XV ENCONTRO INTERNACIONAL DO CONPEDI ALICANTE - ESPANHA

BIOÉTICA, BIODIREITO E DIREITOS DOS ANIMAIS

MARIA CLAUDIA DA SILVA ANTUNES DE SOUZA

JERÔNIMO SIQUEIRA TYBUSCH

TEREZA RODRIGUES VIEIRA

Copyright © 2026 Conselho Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Direito

Todos os direitos reservados e protegidos. Nenhuma parte destes anais poderá ser reproduzida ou transmitida sejam quais forem os meios empregados sem prévia autorização dos editores.

Diretoria – CONPEDI
Presidente - Profa. Dra. Samyra Haydêe Dal Farra Naspolini - FMU – São Paulo
Diretor Executivo - Prof. Dr. Orides Mezzaroba - UFSC – Santa Catarina
Vice-presidente Norte - Prof. Dr. Jean Carlos Dias - Cesupa – Pará
Vice-presidente Centro-Oeste - Prof. Dr. José Querino Tavares Neto - UFG – Goiás
Vice-presidente Sul - Prof. Dr. Leonel Severo Rocha - Unisinos – Rio Grande do Sul
Vice-presidente Sudeste - Profa. Dra. Rosângela Lunardelli Cavallazzi - UFRJ/PUCRio – Rio de Janeiro
Vice-presidente Nordeste - Prof. Dr. Raymundo Juliano Feitosa - UNICAP - Pernambuco

Representante Discente: Prof. Dr. Abner da Silva Jaques - UPM/UNIGRAN - Mato Grosso do Sul

Conselho Fiscal:
Prof. Dr. José Filomeno de Moraes Filho - UFMA - Maranhão
Prof. Dr. Caio Augusto Souza Lara - SKEMA/ESDHC/UFMG - Minas Gerais
Prof. Dr. Valter Moura do Carmo - UFERSA - Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Fernando Passos – UNIARA - São Paulo
Prof. Dr. Edinilson Donisete Machado - UNIVEM/UENP - São Paulo
Secretarias
Relações Institucionais:
Prof. Dra. Claudia Maria Barbosa - PUCPR - Paraná
Prof. Dr. Heron José de Santana Gordilho - UFBA - Bahia
Profa. Dra. Daniela Marques de Moraes - UNB - Distrito Federal
Comunicação:
Prof. Dr. Robison Tramontina - UNOESC - Santa Catarina
Prof. Dr. Liton Lanes Pilau Sobrinho - UPF/Univali - Rio Grande do Sul
Prof. Dr. Lucas Gonçalves da Silva - UFS - Sergipe
Relações Internacionais para o Continente Americano:
Prof. Dr. Jerônimo Siqueira Tybusch - UFSM - Rio Grande do Sul
Prof. Dr. Paulo Roberto Barbosa Ramos - UFMA - Maranhão
Prof. Dr. Felipe Chiarello de Souza Pinto - UPM – São Paulo
Relações Internacionais para os demais Continentes:
Profa. Dra. Gina Vidal Marcilio Pompeu - UNIFOR - Ceará
Profa. Dra. Sandra Regina Martini - UNIRITTER / UFRGS - Rio Grande do Sul
Profa. Dra. Maria Claudia da Silva Antunes de Souza - UNIVALI – Santa Catarina
Educação Jurídica
Profa. Dra. Viviane Coêlho de Séllos Knoerr - Unicuritiba - PR
Prof. Dr. Rubens Beçak - USP - SP
Profa. Dra. Livia Gaigher Bosio Campello – UFMS – MS
Eventos:
Prof. Dr. Yuri Nathan da Costa Lannes - FDF - São Paulo
Profa. Dra. Norma Sueli Padilha - UFSC - Santa Catarina
Prof. Dr. Juraci Mourão Lopes Filho - UNICHRISTUS - Ceará

Comissão Especial
Prof. Dr. João Marcelo de Lima Assafim - UFRJ - RJ
Profa. Dra. Maria Creusa De Araújo Borges - UFPB - PB
Prof. Dr. Antônio Carlos Diniz Murta - Fumec - MG
Prof. Dr. Rogério Borba - UNIFACVEST - SC

B615

Bioética, biodireito e direitos dos animais[Recurso eletrônico on-line] organização CONPEDI

Coordenadores: Maria Claudia da Silva Antunes de Souza; Jerônimo Siqueira Tybusch; Tereza Rodrigues Vieira.– Florianópolis: CONPEDI, 2026.

Inclui bibliografia
ISBN: 978-65-5274-683-2
Modo de acesso: www.conpedi.org.br em publicações
Tema: Meio ambiente e sustentabilidade: perspectivas globais e locais na agenda 2030

2. Bioética. 3. Direito dos animais. XV Encontro Internacional do CONPEDI Alicante - Espanha (1: 2026: Florianópolis, Brasil).

