sua atuação estratégica em litígios estruturais e na transformação de políticas públicas. A DPU apresenta um conjunto de capacidades institucionais que a qualificam como agente estratégico em litígios estruturais. O conceito de “capacidades institucionais” é discutido por autores como Dahl (1998) e Skocpol (1985), referindo-se à habilidade de uma instituição produzir efeitos concretos na mudança de políticas públicas. No âmbito brasileiro, Coutinho (2013) sustenta que instituições como a Defensoria Pública podem funcionar como “atores estruturantes”, capazes de articular soluções complexas e dialogadas.

A Constituição Federal, ao atribuir à Defensoria Pública a defesa dos necessitados (art. 134), cria um desenho institucional que combina a capacidade técnica (por meio de defensores especializados), capacidade de mobilização social, proximidade com grupos vulneráveis, legitimidade democrática e legitimação processual ativa ampla, incluindo ações civis públicas e coletivas. Autores como Cappelletti e Garth (1988) já apontavam que a ampliação do acesso à justiça depende de instituições capazes de atuar para além da representação individual, influenciando padrões estruturais de desigualdade. A DPU, nesse sentido, cumpre papel essencial ao identificar violências institucionais invisíveis: como filas desorganizadas, falta de transparência e ineficiência administrativa.

Assim, a capacidade institucional da DPU não é apenas jurídica, mas também social e democrática, permitindo-lhe operar como ponte entre comunidades vulneráveis e o Estado, função que a torna particularmente apta a conduzir litígios estruturais na saúde.

A articulação da Defensoria Pública da União (DPU) com órgãos de controle revela-se elemento indispensável para a efetividade dos litígios estruturais e para a construção de respostas institucionais coordenadas às violações de direitos fundamentais. Os litígios estruturais exigem a construção de redes interinstitucionais. Conforme Chayes (1976), o processo estrutural é marcado pela multiplicidade de partes e pela colaboração entre instituições públicas, superando a lógica adversarial tradicional. Isso implica que a DPU atua não isoladamente, mas articulada com outros órgãos de fiscalização e controle. O Ministério Público Federal (MPF), parceiro na defesa coletiva, compartilha informações, investigações e ações articuladas. Segundo Arantes (2002), o Ministério Público desempenha papel

fundamental na indução de políticas públicas, e a integração com a DPU potencializa essa função.

A Controladoria-Geral da União (CGU), por sua vez, atua na identificação de falhas administrativas, desvios e problemas de gerenciamento. Fix-Fierro (2003) afirma que órgãos de controle interno são determinantes para o fortalecimento do Estado de Direito e para deixar as políticas públicas mais transparentes. O Tribunal de Contas da União (TCU) fiscaliza gastos e eficiência da administração. De acordo com O'Donnell (1999), instituições de accountability horizontal são cruciais para reduzir práticas arbitrárias e garantir políticas públicas mais eficientes.

O Ministério Público Estadual, os Tribunais de Contas dos Estados e a DPU dialogam com instituições estaduais, sobretudo quando a fila cirúrgica envolve gestão municipal e pactuações locais. A articulação com esses órgãos amplia a densidade decisória das ações estruturais, permitindo diagnósticos mais completos e soluções mais sólidas. Como destaca Wang (2014), a judicialização da saúde pode ser produtiva quando acompanhada por “governança cooperativa” envolvendo múltiplas instituições.

O diálogo da Defensoria Pública da União (DPU) com os entes federativos configura aspecto central para a efetividade das decisões estruturais no campo da saúde e para a coordenação do Sistema Único de Saúde. A implementação de decisões estruturais em saúde exige coordenação federativa. No Brasil, a gestão tripartite do SUS pressupõe corresponsabilidade entre União, estados e municípios. Como observa Silva (2010), o federalismo brasileiro é marcado por interdependência, o que torna necessária a criação de mecanismos de coordenação vertical e horizontal entre os entes. Ao atuar em litígios que envolvem cirurgias eletivas, a DPU precisa dialogar com a União, que financia e normatiza parte dos serviços; com o Estado, que é o responsável por unidades de média e alta complexidade e com o município, que é o gestor direto do SUS local e responsável pela regulação de filas.

Chayes (1976) destaca que o processo estrutural demanda ordens flexíveis, adaptáveis às capacidades e limitações de cada ente governamental. Por isso, a DPU, ao conduzir litígios estruturais, deve fomentar a negociação contínua, planos de ação compartilhados, metas progressivas, monitoramento periódico e corresponsabilidade federativa. A literatura sobre políticas públicas (Kingdon, 2011), nesse contexto, enfatiza que mudanças estruturais só ocorrem quando há convergência entre atores institucionais, fluxos decisórios e janelas de oportunidade. A DPU, ao articular essa convergência, cumpre papel estratégico na redução das filas cirúrgicas e na reconstrução das capacidades estatais.

5 A ATUAÇÃO ESTRUTURANTE DA DEFENSORIA PÚBLICA DA UNIÃO NAS CIRURGIAS ORTOPÉDICAS ELETIVAS EM FORTALEZA: ESTUDO DE CASO E ANÁLISE EMPÍRICA

No presente estudo, a atuação da Defensoria Pública da União (DPU) será analisada sob a lente do conceito de “agente estruturante”, conforme delineado por Fiss (1979, 1983), Vitorelli e Casimiro (2022) e Jobim (2022), e operacionalizada empiricamente com base em quatro critérios analíticos principais, extraídos da doutrina especializada e da análise dos autos da ACP n.º 0002012-48.2006.4.05.8100:

1. Indução de governança interinstitucional: verifica-se se a DPU contribui para a construção de espaços de deliberação conjunta com entes federativos, órgãos de controle e Poder Judiciário, atuando não como mera parte processual, mas como articuladora de soluções coordenadas e legitimadas socialmente;
2. Reconfiguração de fluxos administrativos e organizacionais: avalia-se se a atuação da DPU provoca alterações nos fluxos de regulação, acesso e priorização de cirurgias ortopédicas, especialmente no que se refere à criação de sistemas integrados de fila, definição de critérios clínicos de priorização e padronização de procedimentos;
3. Produção e exigência de mecanismos de transparência e controle social: identifica-se se a DPU atua na implementação ou fortalecimento de instrumentos que assegurem a rastreabilidade da fila, a publicidade dos critérios e o acesso da população à informação sobre sua posição e direitos no processo regulatório;
4. Redução da judicialização individual fragmentada: observa-se se a atuação estrutural da DPU substitui ou minimiza a necessidade de demandas individuais isoladas, promovendo soluções coletivas e sistêmicas que previnem novas violações e ampliam o acesso equitativo à política pública de saúde.

A análise empírica dos documentos processuais, dos dados do SISDPU e das atas de audiências permitirá verificar a presença e a intensidade desses critérios ao longo do desenvolvimento da ACP, caracterizando ou não a DPU como agente estruturante no enfrentamento da crise das cirurgias ortopédicas eletivas em Fortaleza.

No contexto brasileiro, a Defensoria Pública é reconhecida como uma das instituições vocacionadas ao enfrentamento de desigualdades estruturais. Para Sarlet (2012), o acesso à justiça de grupos vulneráveis depende da atuação de instituições que tenham “capacidade de mobilizar mecanismos coletivos de implementação de direitos fundamentais”

(Sarlet, 2012, p. 89). Assim, quando a DPU atua em litígios que envolvem falhas sistêmicas, como a ausência de políticas adequadas para cirurgias eletivas ortopédicas, ela transcende a função meramente assistencial, assumindo um papel de indutora de mudanças estruturais.

A atuação da Defensoria Pública da União (DPU) na ACP das cirurgias ortopédicas eletivas em Fortaleza pode ser descrita, nesta pesquisa, como atuação agente estruturante de uma política pública complexa, mais do que simples representação judicial de indivíduos. Tomando como ponto de partida o acervo de Procedimentos de Assistência Jurídica (PAJs) relacionados à demora em cirurgias ortopédicas eletivas perante a DPU em Fortaleza, observa-se um padrão recorrente: pacientes em fila há anos, forte impacto funcional (dor, incapacidade para o trabalho, dependência de terceiros) e ausência de informações claras sobre posição na fila, critérios de priorização e previsibilidade de atendimento.

Esses casos individuais revelam situações de vulnerabilidade intensificada – econômica, social e informacional – e funcionam, na pesquisa, como “sensores” de disfunções mais amplas do sistema de regulação cirúrgica.

Os Procedimentos de Assistência Jurídica (PAJs) registrados na Defensoria Pública da União em Fortaleza são tratados como dados empíricos primários, em conformidade com a abordagem qualitativa aplicada à análise de políticas públicas e ao processo estrutural. Tais registros administrativos, ainda não judicializados, constituem manifestações iniciais de cidadãos em situação de vulnerabilidade diante de falhas sistêmicas do SUS, especialmente quanto à regulação e acesso a cirurgias ortopédicas eletivas.

A opção por utilizar os PAJs como fonte empírica central justifica-se por sua capacidade de captar a experiência vivida dos usuários, revelando padrões de exclusão, invisibilidade institucional e demora prolongada no acesso ao tratamento cirúrgico. Além disso, os PAJs funcionam, metodologicamente, como sensores de disfunções estruturais, permitindo à pesquisa conectar o nível micro (casos individuais) ao nível macro (desenho da política pública), conforme sugerido por Vitorelli e Casimiro (2022) ao abordar o papel da Defensoria Pública em litígios estruturais.

A sistematização desses dados permitiu identificar elementos recorrentes como: tempo de espera superior a quatro anos, ausência de informação sobre posição na fila, lacunas na classificação clínica e inatividade de solicitações por falhas cadastrais. Tais evidências fundamentam a análise da DPU como agente estruturante, por meio da transformação de demandas pulverizadas em diagnósticos institucionais qualificados e da indução de respostas sistêmicas no âmbito da Ação Civil Pública analisada.

Em termos metodológicos, a análise dos PAJs permite ligar o micro (histórias individuais) ao macro (desenho e governança da política pública), justificando a opção da DPU por uma ACP estrutural em vez de mera multiplicação de demandas individuais.

O movimento de “escalar” os conflitos aparece com clareza na ACP estrutural ajuizada conjuntamente por DPU e MPF em face da União, Estado do Ceará, município de Fortaleza e Ebserh, voltada à regularização e à publicidade das filas de cirurgias eletivas no SUS. Notícia institucional da própria DPU registra que, no âmbito dessa ACP, foram realizadas inspeções no Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC) para verificar a situação das filas, e que o processo levou à homologação de parâmetros de classificação de prioridade e à organização das filas de espera de pacientes que aguardam cirurgia eletiva. Trata-se de típica dinâmica estrutural: o processo deixa de ser apenas um litígio sobre um “direito a operar”, para se transformar em espaço de desenho e correção de fluxos, critérios e instrumentos de transparência.

A distinção entre a Ação Civil Pública tradicional e a Ação Civil Pública estrutural constitui elemento central para a compreensão da atuação da Defensoria Pública da União no caso das cirurgias ortopédicas eletivas em Fortaleza. Conforme sistematizado por Vitorelli e Casimiro (2022), a ACP tradicional é marcada por uma lógica pontual e reparatória, voltada à imposição de uma obrigação de fazer ou não fazer específica, normalmente delimitada no tempo e direcionada à correção de uma violação individual ou de um conjunto restrito de situações homogêneas. Nessa modalidade, o foco do processo recai sobre o resultado imediato, como a realização de um procedimento, o fornecimento de um serviço ou o cumprimento de um dever administrativo previamente definido.

Em contraste, a Ação Civil Pública estrutural tem como objeto não apenas a violação de um direito, mas a estrutura institucional que produz reiteradamente essa violação. Segundo Vitorelli (2020), trata-se de processos voltados à correção de falhas sistêmicas, nos quais o problema jurídico reside no desenho, na governança ou na execução da política pública, e não em um ato isolado do Poder Público. Nessa perspectiva, a tutela jurisdicional não se exaure em uma ordem única e definitiva, mas se desenvolve de forma progressiva, dialógica e monitorada, com a construção de soluções ao longo do tempo.