CDU: 34



Conselho Nacional de Pesquisa
e Pós-Graduação em Direito Florianópolis
Santa Catarina – Brasil
www.conpedi.org.br

XV ENCONTRO INTERNACIONAL DO CONPEDI ALICANTE - ESPANHA

BIOÉTICA, BIODIREITO E DIREITOS DOS ANIMAIS

Apresentação

O diálogo acerca da Bioética, Biodireito e Direitos dos Animais no CONPEDI é essencial para alinhar o Direito às inovações científicas e à necessidade premente de superar o antropocentrismo. Este ambiente transdisciplinar favorece a reavaliação de princípios jurídicos, assegurando a proteção da vida e a defesa de seres sencientes.

O artigo “A Macrobioética no Sistema Interamericano e Direitos Humanos: O Impacto da Oc-32/25 da Corte IDH no Pensamento Biojurídico Contemporâneo” desenvolvido por Gustavo Paschoal Teixeira de Castro Oliveira e Jadir Alves de Oliveira examina de que maneira a Opinião Consultiva 32/25 amplia a salvaguarda da vida e da saúde coletiva na América Latina, adotando uma visão global e macrobioética. Ela reformula a responsabilidade dos Estados em relação aos avanços na biotecnologia e às emergências sanitárias, incorporando as orientações de direitos humanos à base do biodireito atual.

Idel Profeta Ribeiro apresentou o artigo “A Subjetividade Jurídica dos Animais Não-Humanos: Evolução Legislativa e a Efetividade da Proteção Patrimonial na Sucessão Hereditária” o qual investiga a mudança na condição legal dos animais, que passam de "coisas" a sujeitos de direitos, examinando a forma como o sistema jurídico responde à alocação de bens em testamentos para assegurar seu bem-estar. O principal desafio consiste em desenvolver mecanismos contratuais ou de fideicomisso que assegurem que os recursos herdados sejam efetivamente utilizados para promover o bem-estar dos animais.

O artigo “Assimetria Informacional e Consentimento Informado na Reprodução Assistida: Entre os Casos de Lulu e Nana e de Aurea” apresentado por Luan Christ Rodrigues aborda a desigualdade de conhecimento técnico entre médicos e pacientes, utilizando exemplos concretos de edição genética (Lulu e Nana) e conflitos sobre embriões para evidenciar os riscos à autonomia. Argumenta que o consentimento deve ser claro e fundamentado para prevenir abusos bioéticos e práticas eugênicas na aplicação de biotecnologias reprodutivas.

Larissa Chaves Tork de Oliveira apresentou o artigo “Bioética e Equidade no Acesso à Saúde Pública na Amazônia Legal: Análise da Judicialização e Papel dos Comitês Estaduais de Saúde” o qual examina o fenômeno da judicialização da saúde em áreas remotas, onde a grave falta de recursos dificulta a implementação do princípio da equidade do SUS. Enfatiza

a importância fundamental dos Comitês Estaduais de Saúde na oferta de apoio técnico aos magistrados, visando equilibrar o direito individual à saúde com a viabilidade financeira coletiva.

O texto “Derechos Humanos, Salud y Discapacidad: Posibilidades de Inclusión a través del Derecho a la Salud para las Personas con Discapacidad” redigido por Janaína Machado Sturza e Joice Graciele Nielsson foca na utilização do direito à saúde como um meio de promoção da inclusão social e da emancipação de indivíduos com deficiência, ultrapassando o antigo paradigma estritamente médico-assistencialista. Sugere que a oferta abrangente de tratamentos e tecnologias assistivas deve ser considerada uma responsabilidade inalienável do Estado, essencial para assegurar a dignidade humana e a igualdade substancial.

O artigo “O Reconhecimento dos Animais como Seres Sencientes e os Limites Bioéticos no Estado Democrático de Direito diante dos Maus-Tratos: Avanços Normativos e Desafios de Efetividade no Brasil” de autoria de Idel Profeta Ribeiro concentra o debate na senciência dos animais como um impedimento moral e legal contra a crueldade, analisando a relação entre legislações protetivas (como a Lei Sansão) e a realidade da sua fiscalização. Levanta questões sobre os limites das atividades humanas aceitas pelo Estado e discute a urgência de punições mais rigorosas para assegurar a efetividade dos direitos ambientais.

O texto “O Vácuo Normativo da Reprodução Humana Assistida: Uma Análise Crítica da Defasagem da PLs 90/1999 sob a Ótica dos Direitos Fundamentais e da Personalidade” de autoria de Valéria Silva Galdino Cardin, Tereza Rodrigues Vieira e Rafaela Poleto Bezerra destaca a necessidade urgente de uma legislação no Brasil, onde a reprodução assistida é apenas regulamentada por resoluções do Conselho Federal de Medicina, em virtude da paralisação de projetos de lei que já existem. Essa situação resulta em uma significativa insegurança jurídica, impactando diretamente os direitos da personalidade, o planejamento familiar e a condição legal dos embriões criopreservados.

Por sua vez, Antônio Baptista Gonçalves apresentou o artigo “Responsabilidade Penal dos Profissionais de Saúde” no qual aborda a responsabilização penal de médicos e enfermeiros em situações de erro grave, negligência, imprudência ou falta de habilidade que levem a danos ou óbitos.