Jobim (2022) destaca que, nos processos estruturais, a ACP deixa de ser instrumento meramente sancionatório para se tornar espaço institucional de reorganização administrativa, no qual se discutem critérios de priorização, fluxos decisórios, mecanismos de transparência, formas de financiamento e responsabilidades interfederativas. A decisão judicial, nesses casos, atua como marco de indução, estabelecendo parâmetros, metas e

deveres de cooperação, sem substituir integralmente o gestor público.

Aplicada ao caso das cirurgias ortopédicas eletivas, essa distinção é particularmente relevante. Enquanto uma ACP tradicional poderia limitar-se a determinar a realização de cirurgias específicas ou o atendimento imediato de determinados pacientes, a ACP estrutural ajuizada com participação da DPU busca organizar as filas de espera, definir critérios clínicos objetivos, assegurar publicidade e rastreabilidade das listas, induzir a criação de sistemas integrados de regulação e fomentar a governança interinstitucional entre União, Estado e Município. Assim, o processo passa a operar como instrumento de reconfiguração da política pública, e não apenas como meio de satisfação pontual de pretensões individuais.

Nesse contexto, a Defensoria Pública da União se posiciona como ponte institucional entre a política pública formal e sua execução concreta, atuando simultaneamente como fiscalizadora da legalidade, guardiã da equidade e interlocutora entre os entes federativos. Por sua vez, o processo judicial estruturante transforma-se em arena de coordenação federativa, na qual se articulam responsabilidades da União, dos Estados e dos Municípios, superando a fragmentação típica do federalismo sanitário brasileiro. Tal configuração permite que o direito processe e viabilize soluções cooperativas para falhas sistêmicas, conectando os campos do direito público, da governança de políticas públicas e do pacto federativo no SUS.

Ao mesmo tempo, essa atuação estrutural da DPU não se dá no vácuo, mas se articula com políticas nacionais e estaduais de enfrentamento das filas, em especial o Programa Nacional de Redução de Filas (PNRF) e o Programa Estadual/Mutirão de Cirurgias Eletivas. No Ceará, a Secretaria da Saúde (Sesa) noticia que, só em 2023, mais de 25 mil cirurgias eletivas foram realizadas na rede estadual e credenciada, e que, em 31 de janeiro de 2023, a fila combinada da regulação estadual e de Fortaleza alcançava 68 mil pessoas aguardando cirurgia (SESA). O PNRF, com recursos federais específicos, foi estruturado para financiar parte desse esforço, tendo meta de cerca de 15.900 cirurgias no estado, enquanto o plano estadual previa aproximadamente 29 mil procedimentos, totalizando cerca de 45 mil intervenções programadas.(Ceara.gov.br) Em contexto de tamanha demanda reprimida, a ACP da DPU deixa de ser mero “caso judicial” e passa a funcionar como mecanismo de governança, pressionando para que os recursos e programas nacionais sejam utilizados de maneira planejada, transparente e equânime, sobretudo em relação aos pacientes em maior vulnerabilidade.

No plano da governança dos mutirões cirúrgicos, a estrutura construída no Ceará combina investimentos financeiros (Plano Estadual, PNRF e Plantão Cirurgias 24 horas) com

ferramentas de gestão e transparência. O Plantão Cirurgias 24h, vinculado à Sesa, permite que pacientes acompanhados pela Central de Regulação do Estado consultem sua posição na fila por meio da plataforma Saúde Digital e do aplicativo Ceará APP, reforçando a transparência sobre a ordem de chamada e deixando claro que a fila pode ser “furada” apenas em duas hipóteses: maior gravidade clínica (priorização) ou determinação judicial. A DPU, ao litigar estruturalmente, insere-se nesse arranjo como ator que cobra coerência entre essas ferramentas e a realidade dos usuários vulneráveis: exige atualização de cadastros, monitora se os critérios de priorização são de fato observados e intervém quando decisões judiciais pontuais ameaçam desorganizar a fila e prejudicar a coletividade.

A regulação e a transparência das filas formam outro eixo central da atuação estruturante. Do ponto de vista municipal, a criação do Sistema Integrado de Cirurgias (SIC) pela Prefeitura de Fortaleza, em parceria com a Justiça Federal, MPF, DPU, Defensoria Pública do Estado e Governo do Estado do Ceará, representou marco importante: o sistema unifica a base de dados das filas de cirurgias eletivas em toda a rede pública e conveniada de Fortaleza e permite que o paciente, mediante cadastro com CPF, acompanhe sua posição, enquanto órgãos de controle (Ministérios Públicos, Defensorias) monitoram o funcionamento da fila.(fortaleza.ce.gov.br) No início, o SIC foi implantado exatamente sobre o “gargalo” ortopédico – cirurgias eletivas de ortopedia no HGF e no HUWC –, tendo sido saudado por defensora pública federal como um “marco” em termos de transparência e diagnóstico dos problemas estruturais.

No plano federal, a Justiça Federal do Ceará relata que o Sistema Integrado de Cirurgia é fruto de trabalho conjunto entre JFCE, MPF, DPU, Defensoria estadual, Prefeitura, Governo do Estado, AGU, Procuradorias e Ministério da Saúde, sendo originado de ACPs que buscavam primeiro regularizar as filas de cirurgias ortopédicas de alta complexidade, e depois, por meio de nova ACP, estender a lógica de regulação e transparência para todas as cirurgias eletivas do estado. A mesma notícia registra que, com a existência de uma fila única, pública e rastreável, houve redução do número de ações individuais questionando posição em fila, o que confirma empiricamente a ideia de que a estruturação da política pública pode reduzir a litigiosidade pulverizada.

Em termos de critérios de priorização, o Ceará adota o protocolo *SWALIS* (*Surgical Waiting List Info System*) para organizar a fila de cirurgias eletivas. Nota técnica enviada ao Ministério Público do Ceará detalha que pacientes classificados como A1 (risco de deterioração clínica iminente, necessidade de hospitalização) e A2 (atividades diárias completamente prejudicadas por dor, disfunção ou incapacidade, com risco de incurabilidade)

são priorizados em detrimento da ordem cronológica. As demais categorias (B, C, D) graduam distintos níveis de prejuízo nas atividades diárias, sendo, em regra, ordenadas cronologicamente.

A mesma nota disciplina a reativação de pacientes não localizados, o tratamento de desistências, a proibição de duplicidade de filas para o mesmo procedimento e a centralização da alteração de estabelecimento executor na Central de Regulação de Cirurgias Eletivas, para dar celeridade ao andamento da fila. Nesse cenário, a DPU atua como guardião da coerência entre esses critérios normativos e a prática concreta. Quando a instituição acompanha inspeções em hospitais, participa de audiências e monitora a execução das ACPs estruturais, ela verifica se a classificação SWALIS está sendo corretamente aplicada para pacientes ortopédicos, se as reclassificações são registradas de forma fidedigna e se decisões judiciais individuais estão sendo inseridas no sistema sem desorganizar a fila e sem injusta preterição de outros pacientes em situação de igual ou maior gravidade. Essa dimensão fiscalizatória é típica de um agente estruturante: a Defensoria não substitui o gestor, mas controla o alinhamento entre a política formalizada e a realidade do usuário vulnerável.

A atuação da DPU e o próprio desenho da ação civil pública estrutural devem ser compreendidos não apenas sob a ótica da gestão pública, mas à luz dos princípios constitucionais da isonomia material e da justiça distributiva em saúde. Ao exigir critérios clínicos objetivos, publicização das filas e racionalidade na alocação dos recursos do SUS, o processo estrutural não visa tratar todos igualmente, mas tratar desigualmente os desiguais, conforme suas necessidades específicas, como impõe o art. 5º, caput, e o art. 196 da Constituição Federal. Em contextos de escassez, como o das cirurgias ortopédicas eletivas, a ausência de regulação transparente e a judicialização fragmentada favorecem quem tem mais informação, recursos ou acesso jurídico, gerando preterição injusta de pacientes mais vulneráveis. Assim, o processo estruturante funciona como instrumento de equalização de oportunidades no acesso à saúde, promovendo uma ordenação equitativa da fila que materializa a justiça distributiva e concretiza o direito à saúde como direito fundamental de todos e dever do Estado, com base em critérios legítimos, públicos e verificáveis.

A governança dos mutirões de cirurgias ortopédicas, por sua vez, aparece hoje fortemente judicializada e cooperativa. Em audiência realizada em 9 de dezembro de 2024, a Justiça Federal no Ceará, no bojo da ACP 0002012-48.2006.4.05.8100, reuniu Sesa, Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, COSEMS-CE, Ministério da Saúde, MPF, MPCE, DPU e outros atores para discutir, à luz da perspectiva estrutural, a reserva de percentual mínimo de recursos federais especificamente para cirurgias ortopédicas eletivas no

HGF e no HUWC, com vistas a reduzir o tempo de espera e o estoque de pacientes na fila. Esse tipo de espaço processual mostra a DPU não como peticionária isolada, mas como participante ativa da governança, trazendo ao debate os dados colhidos nos PAJs, nas inspeções e nas reclamações cotidianas dos usuários do SUS.

Do ponto de vista dos resultados e boas práticas, pode-se destacar:

- a) A criação de filas únicas, públicas e auditáveis (SIC municipal, sistemas estaduais integrados ao Fastmedic e ao Saúde Digital), nas quais o paciente pode consultar posição e status da solicitação;
- b) O uso de critérios clínicos padronizados (SWALIS) para priorização, limitando o peso da ordem cronológica pura e substituindo o “jeitinho” por parâmetros objetiváveis;
- c) A combinação de planos federal e estadual (PNRF e Plano Estadual de Redução de Filas), que incrementou o volume de cirurgias eletivas, inclusive ortopédicas, em unidades de referência como o Hospital Leonardo da Vinci;
- d) A diminuição de ações individuais discutindo posição em fila, substituídas por um processo estrutural que trata da transparência e do desenho da política de forma sistêmica.

Não obstante, a pesquisa também identifica limitações e gargalos relevantes. Ainda que a atuação coordenada da DPU e as soluções processuais estruturantes tenham promovido avanços relevantes, como maior transparência, racionalização da fila e fortalecimento da governança interinstitucional, é preciso reconhecer, com cautela analítica, que tais boas práticas não eliminam a falha estrutural de origem. Elas operam como instrumentos de mitigação dos efeitos da escassez e da desorganização, mas não substituem a expansão real da capacidade instalada, o aumento sustentado do financiamento público e o enfrentamento das desigualdades territoriais e institucionais que marcam o SUS. Nesse sentido, a judicialização estrutural contribui para reorganizar fluxos e critérios, mas não pode ser confundida com solução integral para problemas que exigem vontade política, investimento contínuo e fortalecimento do pacto federativo em saúde.

A Secretaria de Saúde do Ceará relata que, na qualificação inicial de parte da fila, cerca de 27% dos pacientes não foram localizados por telefone ou endereço, o que levou à inativação provisória de cadastros, ou seja, um problema típico de exclusão informacional, que afeta sobretudo os mais pobres e que exige políticas ativas de busca e atualização de dados, sob pena de “apagamento” de vulneráveis das filas oficiais.

Ademais, o número de solicitações de cirurgias eletivas permanece muito superior à capacidade de realização anual, como indicam dados do próprio sistema Fastmedic apresentados em comitês estaduais, o que mantém estruturalmente a existência de longas filas. Também há tensão permanente entre decisões judiciais individuais (muitas vezes obtidas por quem tem melhor acesso a advogado ou informação) e a lógica de priorização coletiva, o que exige atuação constante da DPU para compatibilizar a defesa de casos concretos com a preservação da fila qualificada.

À luz desse quadro, a atuação da DPU em Fortaleza pode ser sintetizada como a de um agente estruturante que opera em três planos interligados:

- (i) Micro, ao acolher pajs de usuários que aguardam cirurgias ortopédicas e transformar sua demanda em insumo diagnóstico;
- (ii) Meso, ao participar da construção e do aperfeiçoamento de instrumentos de regulação e transparência (CRIFOR, SIC, Saúde Digital, Plantão Cirurgias 24 horas, critérios SWALIS); e
- (iii) Macro, ao protagonizar acps estruturais, audiências e espaços de governança interinstitucional, nos quais se discute financiamento, metas, percentuais mínimos e fluxos regionais.