Ao término das apresentações, ocorreu um extenso debate fomentados pelos Coordenadores acerca dos temas discutidos. Esse diálogo enriquece a perspectiva crítica ao unir ciência, legislação e uma delicada sensibilidade moral. Ele aborda questões relacionadas à dignidade da vida e os limites das novas biotecnologias.

Tereza Rodrigues Vieira

Pós-Doutora em Direito pela Université de Montreal e Docente do Mestrado em Direito e do curso de Medicina da UNIPAR, Universidade Paranaense.

Maria Claudia da Silva Antunes de Souza

Universidade do Vale do Itajai

Jerônimo Siqueira Tybusch

Universidade Federal de Santa Maria

BIOÉTICA E EQUIDADE NO ACESSO À SAÚDE PÚBLICA NA AMAZÔNIA LEGAL: ANÁLISE DA JUDICIALIZAÇÃO E PAPEL DOS COMITÊS ESTADUAIS DE SAÚDE

BIOETHICS AND EQUITY IN ACCESS TO PUBLIC HEALTH IN THE LEGAL AMAZON: AN ANALYSIS OF JUDICIALIZATION AND THE ROLE OF STATE HEALTH COMMITTEES

Larissa Chaves Tork De Oliveira

Resumo

Este estudo analisa a bioética aplicada à saúde pública com foco na promoção da equidade no acesso a tecnologias e tratamentos, especialmente na região da Amazônia Legal. Considera-se a justiça distributiva e a responsabilidade social como fundamentos essenciais para enfrentar desigualdades estruturais e limitações financeiras que impactam a efetivação do direito constitucional à saúde. A pesquisa combina revisão bibliográfica e análise documental de decisões judiciais do Tribunal Pleno Jurisdicional do Acre entre 2010 e 2017, cruzando dados financeiros e clínicos para identificar os custos e desafios da judicialização da saúde. Destaca-se a importância dos Comitês Estaduais de Saúde, compostos por equipes multidisciplinares, para qualificar decisões técnicas e éticas, promovendo maior equidade vertical e horizontal no atendimento. São discutidos os determinantes sociais da saúde, as barreiras geográficas e logísticas da região amazônica, bem como as falhas na implementação de políticas públicas que alimentam a judicialização e agravam desigualdades. A análise evidencia que a insuficiência da infraestrutura hospitalar e dos sistemas de transporte, aliada à fragmentação administrativa, compromete o acesso efetivo aos serviços, gerando custos elevados e desequilíbrios orçamentários. Propõe-se que a integração entre bioética, direitos humanos e gestão pública, por meio de mecanismos institucionais participativos e multidisciplinares, seja fundamental para assegurar a justiça distributiva e a sustentabilidade do sistema público de saúde, especialmente em contextos socioeconômicos e territoriais vulneráveis.

Palavras-chave: Bioética, Saúde, Equidade, Direito, Amazônia

Abstract/Resumen/Résumé

This study analyzes bioethics applied to public health, focusing on the promotion of equity in access to technologies and treatments, specifically within the Legal Amazon region. It considers distributive justice and social responsibility as essential foundations for addressing structural inequalities and financial limitations that impact the realization of the constitutional right to health. The research combines a literature review with a documentary analysis of judicial decisions from the Full Jurisdictional Court of Acre between 2010 and 2017, cross-referencing financial and clinical data to identify the costs and challenges of

health judicialization. The study highlights the importance of State Health Committees—composed of multidisciplinary teams—in qualifying technical and ethical decisions, thereby promoting greater vertical and horizontal equity in care. It discusses the social determinants of health, the geographic and logistical barriers of the Amazon region, and the failures in public policy implementation that fuel judicialization and exacerbate inequalities. The analysis reveals that insufficient hospital infrastructure and transportation systems, combined with administrative fragmentation, compromise effective access to services, generating high costs and budgetary imbalances. Finally, it proposes that the integration of bioethics, human rights, and public management, through participatory and multidisciplinary institutional mechanisms, is fundamental to ensuring distributive justice and the sustainability of the public health system, especially in vulnerable socioeconomic and territorial contexts.

Keywords/Palabras-claves/Mots-clés: Bioethics, Health, Equity, Law, Amazon

1 Introdução

A discussão sobre a bioética aplicada à saúde, especialmente no contexto da promoção da equidade no acesso a tecnologias e tratamentos, exige desde o início um diálogo com conceitos fundamentais como justiça distributiva e responsabilidade social. Em países e regiões onde há limitações financeiras e desigualdades estruturais, as políticas de saúde que pretendem alcançar cobertura universal devem lidar não apenas com a oferta de serviços, mas também com as barreiras econômicas que impedem o uso desses serviços (Castillo et al. 2017). Essa diferença conceptual entre "universal health care" e "universal health coverage" aponta para distintas estratégias adotadas em contextos socioeconômicos variados. No caso brasileiro, e particularmente na Amazônia Legal, essas estratégias enfrentam desafios adicionais relacionados à infraestrutura precária e à dispersão geográfica. O presente estudo se inicia reconhecendo que o direito à saúde é garantido constitucionalmente, mas sua efetivação esbarra em questões práticas como a falta de recursos, a judicialização excessiva de demandas médicas e a ausência de protocolos técnicos consistentes para decisões judiciais. As resoluções do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), como a N.238/2016, tentaram criar mecanismos participativos por meio de Comitês Estaduais de Saúde para qualificar tais decisões. Esses comitês funcionam como espaços multidisciplinares dedicados à análise técnica das demandas e à proposição de soluções mais ajustadas aos contextos regionais. Contudo, apesar da importância desses órgãos colegiados, pouca parcela da população tem acesso ou conhecimento sobre sua existência, o que limita seu impacto em termos de equidade. Do ponto de vista ético-filosófico, é fundamental questionar até que ponto os padrões atuais de distribuição de recursos atendem ao princípio de justiça. Rawls propõe uma divisão clara: cabe à sociedade garantir um conjunto básico de bens primários como liberdade e oportunidades iguais, enquanto o indivíduo é responsável por ajustar seus objetivos dentro dessa estrutura justa (Rawls 2010). Essa perspectiva impede que preferências extravagantes ou demandas desproporcionais criem obrigações adicionais para o sistema público, reforçando que o foco deve estar em necessidades legítimas relacionadas ao bem-estar essencial. Metodologicamente, este artigo fundamenta suas análises em revisão bibliográfica ampla e crítica. Foram consultadas bases acadêmicas como Bireme, Web of Science e Lilacs para mapear conceitos-chave envolvendo bioética, equidade e judicialização da saúde. A

pesquisa documental também foi incorporada por meio do levantamento sistemático das decisões colegiadas emitidas pelo Tribunal Pleno Jurisdicional do Estado do Amapá entre 2010 e 2017. O método empregado privilegiou procedimentos estruturados para filtragem dos dados coletados. Foram excluídos casos sem valores nominais ou anteriores a 2010 e selecionados acórdãos definitivos relacionados ao tratamento médico-hospitalar ou fornecimento de medicamentos (Leitão et al. 2022). Esse rigor metodológico possibilitou cruzar informações financeiras com diagnósticos clínicos apresentados nas ações judiciais. Ainda é relevante destacar que esse recorte geográfico na Amazônia Legal não é apenas uma delimitação espacial; ele carrega implicações sociais profundas. Trata-se de mais de metade do território brasileiro com cerca de 56% da população indígena nacional vivendo sob condições socioeconômicas diversas. Esse contexto implica reconhecer a equidade como norma ética orientadora na alocação dos recursos públicos. Políticas públicas devem ser desenhadas levando em conta essa heterogeneidade socioeconômica regionalizada, evitando abordagens genéricas que falham ao considerar vulnerabilidades específicas. É nesse cenário que a bioética pode servir como espaço deliberativo potente dentro dos Comitês Estaduais de Saúde. A presença de profissionais especialistas nesta área ampliaria as discussões sobre casos complexos para além dos aspectos técnicos convencionais, incluindo dimensões morais na tomada de decisão. Tal medida poderia reduzir judicializações desnecessárias ao priorizar evidências científicas qualificadas na avaliação das demandas médicas. Ao mesmo tempo contribuiria para fortalecer processos democráticos na formulação das políticas públicas, garantindo participação equitativa entre diferentes atores sociais, algo que dialoga diretamente com as propostas internacionais para reforço do paradigma dos direitos humanos aplicados à saúde (Castillo et al. 2017).

2 Fundamentos teóricos sobre bioética e equidade em saúde

A origem institucional da bioética brasileira esteve associada à criação da Sociedade Brasileira de Bioética, em 1995, e ao sistema nacional de revisão ética de pesquisas envolvendo seres humanos, considerado um dos mais organizados da América Latina, contando atualmente com centenas de comitês distribuídos por universidades, hospitais e instituições. Esses marcos são evidências de um esforço contínuo para assegurar a prática ética tanto na pesquisa quanto nos serviços prestados à população. O SUS, concebido sob

princípios constitucionais claros como universalidade, igualdade no atendimento e integralidade da assistência, reflete diretamente esse compromisso. Ele integra desde medidas básicas de vigilância sanitária até intervenções complexas como transplantes ou tratamentos oncológicos. Apesar dessa abrangência estrutural admirável, dificuldades na implementação revelam fragilidades em planejamento e gestão. Dentro da perspectiva latino-americana, a bioética adquiriu um caráter próprio denominado bioética de intervenção. Esta abordagem coloca maior ênfase em problemas macroestruturais comuns a países periféricos, fome, exclusão social, desigualdade, e busca relacioná-los aos determinantes políticos e econômicos que moldam as condições de acesso à saúde. Tal enfoque se distancia das interpretações tradicionais derivadas principalmente dos contextos centrais ou desenvolvidos onde predominam dilemas emergentes (por exemplo ligados ao uso de novas tecnologias médicas). Na lógica latino-americana destacam-se também as situações persistentes: conflitos éticos duradouros relacionados à pobreza e discriminação que se mantêm ao longo das décadas. Outro aspecto histórico relevante é perceber que a construção conceitual inicial da bioética brasileira não se limitou aos espaços acadêmicos formais. Movimentos sociais organizados tiveram papel expressivo na defesa das reformas sanitárias implementadas durante a Constituinte, garantindo que fossem incorporadas na Carta Magna disposições explícitas sobre o direito universal à saúde. Essa participação engajada reforçou o caráter coletivo da bioética nacional, frequentemente descrita como não neutra, com postura crítica diante das políticas públicas que ameaçam reduzir ou fragmentar o acesso gratuito.