Nessa perspectiva, o papel da DPU vai muito além da defesa judicial pontual: trata-se de autêntica cogestão judicializada da política pública de cirurgias eletivas, em que a Defensoria, sem substituir o gestor, condiciona e orienta a forma como o sistema de saúde organiza suas prioridades, distribui recursos e produz respostas efetivas às necessidades dos pacientes ortopédicos vulneráveis.

5.1 Estudo de caso: cirurgias ortopédicas em Fortaleza

Para fins desta pesquisa, adota-se um recorte espacial restrito ao município de Fortaleza, considerando sua posição como principal centro regulador e executor da média e alta complexidade cirúrgica no estado do Ceará. O recorte temporal abrange o período de janeiro a agosto de 2025, com base nos dados extraídos do Sistema de Informação da Defensoria Pública da União (SISDPU). O foco analítico recai especificamente sobre a fila de cirurgias ortopédicas eletivas, dada sua relevância clínica, seu alto grau de demanda reprimida e seu papel como marcador das fragilidades estruturais do sistema de saúde pública local.

A análise das cirurgias ortopédicas eletivas no município de Fortaleza indica a existência de um cenário de crônica insuficiência estrutural, caracterizado por filas

prolongadas, capacidade instalada limitada e entraves administrativos na gestão da política pública de saúde. Esse quadro se insere no fenômeno nacional de sobrecarga do SUS, amplamente documentado pela literatura sobre políticas públicas de saúde (Arretche, 2010; Bahia, 2018; Paim, 2015). O primeiro elemento crítico identificado é o volume de usuários aguardando cirurgias ortopédicas.

Estudos sobre o tema demonstram que a fila cirúrgica no SUS constitui fenômeno recorrente em diversos municípios brasileiros, especialmente nas capitais, onde há sobrecarga das redes hospitalares e insuficiência de serviços especializados. Como aponta Mendes (2011, p. 233), “a demanda reprimida em ortopedia é um dos marcadores mais sensíveis da capacidade instalada do sistema e frequentemente evidencia falhas de planejamento e financiamento”.

Dados obtidos em relatórios municipais e registros do Sistema de Regulação demonstram número elevado de pacientes em espera em Fortaleza, concentrados sobretudo em procedimentos de média e alta complexidade, predominância de usuários idosos ou trabalhadores com sequelas incapacitantes e fila composta por condições que, sem cirurgia, tendem à piora progressiva, como artroses, fraturas não consolidadas e lesões ligamentares.

A literatura especializada alerta que a permanência prolongada em fila para procedimentos ortopédicos está associada ao agravamento do quadro clínico e à ampliação dos custos do tratamento, tanto para o paciente quanto para o sistema de saúde (Viana; Machado, 2020). O tempo de espera para realização das cirurgias constitui, segundo Cecílio (2012), indicador fundamental da efetividade do sistema público. Para o autor, “as filas e tempos de espera são expressão da desigualdade no acesso aos serviços de saúde e refletem a organização da rede e suas prioridades” (Cecílio, 2012, p. 118).

Relatórios internos e dados públicos indicam que o tempo médio de espera para cirurgias ortopédicas em Fortaleza pode ultrapassar mais de um ano, dependendo do procedimento, procedimentos de alta complexidade, como próteses articulares, acumulam filas históricas e internações prolongadas à espera de cirurgia representam custo adicional e risco assistencial. Esse quadro corrobora o diagnóstico feito por Paim *et al.* (2011) sobre os “pontos de estrangulamento” do SUS, especialmente na Atenção Especializada, marcada por subfinanciamento e insuficiência de leitos cirúrgicos.

A capacidade instalada da rede pública é elemento-chave para compreensão da fila cirúrgica. Como assinala Noronha (2013, p. 65), os sistemas de saúde “dependem de infraestrutura adequada e de disponibilidade de profissionais especializados para garantir resolutividade”. No caso de Fortaleza, observam-se número limitado de salas cirúrgicas

dedicadas à ortopedia, indisponibilidade de leitos pós-operatórios em momentos de maior demanda, déficit de especialistas em determinadas subáreas, como ortopedia de coluna e cirurgia de mão e paralisações periódicas por falta de insumos, próteses e órteses.

Além disso, a rede hospitalar municipal e estadual apresenta desequilíbrio na distribuição territorial e alta dependência de hospitais referência, gerando sobrecarga contínua. Para além da estrutura física, a literatura ressalta que muitos gargalos da saúde resultam de falhas administrativas, como assinala Arretche (2010, p. 79), ao explicar que a execução de políticas depende não apenas de recursos, mas de “capacidade estatal de coordenação, planejamento e implementação”.

Em Fortaleza, o diagnóstico identificou fragilidade nos fluxos de regulação e priorização, ausência de protocolos unificados para procedimentos eletivos, insuficiência de monitoramento das listas de espera, descontinuidade de programas de mutirões e dificuldades de articulação interfederativa entre Município, Estado e União, especialmente para cirurgias financiadas com recursos federais. Tais barreiras evidenciam o caráter estrutural do problema. Como lembra Diniz (2013, p. 142), “a crise da gestão pública é um dos elementos centrais para compreender a judicialização da saúde”.

5.2 Histórico da atuação da DPU em Fortaleza

Ao longo dos últimos anos a atuação da DPU na tutela do direito à saúde em Fortaleza assumiu caráter predominantemente coletivo e estrutural, em consonância com o que a doutrina identifica como práticas institucionais voltadas à transformação de políticas públicas (Fiss, 1979; Chayes, 1976).

A trajetória da Defensoria Pública da União no enfrentamento das filas de cirurgias ortopédicas eletivas em Fortaleza pode ser sistematizada em cinco fases complementares. A primeira etapa corresponde ao diagnóstico inicial, construído a partir da escuta dos usuários e da análise dos Procedimentos de Assistência Jurídica (PAJs), que revelaram padrões recorrentes de exclusão, demora e desinformação. Em seguida, seguiu-se uma fase de diálogo institucional, com a realização de audiências públicas, reuniões interinstitucionais e interlocução com gestores do SUS, conselhos e órgãos de controle. A terceira fase consistiu na expedição de recomendações administrativas, voltadas ao aperfeiçoamento da regulação, à padronização de critérios clínicos e à ampliação da capacidade de resposta do sistema. Diante da persistência das falhas e da ausência de correções estruturais voluntárias, a DPU ingressou com ação civil pública estrutural, em

conjunto com o MPF, buscando reorganizar a política pública de maneira sistêmica. Por fim, a quinta fase caracteriza-se pelo monitoramento contínuo da política pública, com participação ativa em audiências, inspeções, pactuações e sistemas de informação, consolidando o papel da DPU como agente estruturante e fiscalizador da execução das medidas acordadas ou determinadas judicialmente.

Os inquéritos, as audiências, as reuniões e as recomendações constituem instrumentos relevantes da atuação extrajudicial da Defensoria Pública da União no enfrentamento das filas ortopédicas e na produção de diagnósticos institucionais qualificados. A DPU instaurou procedimentos extrajudiciais para diagnóstico da situação das filas ortopédicas, atuando de forma articulada com gestores da saúde, conselhos municipais, movimentos sociais e órgãos de controle.

A realização de audiências públicas e reuniões interinstitucionais permitiu identificar gargalos na regulação municipal, verificar irregularidades na atualização dos cadastros de fila, ouvir usuários e associações de pacientes e obter informações técnicas de profissionais da rede pública.

As audiências realizadas ao longo de 2025 no âmbito da Ação Civil Pública sobre cirurgias ortopédicas eletivas serviram como mecanismos de negociação judicial estruturante, com foco na organização e redistribuição da fila cirúrgica, articulação interfederativa e definição de cronogramas realistas de execução. A Defensoria Pública da União atuou como ponte institucional entre o comando judicial e a execução administrativa, promovendo o cumprimento material do direito à saúde.

Em 10 de setembro de 2024, foi realizada audiência judicial híbrida, presidida pela Juíza Federal Titular da 6ª Vara da Seção Judiciária do Ceará, com a participação do Ministério Público Federal, da Defensoria Pública da União, do Estado do Ceará, do Município de Fortaleza, da Universidade Federal do Ceará, da EBSEH, do Hospital Geral de Fortaleza (HGF) e do Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC).

Nessa audiência, foram homologados os cronogramas de cumprimento do título judicial relativos às filas ortopédicas do HGF e do HUWC. O cronograma do HGF foi estruturado em fases, com definição de públicos-alvo segundo o ano de ingresso na fila e metas de redução do tempo de espera, abrangendo inicialmente pacientes incluídos até 2020 (Fase 1) e, posteriormente, aqueles ingressos entre 2021 e 2024 (Fase 2).

Quanto ao HUWC, foi apresentado cronograma próprio, elaborado com base em sua capacidade contratual com o Município de Fortaleza, prevendo a reserva de parte da produção para novos pacientes, a fim de evitar a formação de novo passivo. O hospital

reconheceu, contudo, limitações estruturais, destacando que sua capacidade média era de aproximadamente 16 cirurgias ortopédicas por mês, ao passo que a entrada de novos pacientes na fila ocorria em ritmo superior, o que exigiria medidas complementares, como revisão de fluxos internos, parcerias com outros hospitais, criação de centro de cirurgias ambulatoriais e uso de telemedicina.

A magistrada homologou os cronogramas, mas expressamente consignou preocupação com o longo prazo de cumprimento no HUWC, ressaltando a necessidade de repensar, de forma estrutural, o modelo de referência e contrarreferência dos pacientes regulados por aquele hospital.

Em 31 de janeiro de 2025, realizou-se nova audiência judicial, na qual a Defensoria Pública da União destacou fragilidades no cronograma do HUWC, especialmente a existência de períodos descobertos entre 2019 e 2024 e após 2025, além de indícios de descumprimento já identificados. Registrou-se, desde então, a percepção de que o cronograma poderia não ser integralmente cumprido, reforçando a necessidade de acompanhamento judicial mais rigoroso.

Em 11 de março de 2025, foi celebrado Termo de Audiência Negocial no âmbito da Ação Civil Pública, com foco na reorganização da política pública e na redistribuição da fila cirúrgica.

Na ocasião, a Secretaria Municipal da Saúde informou a impossibilidade de absorção de casos de alta complexidade pelo Hospital Zilda Arns (HMDZAN), mas pactuou-se a realização de 160 cirurgias ortopédicas de média complexidade nesse hospital, no período de 5 de abril a 30 de agosto de 2025, respeitada a ordem cronológica da fila.

A Secretaria da Saúde do Estado do Ceará apresentou levantamento de 245 pacientes do HUWC residentes no interior do Estado, comprometendo-se a regular ou inativar esses pacientes para hospitais regionais, respeitada a vontade daqueles que recusassem a transferência. Também se reconheceu a limitação orçamentária para realização de determinadas cirurgias de alta complexidade, como artroplastias de quadril em pacientes jovens, além da necessidade de encaminhamento de quatro pacientes para microcirurgia de mão ao Instituto Dr. José Frota (IJF).

Foi ainda anunciada a perspectiva de funcionamento do novo hospital da Universidade Estadual do Ceará (UECE), com previsão de 30 leitos de ortopedia, como medida potencial de alívio da fila.

A magistrada determinou que as partes apresentassem, no prazo de 20 dias, proposta provisória ou definitiva para contenção da fila do HUWC, considerando o passivo

acumulado e o ingresso contínuo de novos pacientes.

Em 30 de abril de 2025, realizou-se audiência judicial deliberativa, na qual foi homologado o cronograma de execução da Fase 1, estruturado para atender 545 pacientes, com prazo final estabelecido em 30 de agosto de 2025.

Na audiência, a SESA informou que já haviam sido realizadas aproximadamente 6.500 cirurgias no âmbito da Fase 1, permanecendo pendentes 545 procedimentos no HGF, 230 no HUWC e cerca de 200 em outros hospitais da rede. Diante das dificuldades operacionais, o Estado solicitou dilação do prazo até agosto de 2025, pedido que contou com a anuência do Ministério Público Federal.

A Defensoria Pública da União manifestou preocupação com a sucessiva prorrogação de prazos e condicionou sua concordância à cláusula de que, em caso de descumprimento integral da Fase 1, as ações individuais suspensas retomariam seu curso regular. O acordo foi homologado judicialmente com essa ressalva expressa.

Em 13 de agosto de 2025, o Defensor Regional de Direitos Humanos da Defensoria Pública da União participou de audiência judicial remota destinada à avaliação do andamento da Fase 1.

Constatou-se que, embora a fase previsse atendimento de 545 pacientes, ainda permaneciam 303 pendentes, dos quais cerca de 50 haviam recusado a realização do procedimento em hospital diverso, justificando sua exclusão da lista. O cenário evidenciou risco concreto de não cumprimento integral do cronograma dentro do prazo estabelecido.

Ficou consignado que, após o encerramento do prazo da Fase 1, seriam expedidas intimações nas ações individuais suspensas para verificação do interesse na continuidade do feito, precedidas de consulta aos sistemas de regulação em saúde, a fim de evitar decisões desconectadas da realidade assistencial.

Também se registrou que, embora a Fase 2 tivesse início formal previsto para 1º de setembro de 2025, já haviam sido realizadas 2.222 cirurgias de forma antecipada, mas, ainda assim, o número total de pacientes aumentou de 5.621 para 5.631, evidenciando o crescimento contínuo da fila.

Em 22 de outubro de 2025, realizou-se audiência judicial híbrida, com duração aproximada de quatro horas, presidida pela Juíza Federal da 6ª Vara. O objetivo central foi avaliar a situação definitiva dos pacientes remanescentes da Fase 1 e discutir o replanejamento da Fase 2.

Foram inicialmente debatidos dois pontos suscitados pela Defensoria Pública da União: (i) a retirada de próteses em pequenas e médias articulações, cuja solução coletiva

demandava o recambiamento de pacientes para outros prestadores; e (ii) as interconsultas multiprofissionais, esclarecendo-se que a ACP não poderia justificar a suspensão de consultas e exames com outras especialidades.

Na análise da Fase 1, o Estado informou a existência de 178 pacientes ainda aguardando cirurgia, em diferentes situações, como pendências clínicas, cadastrais, recusa de transferência ou aguardo de OPME. A DPU e o MPF manifestaram preocupação com o prolongamento do sofrimento dos pacientes e com entraves estruturais persistentes, como dificuldades na aquisição de próteses e falhas logísticas na realocação.

Quanto à Fase 2, o Estado reconheceu a impossibilidade de cumprimento do prazo originalmente previsto e apresentou propostas alternativas de reprogramação, por especialidade ou por metas percentuais de redução da fila. A DPU e o MPF defenderam a manutenção do critério cronológico como eixo estruturante do plano.

A Defensoria Pública da União formulou pedido expresse para que os pacientes remanescentes da Fase 1 fossem atendidos na rede privada, com custeio pelo poder público. A Procuradoria-Geral do Estado manifestou-se favoravelmente, com ressalvas orçamentárias, enquanto o Ministério da Saúde indicou a necessidade de análise técnica prévia.

Ao final, a magistrada determinou que o Estado apresentasse, no prazo de dez dias, relatórios detalhados sobre a situação dos 178 pacientes, com categorização das causas da não realização das cirurgias e estimativa de prazo para conclusão, além de manifestação sobre a contratação da rede privada. Determinou-se, ainda, a intimação da União, do Município de Fortaleza, da DPU e do MPF para manifestação, ficando consignada a possibilidade de nova audiência.

Recomendações foram expedidas pela DPU com o objetivo de induzir ajustes administrativos, como a necessidade de aperfeiçoamento dos sistemas de regulação, adoção de critérios isonômicos para priorização de pacientes e ampliação da capacidade cirúrgica. Tais instrumentos se alinham à concepção de atuação resolutiva e dialógica defendida pela literatura contemporânea de acesso à justiça e políticas públicas (Cappelletti; Garth, 1978; Bucci, 2006).

As ações estruturais propostas pela Defensoria Pública da União representam etapa decisiva na transição da atuação diagnóstica para a intervenção judicial voltada à reorganização da política pública de cirurgias ortopédicas. Identificada a persistência das falhas, a DPU passou a adotar medidas judiciais estruturantes, ajuizando ações civis públicas voltadas à reorganização da política de cirurgias ortopédicas, e não apenas à concessão individual de procedimentos. Essas ações têm por objetivo garantir transparência e

publicidade das listas de espera, assegurar planejamento orçamentário adequado, estabelecer metas quantitativas para redução progressiva da fila, criar mecanismos de controle social e institucional e fomentar o diálogo entre Município, Estado e União para ampliação de pactuações na média e alta complexidade.

A literatura sobre processo estrutural explica que esse tipo de intervenção exige monitoramento contínuo, soluções flexíveis e participação dos atores envolvidos (Fiss, 1979; Chayes, 1976; Gidi, 2007), características presentes nas atuações da DPU.

A interlocução da Defensoria Pública da União com o Estado e o Município configura elemento central para a efetividade das medidas estruturais adotadas no enfrentamento das filas de cirurgias ortopédicas. A atuação da DPU se desenvolveu mediante interlocução constante com Município de Fortaleza, gestor da atenção básica e responsável principal pela regulação ambulatorial e da maior parte da atenção especializada, com o Governo do Estado do Ceará, detentor de serviços hospitalares de maior complexidade e principal executor de cirurgias ortopédicas eletivas da região e com a União, responsável por financiamento e programas estratégicos (como mutirões e incentivos à média e alta complexidade).

O diálogo cooperativo com esses entes federativos é fundamental para superar a fragmentação típica do SUS, diagnosticada por estudiosos como Viana, Lima e Ribeiro (2011). Além disso, a articulação da DPU com órgãos de controle – Ministério Público Federal, Ministério Público Estadual, Controladoria-Geral da União e Tribunal de Contas da União – reforça a legitimidade das soluções pactuadas e amplia a capacidade de monitoramento das políticas de saúde.

5.3 Análise dos resultados obtidos

A análise dos resultados da atuação estruturante da DPU considera tanto os efeitos quantitativos quanto os qualitativos da intervenção institucional. Do ponto de vista quantitativo, verificou-se, em determinados períodos, redução parcial das filas, com aumento do número de cirurgias realizadas após pactuações e decisões judiciais. Contudo, em muitos momentos, o avanço não foi suficiente para eliminar o passivo acumulado, que por vezes voltou a crescer em razão de fatores como interrupção de serviços, déficit de insumos e contingenciamento de recursos.

No processo de avaliação dos efeitos da atuação institucional, é fundamental distinguir entre resultados estruturais e resultados conjunturais, sob pena de superestimar

impactos episódicos ou subestimar transformações duradouras.

Os resultados conjunturais correspondem a efeitos imediatos, localizados no tempo e dependentes de variáveis operacionais ou políticas, como a realização de mutirões pontuais, o aumento temporário do número de cirurgias após decisões judiciais ou pactuações específicas, e a alocação emergencial de recursos federais. Embora relevantes para o alívio momentâneo da fila, esses resultados tendem a ser voláteis e insuficientes para alterar a lógica de funcionamento do sistema.

Em contraste, os resultados estruturais dizem respeito à reconfiguração duradoura dos mecanismos de gestão da política pública, como a implantação de filas únicas, a adoção de critérios objetivos de priorização (ex: protocolo SWALIS), a criação de sistemas digitais de regulação (ex: SIC e Saúde Digital), a consolidação de arenas de governança federativa e a incorporação de rotinas de monitoramento contínuo por órgãos de controle. Esses efeitos não apenas perduram no tempo, como produzem mudança institucional, independentemente da permanência de atores específicos ou da judicialização ativa.

A análise empírica revela que a atuação estruturante da DPU contribuiu para ambos os tipos de resultados, sendo crucial reconhecer que os efeitos conjunturais aliviam sintomas, mas os efeitos estruturais reorganizam as causas. Essa distinção é essencial para avaliar com rigor a efetividade transformadora da atuação judicial e institucional.

Em relação ao cumprimento das metas, observa-se que a adesão dos gestores variou ao longo do tempo. Embora algumas metas tenham sido alcançadas (como reorganização de fluxos ou acréscimo pontual do número de procedimentos), outras ficaram aquém do previsto, especialmente aquelas que exigiam aumento estrutural da capacidade instalada. Quanto às mudanças na política pública, identificaram-se resultados relevantes, tais como a implementação de mecanismos mais transparentes de gestão da fila, padronização de protocolos, inclusão de procedimentos no planejamento regionalizado e melhoria da articulação entre unidades hospitalares.

As melhorias administrativas foram perceptíveis principalmente no fluxo de agendamento, na realização de exames pré-operatórios e na organização de mutirões. No tocante à percepção dos atores envolvidos – gestores de saúde, profissionais, pacientes e membros da rede de controle – verifica-se reconhecimento crescente da DPU como agente indutor de mudanças estruturais, embora ainda haja críticas quanto à capacidade institucional do município e do estado para manter as políticas adotadas sem indução judicial ou extrajudicial permanente.

5.4 Avaliação crítica da atuação estruturante

A partir de análise crítica, observa-se que a atuação estruturante da DPU em Fortaleza apresenta alcances significativos, mas também limites importantes, revelando a complexidade do enfrentamento de falhas sistêmicas na saúde pública. Entre os pontos positivos, destacam-se indução de soluções administrativas antes inexistentes, ampliação da capacidade de diálogo interinstitucional, maior transparência na gestão das filas, fortalecimento da cultura de planejamento e monitoramento e visibilidade política do problema das cirurgias ortopédicas. Tal atuação se alinha à doutrina de Fiss (1979), segundo a qual instituições como a DPU exercem papel transformador ao corrigir desigualdades estruturais e reorganizar práticas administrativas que violam direitos fundamentais.

Apesar dos avanços, persistem limitações relevantes como a insuficiência de recursos financeiros e humanos no SUS municipal e estadual, dependência do cumprimento voluntário pelo gestor, rotatividade de equipes de saúde e de gestão, falta de continuidade das ações após encerramento de ciclos de fiscalização e fragilidade federativa na definição de responsabilidades pela ortopedia de alta complexidade. Conforme argumenta Bucci (2006), políticas públicas complexas não se resolvem apenas por indução institucional, exigindo capacidade estatal contínua e estável, algo ainda deficitário na realidade local.

Os principais gargalos identificados incluem a demanda reprimida estrutural, baixa execução orçamentária em determinados exercícios, carência de serviços especializados, ausência de planejamento de longo prazo e de metas regionalizadas. Esses limites reforçam que, embora a atuação da DPU seja essencial para promover avanços, ela não substitui a responsabilidade primária dos entes federativos na implementação de políticas públicas de saúde, como estabelece o art. 196 da Constituição Federal (Brasil, 1988).

A análise crítica da atuação da DPU permite afirmar que, embora sua intervenção seja condição necessária para o enfrentamento das falhas estruturais na política de cirurgias ortopédicas eletivas, ela não é, por si só, condição suficiente para assegurar a efetividade plena do direito à saúde. A atuação judicial e extrajudicial da Defensoria Pública exerce função indutora, fiscalizatória e organizadora, mas os resultados estruturais dependem, em última instância, da existência de capacidade estatal estável, com financiamento adequado, continuidade administrativa, planejamento de longo prazo e articulação federativa coerente. Sem esses elementos, os avanços tendem a ser parciais, sujeitos à descontinuidade ou à regressão, sobretudo diante de mudanças políticas ou retrações orçamentárias. Assim, a efetivação de políticas públicas complexas exige a conjugação entre atuação institucional

qualificada e compromisso sustentado do Estado em todas as suas esferas.

5.5 Análise empírica da fila de cirurgias ortopédicas eletivas e a atuação estruturante da Defensoria Pública da União

Para a análise empírica, foram selecionados Procedimentos de Assistência Jurídica (PAJs) registrados no Sistema de Informação da Defensoria Pública da União (SISDPU), com protocolo entre janeiro e agosto de 2025, que apresentavam como demanda principal o acesso a cirurgias ortopédicas eletivas. O critério de inclusão envolveu a identificação de casos em que o objeto do atendimento estivesse diretamente vinculado à espera por procedimentos cirúrgicos ortopédicos no âmbito do SUS, excluindo-se PAJs que versavam apenas sobre consultas, exames ou outras especialidades não ortopédicas. Foram analisados 66 registros que preenchiam esses critérios, com o objetivo de mapear padrões de demora, posição na fila, fase do fluxo regulatório e perfil socioeconômico dos assistidos.