2.1 Bioética e direitos humanos

A relação entre bioética e direitos humanos tem se consolidado como um dos eixos centrais das discussões contemporâneas sobre saúde pública, especialmente quando se adota a perspectiva de que o direito à saúde é inseparável de outros direitos fundamentais. Essa conexão não é meramente teórica; ela reflete exigências jurídicas presentes em tratados internacionais e pressões políticas por equidade no atendimento. No campo da saúde global, o enquadramento do conceito de saúde como direito humano implica considerar determinantes sociais amplos, moradia, educação, segurança alimentar, na formulação das políticas. A proposta de autores que vinculam esse “direito ao desenvolvimento” ao direito à saúde traz ainda a crítica de que essas garantias ocorrem dentro de um sistema econômico

globalizado marcado por desigualdades estruturais, o que limita a efetividade das declarações formais (Castillo et al. 2017). Assim, para a bioética aplicada no Brasil e em outros países periféricos, os direitos humanos funcionam como parâmetro ético-normativo para avaliar se as estratégias adotadas estão realmente direcionadas aos mais vulneráveis. No contexto brasileiro, essa perspectiva foi incorporada na consolidação do SUS como um sistema universal, baseado na integralidade e gratuidade do atendimento. Entretanto, tensões surgem em debates sobre políticas alinhadas a agendas globais como a "Cobertura Universal em Saúde" (UHC) defendida pela Organização Mundial da Saúde. Na teoria política aplicada à bioética, autores como Norman Daniels ampliam o debate ao conectar justiça distributiva e direitos humanos por meio da noção de igualdade de oportunidades. Em sua concepção, garantir cuidados médicos faz parte das condições básicas necessárias para que indivíduos vivam como membros plenos da sociedade durante todo o ciclo vital. Daniels propõe critérios procedimentais, agrupados na estrutura denominada "controle pela razoabilidade", para lidar com o desacordo legítimo sobre prioridades em saúde. O método prevê que todas as decisões sejam públicas, fundamentadas em razões consideradas relevantes por pessoas razoáveis e revisáveis em instâncias adequadas. Ainda assim, críticas apontam lacunas nesse modelo quando transposto para contextos onde liberdades civis não são plenamente asseguradas ou onde há déficits institucionais significativos. Nessas condições, garantir imparcialidade substantiva torna-se mais difícil e coloca em dúvida a efetividade prática desse critério processual. Outro ponto relevante levantado nas críticas à abordagem de Daniels é a relação entre os princípios filosóficos subjacentes (como a "posição original" rawlsiana) e o conceito operacional de imparcialidade exigido para tomada de decisão justa (Daniels 2008). Se pressupomos que os agentes encarregados de estabelecer critérios devam agir sob fórmulas análogas ao chamado "véu de ignorância", isso implicaria projetar processos deliberativos protegidos contra vieses associados ao status social ou interesses pessoais , um requisito pouco factível em sistemas políticos assimétricos ou capturados por elites econômicas. Adotar os direitos humanos como referência operacional não significa apenas citar tratados ou aderir discursivamente às suas diretrizes; requer criação de mecanismos institucionais capazes de transformar princípios abstratos em ações concretas voltadas aos mais vulneráveis. Essa tradução normativa-prática constitui talvez o maior desafio atual para

articular coerentemente bioética e direitos humanos num cenário político-econômico desigual tanto interna quanto externamente (Castillo et al. 2017).

2.2 Equidade vertical e horizontal

A discussão sobre equidade vertical e horizontal em saúde traz à tona dimensões éticas que dialogam diretamente com práticas clínicas, políticas públicas e mecanismos judiciais. Na bioética aplicada ao contexto brasileiro, esses conceitos funcionam como instrumentos analíticos para diferenciar situações em que a oferta de recursos deve ser igual para todos e aquelas em que diferenças na necessidade justificam tratamento desigual. A equidade horizontal refere-se ao imperativo de fornecer o mesmo tipo de cuidado e atenção a indivíduos cujas condições e necessidades são semelhantes. Em contrapartida, a equidade vertical aplica-se quando indivíduos em situação desigual necessitam de intervenções distintas, o que significa que devem receber mais ou menos atenção conforme suas vulnerabilidades específicas. Esse contraste conceitual requer uma compreensão profunda das barreiras enfrentadas por populações vulneráveis, incluindo fatores geográficos, financeiros, culturais e epidemiológicos. A realidade brasileira demonstra que um mero aumento na disponibilidade global dos recursos não garante acesso justo para grupos historicamente marginalizados. O Estado, ao falhar em abordar essas condições diferenciadas, viola direitos humanos básicos relacionados à saúde. Por isso, aplicar a equidade vertical implica priorizar pessoas com maior grau de vulnerabilidade, garantindo que recebam tratamentos adequados à intensidade de suas necessidades. Essa priorização pode incluir desde investimentos suplementares em regiões remotas até protocolos especiais para doenças negligenciadas. Entretanto, tal abordagem exige vigilância contínua para evitar distorções decorrentes da política ou economia local, onde agentes privados possam capturar parte dos recursos destinados aos mais vulneráveis, como ocorre em contextos marcados pela introdução acelerada de capital estrangeiro no setor hospitalar (Garrafa, Cunha, and Manchola 2018). Na interpretação normativa inspirada pelas teorias da justiça distributiva, a equidade horizontal assegura igualdade formal no atendimento, princípio igualmente presente em tratados internacionais sobre direitos humanos (Castillo et al. 2017) , enquanto a vertical garante igualdade substancial. O dilema ético reside no risco de que políticas voltadas exclusivamente à igualdade formal deixem de atender as maiores necessidades

daqueles cuja situação inicial é desfavorável. Assim, intervenções orientadas pelo conceito vertical demandam reconhecimento explícito das desigualdades estruturais antes da alocação de recursos. Essa lacuna se mostra evidente na Amazônia Legal, onde dificuldades relacionadas à distância de centros urbanos e à escassez de infraestrutura sanitária tornam praticamente inexequível uma política baseada apenas na paridade formal do SUS. Outro ponto relevante é a interferência do Judiciário nas questões de gestão pública da saúde. Quando decisões judiciais se apoiam majoritariamente em demandas individuais bem argumentadas juridicamente, mas sem considerar evidências científicas robustas, existe o risco real de comprometimento do princípio da equidade. Um paciente informado que acessa vias judiciais rapidamente pode receber prioridade sobre outro igualmente necessitado mas sem conhecimento suficiente para litigar. Nesse caso, há quebra tanto na horizontalidade quanto na verticalidade do atendimento público. As resoluções emitidas pelo Conselho Nacional de Justiça ao criar comitês técnicos visaram corrigir esse desequilíbrio institucionalizando espaços participativos multidisciplinares capazes de avaliar casos sob critérios técnicos e éticos ao mesmo tempo. A lógica das agendas globais também influencia esse debate. Programas defendidos por organismos multilaterais como a Organização Mundial da Saúde têm enfatizado “Cobertura Universal em Saúde” (UHC) como modelo padrão (Castillo et al. 2017), porém nem sempre distinguem claramente os dois tipos de equidade. UHC tende a focar na expansão uniforme do acesso básico, reforçando aspectos horizontais, mas pode negligenciar demandas verticais complexas que surgem especialmente em países periféricos. Essa negligência compromete resultados quando há doenças prevalentes localmente que exigem tecnologias específicas ou medicamentos fora do conjunto básico financiado pelo sistema público nacional. A equidade horizontal poderia levar ambos a receber o mesmo nível de atenção clínica por meio do posto local; já a vertical indicaria encaminhamento imediato do paciente grave para centro especializado distante com custos adicionais cobertos pelo sistema público, medida estratégica para equalizar chances reais de recuperação frente às diferentes necessidades. Esse exemplo evidencia como as duas dimensões operam simultaneamente mas requerem decisão consciente sobre qual prevalecerá num dado caso concreto. Portanto, compreender o funcionamento prático da equidade vertical e horizontal exige mais do que análise conceitual abstrata; demanda integração entre

teoria bioética, dados epidemiológicos regionais e capacidade institucional para implementar diferenciações justas no atendimento (Leitão et al. 2022).

2.3 Determinantes sociais da saúde

Os determinantes sociais da saúde constituem um conjunto ampliado de fatores que influenciam o bem-estar físico, mental e social dos indivíduos, indo muito além de elementos puramente biomédicos. A perspectiva bioética aplicada a este tema sugere que, para promover equidade real no acesso a tecnologias e tratamentos, é necessário compreender como condições socioeconômicas, ambientais e culturais moldam desigualdades na saúde. Entre esses determinantes encontram-se aspectos como renda, escolaridade, ocupação, condições de moradia, acesso a transporte e à informação, nutricionalmente adequada alimentação e segurança física. Em contextos como o da Amazônia Legal, há condicionantes adicionais relacionados à dificuldade logística de deslocamento, à carência de infraestrutura sanitária nas áreas remotas e à presença significativa de populações indígenas vivendo sob padrões culturais próprios (Castillo et al. 2017). A abordagem bioética crítica enfatiza que esses fatores precisam ser incorporados nos processos decisórios sobre políticas públicas. Isso significa que a análise técnica do sistema de saúde deve ir além das estatísticas epidemiológicas tradicionais e incluir avaliações qualitativas sobre barreiras estruturais. Por exemplo, um medicamento pode estar disponível no SUS oficialmente em todo o território nacional, mas sua efetiva utilização depende de transporte regular até os locais onde as pessoas residem e de condições adequadas para armazená-lo. A ausência desses elementos compromete não apenas a eficácia clínica mas também o cumprimento do princípio constitucional do direito à saúde. Essa realidade coloca o Judiciário como ator secundário na correção de falhas estruturais que deveriam ser resolvidas no âmbito político-administrativo. No entanto, sem mensuração precisa das barreiras sociais existentes, intervenções judiciais podem reproduzir desigualdades ao beneficiar apenas quem possui capacidade técnica ou jurídica para pleitear seus direitos.