A escolha do recorte temporal justifica-se pela atualidade dos dados e pela coincidência com o período de implementação de novas ferramentas de regulação e transparência (como o SIC municipal e o uso ampliado do SWALIS), permitindo avaliar a interface entre política pública recente e persistência das falhas estruturais.

Reconhece-se, contudo, limites importantes na base de dados analisada, como lacunas informacionais em alguns registros, ausência de atualização de status clínico em parte dos casos e impossibilidade de inferência estatística generalizável. Ainda assim, os PAJs funcionam como indicadores qualitativos potentes, capazes de revelar disfunções estruturais a partir da escuta institucional de cidadãos em situação de vulnerabilidade, o que justifica seu uso como fonte empírica primária nesta pesquisa.

A análise dos dados empíricos referentes à fila de cirurgias ortopédicas eletivas, extraídos do Sistema de Informação da Defensoria Pública da União (SISDPU), relativos às demandas registradas no período de janeiro a agosto de 2025, evidencia, de forma objetiva, a existência de falhas estruturais na política pública de saúde. Importa destacar, desde logo, que os casos analisados não se encontravam judicializados, o que afasta a compreensão de que a mora observada decorra de interferência do Poder Judiciário, revelando, ao contrário, um problema administrativo e institucional prévio à judicialização.

Nesse período, procedeu-se ao levantamento dos procedimentos administrativos judicializados registrados no âmbito da Defensoria Pública da União, totalizando 158 (cento e cinquenta e oito) processos administrativos judiciais (PAJs). Dentre esses, 14 (quatorze)

referiam-se a demandas por consultas com especialista, 63 (sessenta e três) a outras cirurgias não ortopédicas, 8 (oito) a exames, 7 (sete) a outras demandas diversas e 66 (sessenta e seis) a cirurgias ortopédicas eletivas. A análise desse conjunto de dados permite contextualizar a atuação institucional da DPU, evidenciando que, embora exista volume significativo de judicialização, os casos objeto da presente análise empírica dizem respeito a demandas administrativas ainda não submetidas ao crivo judicial.

Quadro 3 — Evolução da abertura de PAJs relacionados a cirurgias ortopédicas eletivas (de 2023 a agosto de 2025)

Continua na próxima página

	2023	2024	2025 (janeiro a agosto)
Consultas	15	8	4
Outras Cirurgias	52	93	63
Exames	33	20	8
Cirurgias Ortopédicas	25	59	66
Outras Demandas	12	6	7
Total	137	186	158

Quadro elaborada pela autora com base nas informações do SISDPU

Os dados apresentados no Quadro 3 revelam um crescimento expressivo e consistente na abertura de Procedimentos de Assistência Jurídica (PAJs) relacionados a cirurgias ortopédicas eletivas ao longo do período analisado. Em 2023, foram registrados 25 PAJs com essa natureza; em 2024, esse número mais do que dobrou, alcançando 59 registros; e, apenas entre janeiro e agosto de 2025, já se contabilizam 66 demandas, superando os totais dos anos anteriores, mesmo com o ano ainda em curso.

Essa tendência de alta reforça a hipótese central da pesquisa de que a atuação da DPU se insere em um contexto de demanda reprimida crescente e de falha persistente na política pública de regulação de cirurgias ortopédicas. A elevação contínua dos registros evidencia que a judicialização e a atuação extrajudicial da Defensoria Pública não derivam de casos isolados ou pontuais, mas refletem uma realidade estrutural e recorrente de desassistência prolongada no SUS.

Além disso, observa-se uma queda acentuada no número de PAJs voltados a

consultas e exames no mesmo período (consultas: de 15 em 2023 para 4 em 2025; exames: de 33 para 8), sugerindo que as demandas mais complexas e de maior impacto funcional — como as cirurgias ortopédicas — passaram a ocupar lugar central na agenda institucional da DPU. Essa reconfiguração pode estar relacionada a dois fatores complementares: (i) o aprofundamento da crise de acesso à cirurgia, com maior urgência e visibilidade social; e (ii) a adoção, por parte da DPU, de estratégias de priorização e estruturação da atuação extrajudicial, com foco em resolutividade coletiva.

O aumento de PAJs ortopédicos também coincide com a adoção de novas ferramentas de gestão da fila e regulação cirúrgica, como o uso ampliado do SWALIS e do sistema digital.saúde, o que sugere que, apesar dos avanços tecnológicos, persistem barreiras institucionais que impedem a efetiva absorção da demanda reprimida — convertendo a escuta da Defensoria Pública em um instrumento central de diagnóstico da disfunção do sistema.

No tocante especificamente aos 66 (sessenta e seis) processos administrativos judiciais relacionados a cirurgias ortopédicas eletivas, constatou-se que apenas 26 (vinte e seis) pacientes foram localizados como ativos no site *digital.saude*, não havendo, contudo, informações disponíveis que indiquem se os demais tiveram suas cirurgias efetivamente realizadas ou se foram excluídos do cadastro por outros motivos administrativos. Tal lacuna informacional evidencia fragilidades relevantes na gestão e na transparência dos sistemas de informação em saúde, dificultando o acompanhamento longitudinal dos casos e a avaliação precisa da efetividade das políticas públicas implementadas.

Os dados analisados demonstram a presença de tempos de espera excessivamente prolongados, com inúmeros pacientes aguardando procedimentos cirúrgicos por períodos superiores a quatro, cinco e até seis anos. Essa realidade mostra-se particularmente grave nos casos de artroplastias de quadril e joelho, procedimentos diretamente relacionados à mobilidade, à autonomia funcional e à preservação da dignidade da pessoa humana. Embora formalmente classificados como eletivos, tais procedimentos não possuem caráter facultativo, pois a postergação prolongada tende a agravar quadros clínicos, intensificar a dor crônica e comprometer significativamente a qualidade de vida dos pacientes.

A análise do status administrativo das solicitações registradas no SISDPU indica que a maioria dos pacientes permanece nas fases iniciais do fluxo assistencial, identificadas como “Solicitação Digitada” ou “Aguardando Regulação”. Para fins analíticos, entende-se por “Solicitação Digitada” a etapa em que o pedido de procedimento cirúrgico foi formalmente inserido no sistema pelo serviço de saúde ou pela regulação, sem que tenha havido ainda validação técnica, priorização clínica ou encaminhamento para unidade executora. Já a fase

“Aguardando Regulação” corresponde ao momento em que a solicitação, embora registrada, permanece pendente de análise pelo órgão regulador competente, sem definição de vaga, data ou estabelecimento responsável pela realização do procedimento.

Esse dado evidencia que o principal gargalo não se limita à execução cirúrgica propriamente dita, mas se concentra na regulação do acesso, na organização da fila e na articulação entre as unidades executoras. Tal constatação reforça a compreensão de que o problema decorre de falhas na governança da política pública, e não de insuficiência episódica na oferta de procedimentos ou de distorções causadas pela judicialização.

Outro aspecto relevante diz respeito ao perfil dos pacientes afetados, conforme revelado pela base empírica analisada. Predominam pessoas idosas, com idades superiores a 60 (sessenta) anos, para as quais a demora no acesso a cirurgias ortopédicas implica maior risco de perda funcional, dependência e agravamento de comorbidades. Ademais, identificam-se casos envolvendo adolescentes e pacientes em idade produtiva, o que evidencia impactos que transcendem a esfera individual, alcançando dimensões sociais, econômicas e familiares. Esses elementos reforçam o caráter de vulnerabilidade dos usuários atingidos pela falha estrutural da política pública de saúde.

Os dados do SISDPU também revelam fragilidades informacionais relevantes, como a inexistência de informações suficientes para o cálculo do tempo médio de espera em determinados procedimentos e inconsistências na atualização dos registros. A ausência de dados confiáveis compromete o planejamento, o monitoramento e a avaliação das políticas públicas, dificultando a adoção de critérios transparentes e equitativos de priorização, em afronta aos princípios da eficiência, da publicidade e da equidade que regem o SUS.

Ressalte-se, ainda, que o fato de nenhum dos casos analisados estar judicializado reforça a conclusão de que a judicialização fragmentada não constitui a causa do problema, mas antes uma consequência potencial da desorganização administrativa. Tal constatação fortalece a legitimidade da atuação institucional da Defensoria Pública da União na defesa coletiva dos usuários do SUS, especialmente daqueles que não dispõem de meios materiais ou informacionais para acessar individualmente o Poder Judiciário.

À luz desse diagnóstico, construído a partir de dados administrativos não judicializados, a atuação da DPU revela-se estruturante, na medida em que busca superar a lógica tradicional da tutela individual para enfrentar as causas sistêmicas da violação ao direito à saúde. Ao sistematizar informações empíricas, fomentar o diálogo interinstitucional e acionar instrumentos processuais e extrajudiciais adequados, a DPU contribui para a construção de soluções voltadas à reorganização da política pública, como a redefinição de

fluxos regulatórios, a ampliação da rede executora e o monitoramento contínuo das filas cirúrgicas.

Essa atuação encontra respaldo na teoria do processo estrutural, que se mostra particularmente adequada para lidar com violações continuadas e generalizadas de direitos fundamentais. A fila de cirurgias ortopédicas eletivas, tal como evidenciada pelos dados do SiSDPU analisados no período de janeiro a agosto de 2025, apresenta todos os elementos caracterizadores de um litígio estrutural: multiplicidade de pessoas afetadas, persistência temporal da violação, insuficiência das respostas administrativas tradicionais e necessidade de medidas progressivas, dialogadas e monitoradas.

Dessa forma, a análise empírica confirma a hipótese central da presente dissertação, segundo a qual a DPU atua como agente estruturante na efetivação do direito à saúde, ao transformar demandas administrativas não judicializadas em diagnóstico institucional qualificado e ao induzir mudanças na política pública subjacente. A atuação da DPU, nesse contexto, contribui para a promoção de maior racionalidade, transparência e justiça distributiva no acesso às cirurgias ortopédicas eletivas, reafirmando seu papel como instituição essencial à concretização do Estado Democrático de Direito.

Quadro 4 – Demandas da DPU para Cirurgias Eletivas Ortopédicas (Jan-Ago/2025)

(continua)

Paciente (iniciais)	Gênero	Idade	Procedimento (descrição e código SIGTAP)	Unidade Executora	SWALIS	Posição	Situação Atual	Data de Inclusão	Tempo médio histórico de espera
F D A D S	M	67	0408040076 Artroplastia de Revisão ou Reconstrução do Quadril	HUWC	A2	7	Aguardando regulação	27/10/2023	6 anos e 7 meses
M V L A D F	F	44	0407040080 Hernioplastia Incisional	HUWC	B	126	Solicitação digitada	20/12/2022	2 anos, 5 meses e 24 dias
M S D S	F	67	0408050063 Artroplastia Total Primária do Joelho	HUWC	A2	58	Aguardando regulação	23/08/2024	4 anos, 9 meses e 6 dias
F D C G D S	M	61	0408060190 Osteotomia de Ossos Longos (exceto Mão e Pé)	HUWC	B	64	Solicitação digitada	23/08/2024	1 ano, 7 meses e 1 dia
J B D N	M	51	0408030380 Discectomia Cervical/ Lombar/ Lombo-Sacra (1 nível c/ Microscópio)	HUWC	A2	1	Solicitação digitada	16/06/2025	5 meses e 10 dias
H C D N	M	42	0408060174 Osteotomia de	HGF	A2	1	Solicitação digitada	29/10/2025	5 meses e 18 dias

			Ossos Longos (exceto Mão e Pé)						
A S D C X	F	60	0408050063- Artroplastia total primária do joelho	HUWC	B	318	Solicitação digitada	20/02/2025	4 anos e 9 meses
F L N D C	F	64	0403030102- Microcirurgia de tumor medular	HUWC	A1	2	Solicitação digitada	13/11/2024	15 dias
M P F N	M	53	0408040092- Artroplastia total primaria do quadril não cimentada / híbrida	HUWC	D	59	Aguardando agendamento	14/07/2025	1 ano 11 meses 1 dia
A R C	M	50	0408050888- Tratamento cirúrgico de rotura de menisco com sutura meniscal uni / bicompatiment al	HUWC	A2	1	Aguardando regulação	08/05/2024	3 anos 2 meses 18 dias
J J S D	M	14	0408040130- Epifisiodesse femoral proximal in situ	HUWC	B	2	Solicitação digitada	25/02/2025	11 meses 7 dias
V A L	F	33	0408040092- Artroplastia total primaria do quadril não cimentada / híbrida	HUWC	A2	30	Solicitação digitada	4/11/2023	6 anos 4 meses 24 dias
M F B F	F	66	0408060387- Retirada de prótese de substituição de grandes articulações (ombro / cotovelo / quadril / joelho)	HUWC	A2	3	Solicitação digitada	20/07/2022	8 meses 14 dias
M R V	F	76	0408040092- Artroplastia total primaria do quadril não cimentada / híbrida	HUWC	A2	36	Solicitação digitada	09/06/2024	6 anos 4 meses 24 dias
F A D C F	M	56	0408010142- Reparo de rotura do manguito rotador (inclui procedimentos descompressivo s)	HUWC	B	28	Recebido da integração	12/05/2025	6 meses 8 dias 6 meses 8 dias
J P C F	M	29	0408030399- Dissectomia cervical / lombar / lombo-sacra por via posterior (um nível)	HUWC	A2	3	Solicitação digitada	07/10/2024	22 DIAS
F J F	M	66	0408030305- Artrodese toraco-lombo- sacra posterior, quatro níveis,	HUWC	B	10	Solicitação digitada	18/09/2024	Não há dados suficientes para calcular o tempo médio de espera na Fila Eletiva para esse procedimento.
A L G R	F	48	0408040092-	HUWC	A2	46	Aguardando	04/04/2025	6 anos 4 meses 24

			Artroplastia total primária do quadril não cimentada / híbrida				regulação		dias
R A T	M	55	0408050063-Artroplastia total primária do joelho	HUWC	A2	47	Aguardando regulação	23/05/2024	5 anos 20 dias
V L R D S	F	63	0408050063-Artroplastia total primária do joelho	HUWC	A2	29	Recebido da integração	20/05/2025	3 anos 4 meses 3 dias
M R D S G	F	49	0403020050-Microneurolise de nervo periférico	HUWC	B	58	Solicitação digitada	02/06/2025	1 ano 7 meses 13 dias
M M D O E S	F	46	0408050888-Tratamento cirúrgico de rotura de menisco com sutura meniscal uni / bicompatimental	HUWC	B	26	Aguardando regulação	31/01/2025	3 anos 2 meses 18 dias
V L D S	F	75	0408050063-Artroplastia total primária do joelho	HUWC	A2	53	Aguardando regulação	02/08/2024	5 anos 20 dias
N P D A	F	64	0408030267-Artrodese toraco-lombo-sacra posterior um nível	HUWC	A2	5	Solicitação digitada	06/03/224	9 dias
M D P D S P	F	73	0408050063-Artroplastia total primária do joelho	HUWC	A2	31	Recebido da integração	14/07/2025	3 anos 4 meses 3 dias
M A V D S F	M	34	0413040097-Preparo de retalho	HUWC	B	15	Solicitação digitada	24/07/202	9 meses 21 dias

Fonte: Dados da Defensoria Pública da União (DPU) e do sistema digital.saúde consolidados pelo autor (2025).

Nota: Tabela elaborada a partir das informações dos Procedimentos de Assistência Jurídica (PAJ) referentes às demandas de cirurgias eletivas ortopédicas, de janeiro a agosto de 2025. Este dado é uma estimativa de tempo calculada através das fontes de dados do DATASUS e FASTMEDIC, não sendo um dado preditivo da SESA. Pois, este tempo de espera poderá variar de acordo com a capacidade técnica e estrutural de cada instituição ao longo do ano.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta dissertação investigou como transformar decisões judiciais em acesso efetivo a cirurgias ortopédicas eletivas no Sistema Único de Saúde do Município de Fortaleza/CE, evitando que a tutela jurisdicional permaneça apenas no plano formal. Parte-se do reconhecimento constitucional da saúde como direito social e dever estatal, ao mesmo tempo em que se evidencia a persistência de entraves estruturais: como filas prolongadas, falhas de regulação, subfinanciamento e desigualdades regionais, que impulsionam a judicialização da política pública de saúde.

A análise desenvolvida concentrou-se especificamente nas cirurgias ortopédicas eletivas, no âmbito do município de Fortaleza/CE, considerando o período de janeiro a agosto de 2025, delimitado a partir da disponibilidade e confiabilidade dos registros administrativos acompanhados pela Defensoria Pública da União.

Nesse cenário, a Defensoria Pública da União (DPU) atua para além do mero acesso ao Judiciário, acompanhando e fiscalizando o cumprimento das decisões judiciais, de modo a assegurar que o provimento jurisdicional se converta, efetivamente, na realização da cirurgia e na restauração da funcionalidade do paciente.

O objetivo central da pesquisa consistiu em analisar em que medida o monitoramento exercido pela DPU contribui para a efetivação do direito à saúde no contexto das cirurgias ortopédicas eletivas e identificar os obstáculos jurídicos e institucionais ainda existentes. Para tanto, adotou-se abordagem qualitativa, bibliográfica e documental, com mobilização do marco constitucional e infraconstitucional do SUS, da jurisprudência do Supremo Tribunal Federal e do Superior Tribunal de Justiça, bem como de registros administrativos e institucionais vinculados à atuação da DPU no acompanhamento de casos concretos.

À luz do enquadramento normativo, a Constituição de 1988 (arts. 6º e 196 a 200) e a legislação infraconstitucional do SUS (Leis nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990; Decreto nº 7.508/2011) afirmam os princípios da universalidade, integralidade, equidade, regionalização e governança interfederativa, com participação e controle social. No plano teórico, os fundamentos da dignidade da pessoa humana, do mínimo existencial e da reserva do possível delimitam o patamar de proteção do direito à saúde, vedando negativas genéricas e exigindo demonstração concreta e transparente de restrições orçamentárias.

Os resultados analítico-empíricos permitem responder de forma direta ao problema de pesquisa: o monitoramento sistemático exercido pela DPU contribui de maneira

relevante para a efetivação do direito à saúde, ao reduzir moras administrativas, induzir maior coordenação institucional e aproximar o comando judicial da organização concreta da rede assistencial. A judicialização, nesse contexto, não se apresenta como fenômeno meramente disfuncional, mas como mecanismo estrutural de governança diante de déficits persistentes de oferta e gestão.

No período analisado, a Defensoria Pública da União no Ceará (DPU/CE) acompanhou sistematicamente a abertura de 66 (sessenta e seis) Processos Administrativos Judiciais (PAJs) vinculados à Ação Civil Pública das cirurgias ortopédicas eletivas, assegurando conformidade com as determinações judiciais e com os critérios técnicos estabelecidos. Na instrução de cada PAJ, foram examinados documentos expressamente exigidos pelas decisões judiciais, tais como relatórios de judicialização, laudos médicos com classificação SWALIS e evidências documentais de agendamento e execução do procedimento.

A análise empírica revelou, contudo, fragilidades relevantes de gestão e informação. A fragmentação dos registros administrativos, com procedimentos distribuídos entre categorias diversas (cirurgias, exames e consultas), dificultou a identificação imediata dos casos de cirurgias ortopédicas eletivas, exigindo análise individualizada dos processos. Ademais, a ausência ou inconsistência de dados em sistemas como o SWALIS e o digital.saúde comprometeu a rastreabilidade dos casos, impondo à DPU a adoção de rotinas complementares de verificação por meio de ofícios institucionais ao Complexo Regulador de Fortaleza (CRIFOR) e aos hospitais executores.

Esses achados confirmam a hipótese central da dissertação, segundo a qual a atuação da DPU assume caráter estruturante, ao ultrapassar a lógica da tutela individual e enfrentar causas sistêmicas da violação ao direito à saúde. Ao sistematizar dados, articular entes federativos, cobrar execução e fomentar soluções cooperativas, a DPU contribui para a reorganização da política pública, promovendo maior racionalidade, transparência e justiça distributiva no acesso às cirurgias ortopédicas eletivas.

Do ponto de vista teórico, a pesquisa avança na compreensão do conceito de agente estruturante, ao operacionalizá-lo empiricamente no contexto da saúde pública local. A partir da atuação da DPU, o trabalho contribui para o debate acadêmico sobre judicialização como instrumento de reorganização institucional em cenários de déficit crônico de gestão e implementação de políticas públicas.

As principais barreiras identificadas são de natureza estrutural (subfinanciamento, capacidade instalada insuficiente, gargalos de regulação e coordenação interfederativa),

informacional (baixa interoperabilidade e pouca transparência das filas) e institucional (dificuldades de cooperação entre jurisdição e administração). Tais obstáculos explicam a distância recorrente entre a decisão judicial e a efetiva disponibilização do procedimento cirúrgico.

Diante desse diagnóstico, a dissertação apresenta implicações práticas voltadas à consolidação de um ciclo de execução efetivo: (i) institucionalização de monitoramento ativo pós-sentença, com definição de prazos, responsáveis e evidências; (ii) integração e transparência dos dados de fila, agendamento e execução, por meio de painéis públicos atualizados; (iii) fortalecimento da pactuação interfederativa nas instâncias do SUS; e (iv) adoção de protocolos de priorização clínica e social que considerem risco funcional e vulnerabilidade.

Nesse processo, a Defensoria Pública da União desempenha papel singular como ponte institucional entre as esferas federativas, articulando Município, Estado e União na execução de políticas públicas estruturantes. Atua como condição de coerência entre as normas programáticas do SUS e a realidade concreta dos usuários vulneráveis, contribuindo para qualificar a governança e a coordenação interfederativa na saúde, especialmente em um federalismo sanitário marcado por fragmentação decisória e assimetrias de capacidade estatal.

Reconhecem-se, por fim, as limitações do estudo, relacionadas ao recorte temporal restrito, à dependência de bases administrativas com inconsistências informacionais e à impossibilidade de mensuração quantitativa precisa do impacto das intervenções no tempo médio de espera. Tais limites não invalidam os achados, mas indicam a necessidade de aprofundamento futuro.

Além disso, é necessário reconhecer que a própria DPU, embora relevante como agente estruturante, não substitui a capacidade estatal plena nem supera sozinha as barreiras de subfinanciamento e fragmentação federativa. Sua atuação, embora indispensável, ainda depende de estruturas mínimas, equipes especializadas e abertura institucional ao diálogo, o que pode variar significativamente entre territórios.

Como agenda de pesquisas, sugere-se a ampliação do método para outras especialidades médicas e municípios, a comparação inter-regional da atuação da DPU, a avaliação longitudinal dos efeitos de pactuações estruturais e o estudo da interoperabilidade dos sistemas de informação do SUS como variável determinante da efetividade do direito à saúde.

Além disso, recomenda-se investigar os limites normativos e democráticos da judicialização estruturante, especialmente no que tange à legitimidade das decisões judiciais

na formulação indireta de políticas públicas. Também se sugere aprofundar o estudo das condições institucionais mínimas para que a atuação de atores jurídicos, como a DPU, produza efeitos duradouros e equitativos em diferentes contextos federativos.

À luz da dignidade da pessoa humana, do mínimo existencial e da justiça distributiva, a reserva do possível não pode operar como barreira absoluta à prestação estatal: quando a postergação implica dor crônica, perda funcional ou comprometimento da autonomia, o dever de prestação torna-se indeclinável.

Decisões judiciais sem execução são promessas vazias; o monitoramento estruturado, a integração de dados e a coordenação interfederativa constituem o caminho para converter o direito declarado em direito efetivamente vivido, especialmente no contexto das cirurgias ortopédicas eletivas que preservam mobilidade, autonomia e dignidade. Essa perspectiva ancora-se no princípio da isonomia material e reforça a importância de uma justiça distributiva em saúde, comprometida com a priorização dos mais vulneráveis e com a superação de desigualdades estruturais historicamente invisibilizadas no SUS.

REFERÊNCIAS

ALENCAR, José Hercy Ponte de. **Judicialização da saúde**: análise crítica sobre a decisão judicial no favorecimento de medicamentos de alto custo pelo SUS. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2024.

ALMEIDA FILHO, Neomar de. **O conceito de saúde**: ponto-cego da epidemiologia? Salvador: EDUFBA, 2011.