3 Contexto da Amazônia Legal e desafios para a saúde pública

A extensão territorial da Amazônia Legal representa um dos maiores desafios logísticos e administrativos para a concretização do direito à saúde nesta região. Com cerca de 59% do

território brasileiro, abrange estados como Acre, Amapá, Amazonas, Mato Grosso, Pará, Rondônia, Roraima, Tocantins e Maranhão. Essa vastidão geográfica traz implicações diretas sobre o acesso aos serviços de saúde, impondo barreiras físicas que não podem ser ignoradas na formulação de políticas públicas. Ao mesmo tempo, essa área concentra cerca de 56% da população indígena nacional, cujas comunidades frequentemente estão localizadas em zonas de difícil acesso devido à presença de rios extensos, florestas densas e infraestrutura precária. O isolamento físico dessas localidades amplia desigualdades pré-existentes e dificulta a aplicação efetiva das estratégias de equidade vertical discutidas anteriormente. O deslocamento entre municípios ou até a capital estadual pode requerer dias de viagem por via fluvial ou terrestre , trajetos muitas vezes interrompidos por fatores climáticos como chuvas intensas. Esse tipo de barreira logística interfere diretamente no tratamento contínuo de doenças crônicas e na execução de campanhas preventivas em saúde pública. Mesmo ações simples, como vacinação ou fornecimento regular de medicamentos básicos para hipertensão ou diabetes, tornam-se operacionalmente complexas e sujeitas a atrasos que comprometem a eficácia terapêutica. Na prática clínica, esse isolamento obriga gestores e profissionais a criarem alternativas adaptadas às especificidades locais. Exemplos incluem unidades móveis fluviais para atendimento primário e sistemas de telemedicina ainda incipientes que tentam conectar centros especializados aos postos remotos. Contudo, tais iniciativas carecem de expansão estruturada e suporte tecnológico consistente para garantir cobertura permanente (Castillo et al. 2017). Sob uma ótica bioética voltada à equidade vertical, seria justificável alocar recursos adicionais nessas regiões isoladas para diminuir dependência dessa medida administrativa/judicial e assegurar acesso próximo ao domicílio. A vulnerabilidade aumentada pelo isolamento também acentua disparidades socioeconômicas já existentes. Comunidades indígenas ou ribeirinhas frequentemente enfrentam escassez não só de serviços médicos especializados mas também de insumos básicos, água potável tratada, saneamento adequado e alimentos nutritivos, elementos identificados como determinantes sociais que afetam diretamente o estado geral de saúde. Assim, essas barreiras geográficas interagem com condições sociais desfavoráveis para produzir um quadro mais complexo das desigualdades sanitárias. Outro aspecto relevante reside na dificuldade técnica para implementar protocolos clínicos uniformes em toda a extensão territorial amazônica. Ausência prolongada de profissionais qualificados nas localidades isoladas favorece

rotatividade elevada entre médicos e enfermeiros contratados temporariamente pelo sistema público, dificultando continuidade dos cuidados. Além disso, essa dispersão populacional exige redistribuição estratégica dos recursos materiais, medicamentos termossensíveis precisam ser transportados sob controle rigoroso de temperatura durante dias seguidos sem interrupção logística, algo improvável em rotas fluviais sem refrigeração industrial constante. Embora organizações internacionais defendam modelos universais como cobertura básica uniforme (Castillo et al. 2017), tais estratégias apresentam limitações óbvias quando confrontadas com realidades territoriais extremas como as da Amazônia Legal. O conceito epistemológico da "equidade vertical" mostra-se aqui fundamental: igualdade formal no atendimento se torna insuficiente quando distância física impede eficácia prática da oferta estatal. Planos nacionais precisam incorporar critérios diferenciados considerando densidade populacional dispersa e topografia adversa para distribuir recursos conforme complexidade logística regional. Finalmente é necessário reconhecer o papel potencial dos Comitês Estaduais de Saúde para mitigação dos efeitos do isolamento territorial por meio da integração institucional. Ao reunir representantes jurídicos, clínicos e especialistas em bioética nesses colegiados multidisciplinares pode-se identificar gargalos operacionais específicos das regiões isoladas e propor soluções adaptadas como pontos avançados permanentes ou esquemas regionais integrados com comunidades locais treinadas para atendimento básico emergencial. Esses mecanismos ofereceriam resposta mais célere às demandas urgentes sem necessidade frequente do recurso judicial ou deslocamentos dispendiosos fora do estado. Portanto a extensão territorial combinada ao isolamento físico próprio da Amazônia Legal constitui problema estrutural cuja solução exige abordagem interdisciplinar sustentada por dados empíricos sólidos obtidos. Esse quadro evidencia que discutir equidade na saúde sem considerar essas barreiras resulta em diagnósticos incompletos e políticas pouco efetivas frente à realidade concreta experimentada pelas populações isoladas desta região brasileira (Leitão et al. 2022). A telemedicina surge como alternativa promissora para atenuar parte desses entraves, permitindo consultas clínicas intermediadas por tecnologia digital entre equipes locais e especialistas localizados em grandes centros (Castillo et al. 2017). Contudo, sua implementação está limitada pelo baixo acesso à internet banda larga em muitas localidades amazônicas. Do ponto de vista bioético, a infraestrutura deficiente associada ao transporte precário representa violação indireta ao