ALVES, Fernanda Oliveira. Desjudicialização da saúde: alternativas para enfrentar a judicialização. **JusBrasil**, 2020. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/artigos/desjudicializacao-da-saude-alternativas-para-enfrentar-a-judicializacao/788428843>. Acesso em: 07 nov. 2025.

ARAÚJO, Marcus R. A. **A Regionalização do SUS e o Decreto 7.508/2011**. Vitória-ES, 14 out. 2014. (Apresentação em evento). Disponível em: https://saude.es.gov.br/Media/sesa/Descentraliza%C3%A7%C3%A3o/A_Regionalizacao_do_SUS_e_o_Decreto_7508_2_1.pdf. Acesso em: 30 ago. 2025.

ARISTÓTELES. **Ética a Nicômacos**. São Paulo: Martins Fontes, 2009.

AROUCA, Sergio. **O dilema preventivista**: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. São Paulo: Unesp, 1988.

BARCELLOS, Ana Paula de. **A eficácia jurídica dos princípios constitucionais**: o princípio da dignidade da pessoa humana. Rio de Janeiro: Renovar, 2002.

BARROSO, Luís Roberto. Da falta de efetividade à judicialização excessiva: direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros para a atuação judicial. In: SARLET, I. W.; TIMM, L. B. (Orgs.). **Direitos fundamentais, orçamento e reserva do possível**. 2. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2013.

BONAVIDES, P. **Ciência política**. São Paulo: Malheiros, 2019.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, [2016]. Disponível em https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 07 nov. 2025.

BRASIL. **Decreto nº 591, de 6 de julho de 1992**. Promulga o Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/d0591.htm. Acesso em: 5 ago. 2025.

BRASIL. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei nº 8.080/1990. Brasília, DF: Presidência da República, 2011. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm. Acesso em: 30 ago. 2025.

BRASIL. **Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016.** Novo regime fiscal. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm. Acesso em: 11 set. 2023.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde. Brasília, DF: Presidência da República, 1990a. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm. Acesso em: 9 set. 2025

BRASIL. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.** Participação da comunidade na gestão do SUS e transferências intergovernamentais. Brasília, DF: Presidência da República 1990b. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm Acesso em: 9 set. 2025

BRASIL. **Lei nº 12.466, de 24 de agosto de 2011.** Acrescenta arts. 14-A e 14-B à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências”, para dispor sobre as comissões intergestores do Sistema Único de Saúde (SUS), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e suas respectivas composições, e dar outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2011b. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/112466.htm. Acesso em: 25 out. 2025.

BRASIL. Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 5 maio 2000.

BRASIL. **Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012.** Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Brasília, DF: Senado Federal, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 90, de 3 de fevereiro de 2023. Institui o Programa Nacional de Redução de Filas. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 6 fev. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.336, de 28 de dezembro de 2023. Prorroga o Programa Nacional de Redução de Filas. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 29 dez. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 5.820, de 4 de dezembro de 2024. Institui o componente cirurgias do PMAE. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 5 dez. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria SAES nº 2.324, de 6 de dezembro de 2024. Atualiza o rol de procedimentos cirúrgicos no âmbito do PMAE. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 7 dez. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para a nova fase do PNR**. Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/lei-n-8080-30-anos-de-criacao-do-sistema-unico-de-saude-sus/>. Acesso em: 20 ago. 2025.

BRASIL. Ministério do Planejamento e Orçamento. **Plano Plurianual 2024-2027**: diretrizes, programas e metas. Brasília, DF: MPO, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/planejamento>. Acesso em: 4 out. 2025.

BRASIL. Ministério do Planejamento e Orçamento. **Manual Técnico de Orçamento**: MTO 2020. Brasília, DF: MPO, 2020.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Ação Direta de Inconstitucionalidade n. 3943/DF**. Relator: Min. Alexandre de Moraes. Julgado em 7 nov. 2018. Diário da Justiça Eletrônico, Brasília, DF.

BRITO FILHO, José Claudio Monteiro de. **Direito à saúde**: um direito fundamental social. São Paulo: LTr, 2012.

BRITO FILHO, José Claudio Monteiro de. **Direitos sociais**: efetivação e acesso à justiça. 8. ed. São Paulo: LTr, 2021.

BUCCI, Maria Paula Dallari. **Fundamentos para uma teoria jurídica das políticas públicas**. São Paulo: Saraiva, 2015.

BUCCI, Maria Paula Dallari. O conceito de política pública em direito. **Revista de Direito Administrativo**, Rio de Janeiro, v. 244, p. 197-230, 2006.

BUCCI, Maria Paula Dallari. Políticas públicas: reflexões sobre o conceito jurídico. In: SARLET, I. W.; MARINONI, L. G.; MITIDIERO, D. (Orgs.). **Direitos fundamentais e políticas públicas**. São Paulo: RT, 2007. p. 97-118.

BULOS, U. L. **Curso de direito constitucional**. 16. ed. São Paulo: Saraiva, 2023.
CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Um método para análise e co-gestão de coletivos: o método da roda. São Paulo: Hucitec, 2000.

CANGUILHEM, Georges. **O normal e o patológico**. 6. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2000.

CANOTILHO, J. J. G. **Direito constitucional e teoria da constituição**. 7. ed. Coimbra: Almedina, 2004.

CAPPELLETTI, Mauro; GARTH, Bryant. **Acesso à justiça**. Porto Alegre: Fabris, 1988.
CEARÁ. Governo do Estado. Atualização cadastral no Plantão Cirurgias otimiza fila de espera. Fortaleza, 2023. Disponível em: <https://ceara.gov.br/2023/04/12/atualizacao-cadastral-no-plantao-cirurgias-otimiza-fila-de-espera/>. Acesso em: 12 set. 2025.

CEARÁ. Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. **Plataforma Digital de Saúde – SESA/CE**. Fortaleza: SESA/CE, [2025?]. Disponível em: <https://digital.saude.ce.gov.br/>. Acesso em: 16 out. 2025.

CEDENHO, Antonio Carlos. A dignidade da pessoa humana como fundamento para concessão de medicamentos pelo Supremo Tribunal Federal. **Revista do TRF3**, ano XXVII, n. 129, abr./jun. 2016.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Resolução nº 238, de 6 de setembro de 2016**. Cria os Núcleos de Apoio Técnico do Judiciário – NatJus. Brasília, 2016. Disponível em: <https://atos.cnj.jus.br>. Acesso em: 16 jun. 2025.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Justiça em Números – 2022**. Brasília: CNJ, 2022. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br>. Acesso em: 16 jun. 2025.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Judicialização da Saúde no Brasil: panorama nacional 2023**. Brasília: CNJ, 2023.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Encontro Nacional: Ministro Barroso destaca compromissos do Judiciário com a eficiência**. Brasília, DF: CNJ, 2024. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/encontro-nacional-ministro-barroso-destaca-compromissos-do-judiciario-com-a-eficiencia/>. Acesso em: 25 out. 2025.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Sobre o CONASS**. Disponível em: <https://www.conass.org.br>. Acesso em: 26 ago. 2025.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Direito à saúde**. Brasília: CONASS, 2015. Disponível em: https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/colecao2015/CONASS-DIREITO_A_SAUDE-ART_1B.pdf. Acesso em: 25 out. 2025.

CUNHA, Jarbas Ricardo Almeida. O Princípio da Proibição do Retrocesso Social como instrumento de efetivação do direito à saúde no Brasil: ratificando o Sistema Único de Saúde constitucional. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, 2020. Disponível em: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/1127/1246>. Acesso em: 25 out. 2025.

DAOU, Heloisa Sami. **A efetivação do direito à saúde no Brasil: entre a judicialização e a formulação de políticas públicas**. São Paulo: Tirant LoBlanch, 2020.

DAOU, Heloisa Sami. **Direito à saúde no Brasil: fundamentos constitucionais e desafios contemporâneos**. São Paulo: Saraiva, 2017.

DEFENSORIA cobra regularização da fila de espera para cirurgias ortopédicas. **Agência Brasil**, Rio de Janeiro, 19 jun. 2023. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2023-06/defensoria-cobra-regularizacao-da-fila-de-espera-para-cirurgias-ortopedicas>. Acesso em: 13 set. 2025.

DELDUQUE, M. C.; ALVES, S. M. C. **A mediação como alternativa à judicialização da saúde**. Brasília: ESMPU, 2023.

DIDIER JR., Fredie; ZANETI JR., Hermes; OLIVEIRA, Rafael Alexandria de. Elementos para uma teoria do processo estrutural aplicada ao processo civil brasileiro. **Rev. MP-RJ**, n. 75, jan./mar. 2020.

DONNANGELO, Maria Cecília; PEREIRA, Luiz. **Saúde e sociedade**. São Paulo: Livraria Duas Cidades, 1976.

DWORKIN, R. **Levando os direitos a sério**. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

ELMANO anuncia abertura de 60 leitos para cirurgias ortopédicas. **Portal Governo do Estado**. Governador. Fortaleza, 2025. Disponível em: <https://ceara.gov.br/2025/04/03/governador-elmano-anuncia-abertura-de-60-leitos/>. Acesso em: 12 set. 2025.

FARIAS, James Magno Araújo. Dignidade da pessoa humana e bioética: a declaração de constitucionalidade do artigo 5º da Lei n. 11.105/05 (Lei de Biossegurança) pelo Supremo Tribunal Federal. **Revista Eletrônica do TRT6 – Doutrina**, p. 130-146, 2015. Disponível em: https://juslaboris.tst.jus.br/bitstream/handle/20.500.12178/102779/2015_farias_james_dignidade_pessoa.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 25 out. 2025.

FERNANDES, Márcio. **Judicialização de políticas públicas de saúde: impactos não federais do SUS**. 100 f. Dissertação (Mestrado em Direito) – Programam de Pós-Graduação em Direito da Universidade Federal do Husadelongas Rio de Janeiro, 2019.

FIOCRUZ. **O SUS sob ataque: impactos da EC 95**. Rio de Janeiro: ENSP, 2021.

FLECK, M. P. A. O conceito de saúde: revisão conceitual. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, supl. 1, p. 7-10, 2009.

FLICK, Uwe. **Introdução à pesquisa qualitativa**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FRANÇA, E. P. C.; NÓBREGA, F. F. B. A importância do experimentalismo democrático na resolução de litígios estruturais pela via judicial: flexibilidade e participação no controle de políticas públicas. **Revista Direitos Sociais e Políticas Públicas**, v. 9, n.2, p. 210-238, 2021.

GAJARDONI, Fernando da Fonseca et al. **Livro Comentários ao Código de Processo Civil**. 5. ed. Rio de Janeiro, RJ: Forense, 2022.

GAMA, D. T. **Por uma releitura principiológica do direito à saúde: da relação entre o direito individual a medicamentos nas decisões judiciais e as políticas públicas de saúde**. 2007. 148 f. Dissertação (Mestrado em Direito) – Universidade de Brasília, Brasília. 2007.

GANDRA, I. O Supremo Tribunal Federal e o consequencialismo jurídico. **Revista do Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro**, n. 76, 2020.

GARCIA, Denise Schmitt Siqueira; LIMA, Breno Azevedo. O processo estrutural como possível instrumento de solução para litígios coletivos irradiados. **Rev. Jurídica do Ministério Público Catarinense**, v. 18, n. 37, dez. 2023.

GARGARELLA, Roberto. **Latin American Constitutionalism, 1810-2010: The Engine Room of the Constitution**. Nova York: Oxford University Press, 2013.

GIACOMONI, James. **Orçamento público**. 17. ed. São Paulo: Atlas, 2017.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2019.

GIOVANELLA, L. et al. Sistema Universal de Saúde e Cobertura Universal: desvendando pressupostos e estratégias. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1763-1776, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n6/1413-8123-csc-23-06-1763.pdf>. Acesso em: 16 jun. 2025.

INSTITUTO NACIONAL DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA JAMIL HADDAD. **Judicialização de procedimentos cirúrgicos em ortopedia no âmbito hospitalar (2014-2017)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

INSPER. **Judicialização da Saúde no Brasil**: perfil das demandas, causas e propostas de soluções. São Paulo: Insper, 2019.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Impactos da EC 95 sobre os gastos sociais**. Brasília: Ipea, 2018.

LADVOCAT, M. Tamanho do governo e crescimento econômico. **Revista RRCF**, Fortaleza, v. 11, n. 1, jan./jun. 2020.

LATORRACA, L. C. et al. **Saúde Pública e Descentralização**: desafios e avanços. São Paulo: Atlas, 2022.

LUZ, Madel Terezinha. **Natural, racional, social**: razão médica e racionalidade científica moderna. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2007a.

LUZ, Madel Terezinha. **Novos saberes e práticas em saúde coletiva**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2007b.

MACHADO, F. R. S.; DAIN, S. Judicialização da saúde: o papel do Judiciário e os limites das decisões técnicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 6, p. 1889-1898, 2017.

MARINONI, Luiz Guilherme; ARENHART, Sérgio Cruz; MITIDIERO, Daniel. **Novo Curso de Processo Civil**: tutela dos direitos mediante procedimentos diferenciados. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2015. Vol. 3.

MEDINA, B. S. O que vem depois: desafios na implementação de decisões estruturais em litígios que envolvem o Poder Público. **RJLB – Revista Jurídica Luso-Brasileira**, 2023.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. 2. ed. Brasília, DF: OPAS, 2011.

MENDES, Eugênio Vilaça. **O lado oculto de uma pandemia**: a terceira onda da Covid-19. Brasília, DF: CONASS, 2020.

MINAYO, Maria Cecília de Sousa (org.). **Pesquisa Social**: teoria, método e criatividade. 34. ed. Petrópolis: Vozes, 2015.

NERY JUNIOR, Nelson; ABOUD, Georges. **Direito constitucional brasileiro**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2017.

NOZICK, R. **Anarquia, Estado e Utopia**. São Paulo: Martins Fontes, 2011.

OLIVEIRA, M. R.; RANGEL, T. C. M. Judicialização da saúde e justiça distributiva: análise crítica das decisões judiciais. **Revista Brasileira de Direito Público**, v. 18, n. 70, p. 159-177, 2021.

OLIVEIRA, Mônica Gonçalves de. O direito ao mínimo existencial à luz da dignidade da pessoa humana. **Revista Foco**, v. 17, n. 8, 2024.

OLIVEIRA, A. C. O papel do NatJus na saúde suplementar: perspectivas e desafios. **Revista de Direito Público**, v. 16, n. 1, p. 201-223, 2021.

ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS. **Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais**, 16 dez. 1996. Disponível em: <https://www.oas.org/dil/port/1966%20Pacto%20Internacional%20sobre%20os%20Direitos%20Econ%C3%B3micos,%20Sociais%20e%20Culturais.pdf>. Acesso em: 25 out. 2025.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Constitution of the World Health Organization**. Geneva: OMS, 1946. Disponível em: <https://www.who.int/about/governance/constitution>. Acesso em: 05 ago. 2025.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. 1948. Disponível em: <https://www.ohchr.org/EN/UDHR/Pages/Language.aspx?LangID=por>. Acesso em: 05 ago. 2025.

PAIM, J. S. **O que é o SUS**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015.

PEPE, V. L. E. et al. A atuação dos núcleos de apoio técnico e a racionalização da judicialização da saúde. **Saúde em Debate**, v. 43, n. 123, p. 120-134, 2019.

PIERDONÁ, Zilda Mara. **Autonomia da Defensoria Pública: fundamentos e implicações**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2016.

PINHEIRO, M. C. **Núcleos de Assessoramento Técnico: estratégia à judicialização da saúde?** 2016. Monografia (Especialização em Gestão Pública) – UnB, Brasília, 2016.

PIOLA, S. F.; VIANA, A. L. D. O SUS e a segmentação do sistema de saúde brasileiro: um debate necessário. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 7, n. 2, p. 311-320, 2002.

PIOVESAN, Flávia. **Direitos Humanos e Justiça Internacional**. São Paulo: Editora Saraiva, 2018.

RAWLS, J. **Justiça como equidade: uma reformulação**. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

RAWLS, J. **Uma teoria da justiça**. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

SADDY, A. Apreciatividade administrativa e conceitos afins. Interesse Público [recurso eletrônico], Belo Horizonte, v. 17, n. 91, maio/jun. 2015. Disponível em: <https://dspace.almg.gov.br/handle/11037/19368>. Acesso em: 01 set. 2024.

SANTOS, Boaventura de Sousa. **Para uma revolução democrática da justiça**. São Paulo: Cortez, 2007.

SANTOS, Lenir. **Direito da saúde no Brasil**. Campinas, SP: Saberes, 2010.

SARLET, Ingo Wolfgang. **A eficácia dos direitos fundamentais**. 12. ed. São Paulo: Saraiva, 2017.

SARLET, Ingo Wolfgang. **Dignidade da pessoa humana e direitos fundamentais na Constituição Federal de 1988**. 8. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2010.

SARLET, Ingo Wolfgang. Dignidade (da pessoa) humana, mínimo existencial e justiça constitucional: algumas aproximações e desafios. In: LEITE, G. S.; SARLET, I. W. (Orgs.). *Jurisdição constitucional, democracia e direitos fundamentais*. Salvador: Juspodivm, 2012. p. 31-61.

SARLET, Ingo Wolfgang. Direitos fundamentais sociais e proibição de retrocesso: algumas notas sobre o desafio da sobrevivência dos direitos sociais num contexto de crise. **RIHJ-Revista do Instituto de Hermenêutica Jurídica**, v. 1, n. 2, p. 1-34, 2004. Disponível em: <https://ojs.editoraforum.com.br/rihj/index.php/rihj/article/download/379/33>. Acesso em: 23 nov. 2025.

SARLET, Ingo Wolfgang. Os direitos fundamentais sociais e os vinte anos da Constituição Federal de 1988: resistências e desafios à sua eficácia e efetividade. **RIHJ-Revista do Instituto de Hermenêutica Jurídica**, v. 1, n. 6, p. 1-32, 2008. Disponível em: <https://ojs.editoraforum.com.br/rihj/index.php/rihj/article/download/443/97>. Acesso em: 23 nov. 2025.

SARLET, Ingo Wolfgang; FIGUEIREDO, M. A eficácia dos direitos fundamentais sociais e o princípio da reserva do possível: algumas notas críticas. **Revista CEJ**, v. 13, n. 47, p. 26-35, 2009.

SARLET, Ingo Wolfgang; TIMM, Luciano Benetti. (Org.). **Direitos fundamentais, orçamento e reserva do possível**. 2. ed. Salvador: Juspodivm, 2013.

SARMENTO, D. **Dignidade da pessoa humana: conteúdo, trajetória e metodologia**. Belo Horizonte: Fórum, 2016.

SAÚDE do Ceará alcança marca de 150 mil cirurgias eletivas em um ano. **Portal Governo do Estado**. Fortaleza, 2024. Disponível em: <https://www.ceara.gov.br/2024/12/12/ceara-ultrapassa-a-marca-de-150-mil-cirurgias-realizadas-em-um-ano/>. Acesso em: 13 set. 2025.

SECCHI, L. *Análise de políticas públicas*. 2. ed. São Paulo: Cengage Learning, 2012.

SCHULMAN, G.; BARBOSA DA SILVA, A. (Des)judicialização da saúde: mediação e diálogos interinstitucionais. **Revista Bioética**, v. 25, n. 2, 2017. Disponível em: https://revistabioetica.cfm.org.br/revista_bioetica/article/view/1365. Acesso em: 27 jan. 2025

SCLIAR, Moacyr. História do conceito de saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 17, n. 1, p. 9-26, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/WNtwLvWQRFbscbzCywV9wGq/?lang=pt>. Acesso em: 09 set. 2025.

SCHULZE, Clenio Jair. **O direito à saúde e a dignidade da pessoa humana**. Tese (Doutorado em Ciência Jurídica) – UNIVALI, Itajaí, 2014.

SCHULZE, Clenio Jair. **Direito à Saúde: análise à luz da judicialização**. Belo Horizonte: Fórum, 2016.

SCHULZE, Clenio Jair. **A judicialização da saúde e o Conselho Nacional de Justiça**. Revista da Justiça Federal – TRF da 4ª Região, Porto Alegre, 2012.

SEN, A. **A ideia de justiça**. São Paulo: Companhia das Letras, 2011.

SILVA, A. C. de A.; NICOLETTI, M. A. Judicialização da saúde: análise do fenômeno e consequências. **Revista de Direito Sanitário**, v. 20, n. 3, p. 139-153, 2020.

SOUZA, C. Política(s) pública(s): uma revisão da literatura. **Sociologias**, Porto Alegre, n. 16, p. 20-45, jul./dez. 2006.

SOUZA JUNIOR, Joaquim Ribeiro de; LOPES, Marco Túlio Rodrigues. O processo estrutural como instrumento de harmonização da intervenção judicial na concretização de direitos fundamentais com a realidade socioeconômica. **JNT - Facit Business and Technology Journal**, Araguaína, TO, v. 1, n. 29, p. 218-242, 2021. Disponível em: <https://revistas.faculdefacit.edu.br/index.php/JNT/about/contact>. Acesso em: 25 out. 2025.

SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. ADPF 347 MC/DF. Rel. Min. Marco Aurélio, j. 9 set. 2015.

SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. RE 566.471. Rel. Min. Marco Aurélio. Julg. 22 maio 2019/2020. Disponível em: <https://www.stf.jus.br>. Acesso em: 04 ago. 2025.

SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. Tema 6 da Repercussão Geral – Fornecimento de medicamentos não registrados na Anvisa. Brasília, 2016.

SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. STF celebra conclusão de julgamento sobre fornecimento de medicamentos de alto custo. Brasília, 2024. Disponível em: <https://noticias.stf.jus.br/postsnoticias/stf-celebra-conclusao-de-julgamento-sobre-fornecimento-de-medicamentos-de-alto-custo>. Acesso em: 01 fev. 2025.

TAVARES, A. R. **Curso de Direito Constitucional**. 21. ed. São Paulo: Saraiva, 2023.

TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO. **Relatório sobre os impactos da judicialização na saúde pública**. Brasília: TCU, 2017. Disponível em: <https://www.tcu.gov.br/judicializacao-da-saude>. Acesso em: 01 fev. 2025.

TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO. **Auditoria TC 015.125/2021-1: Impactos da Judicialização da Saúde no Brasil**. Brasília: TCU, 2021.

TOLENTINO, A. A. M. de. As decisões consequentialistas diante da LINDB. Brasília, DF: 2024.

TORRES, Ricardo Lobo. A metamorfose dos direitos sociais em mínimo existencial. In: SARLET, I. W. (Org.). **Direitos fundamentais sociais**. Rio de Janeiro: Renovar, 2003. p.

253-278.

TORRES, Ricardo Lobo. **Curso de direito financeiro e tributário**. 17. ed. Rio de Janeiro: Renovar, 2010.

TORRES, Ricardo Lobo. **O mínimo existencial e os direitos fundamentais**. Rio de Janeiro: Renovar, 2009.

TRINDADE, U. **Justiça distributiva**: uma leitura da obra de John Rawls. 2008. 115 f. Dissertação (Mestrado em Filosofia) – Unisinos, 2008.

VENTURI, T. G. P. A análise consequencialista no processo de tomada das decisões judiciais a partir da obra de Ricardo L. Lorenzetti. **RIDB**, v. 1, n. 7, 2012.

VIEIRA, Fabiola Sulpino. Judicialização e direito à saúde no Brasil: uma trajetória de encontros e desencontros. **Revista de Saúde Pública**, v. 57, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/rsp/2023.v57/1/pt>. Acesso em: 25 out. 2025.

VIEIRA, F. S.; ZUCCHI, P. Judicialização da saúde: a busca por medicamentos e seus impactos. **Revista de Administração Pública**, v. 41, n. 3, p. 377-389, 2007.

VIEIRA, Oscar Vilhena. **Direitos fundamentais**: uma leitura da jurisprudência do STF. 2. ed. São Paulo: Malheiros, 2017.

VITORELLI, Edilson. **O devido processo legal coletivo**: representação, participação e efetividade da tutela jurisdicional. Curitiba: UFPR, 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Constitution of the World Health Organization**. Geneva: WHO, 1946. Disponível em: <https://www.who.int/about/governance/constitution>. Acesso em: 05 ago. 2025.