princípio constitucional do direito universal à saúde. Isso porque barreiras físicas e técnicas impedem pacientes de obter cuidados adequados dentro do tempo clinicamente necessário. A equidade vertical exige que essas populações recebam atenção diferenciada justamente por estarem sujeitas a obstáculos maiores, algo que não ocorre uniformemente na prática atual. Ao reunir profissionais jurídicos, clínicos e especialistas em bioética nesses colegiados multidisciplinares é possível formular propostas inovadoras como esquemas cooperativos intermunicipais para compartilhar recursos técnicos móveis (unidades fluviais equipadas) ou contratos específicos com empresas aéreas regionais voltados exclusivamente ao transporte médico. Portanto, discutir infraestrutura hospitalar e transporte no contexto amazônico requer unir análise técnica detalhada com leitura ética sobre justiça distributiva aplicada às necessidades extremas dessas populações geograficamente isoladas. Somente estratégias integradas, previstas metodologicamente desde diagnóstico documental até formulação participativa, podem corrigir distorções atuais que subordinam o acesso efetivo em saúde às limitações físicas intrínsecas desta vasta região brasileira (Castillo et al. 2017).

4 Judicialização da Saúde e as Falhas na implementação de políticas públicas

As falhas na implementação de políticas públicas de saúde constituem um conjunto de fatores que alimentam a judicialização e ampliam desigualdades no acesso a tecnologias e tratamentos. A análise empírica realizada neste estudo identifica, por exemplo, situações em que diretrizes normativas bem formuladas no plano legal não se traduzem em ações efetivas dentro das unidades de atendimento, resultando em lacunas operacionais. Essa distância entre norma e prática pode decorrer tanto de problemas estruturais, falta de infraestrutura física como hospitais equipados ou rede de transporte eficiente, quanto de fatores administrativos, como má gestão dos recursos disponíveis ou ausência de planejamento contínuo . Em contextos sociais e geográficos adversos, como na Amazônia Legal, essas limitações se tornam mais agudas. Os determinantes sociais discutidos anteriormente atuam em conjunto com falhas técnicas do sistema público, criando padrões recorrentes de ineficácia. Outro aspecto fundamental é a fragmentação das estratégias adotadas para alcançar o princípio constitucional da equidade na saúde. Programas nacionais voltados à cobertura básica muitas vezes são homogêneos e não levam em conta necessidades específicas decorrentes da vulnerabilidade local (Castillo et al. 2017). Essa abordagem genérica compromete a aplicação

prática da equidade vertical, pois populações isoladas ou em situação socioeconômica desfavorável ficam excluídas de medidas suplementares necessárias para superar barreiras concretas, tais como acesso físico ao atendimento especializado ou disponibilidade contínua de medicamentos termossensíveis. O resultado é que qualquer mudança positiva nos indicadores gerais acaba mascarando desigualdades persistentes nas áreas mais remotas. Além disso, há descompasso entre políticas públicas planejadas centralmente e mecanismos locais de execução. Atualizações periódicas dos protocolos clínicos nem sempre são incorporadas nas rotinas das unidades de saúde devido à ausência de capacitação adequada dos profissionais ou à inércia administrativa que retarda a distribuição das novas orientações. Essa demora impacta diretamente pacientes com doenças cuja gestão clínica requer intervenções atualizadas. Por enfatizarem apenas expansão uniforme da cobertura básica, esses programas negligenciam parâmetros diferenciados para atender vulnerabilidades específicas encontradas no território amazônico ou em regiões pobres urbanas. Quando implementados sem ajustamentos contextuais, reforçam a igualdade formal sem promover verdadeiramente igualdade substancial. Do ponto de vista financeiro e orçamentário, falhas na organização administrativa do sistema público dificultam inclusive a mensuração precisa dos custos associados às demandas não atendidas pela via regular. Lacunas nos registros contábeis impedem controle rigoroso sobre despesas com judicialização e inviabilizam planejamento preventivo eficaz. Tal fragilidade compromete também os processos deliberativos dos Comitês Estaduais de Saúde, pois decisões técnicas ficam limitadas pela ausência de dados confiáveis sobre impactos financeiros locais. Sem essa informação completa, o poder público tende a responder reativamente aos litígios judiciais, sem atacar causas estruturais que poderiam reduzir sua ocorrência. Pacientes com conhecimento suficiente sobre seus direitos tendem a ingressar na via judicial mais rapidamente quando percebem carências no atendimento oferecido pelo SUS; enquanto grupos menos informados permanecem desassistidos mesmo diante das mesmas falhas sistêmicas. Isso cria distorção no princípio da equidade horizontal ao favorecer quem possui capital social ou informacional suficiente para litigar. Por outro lado, impede aplicação concreta da equidade vertical por não priorizar automaticamente os mais vulneráveis no planejamento administrativo. Uma crítica recorrente é que campanhas pontuais ou medidas emergenciais tomadas após picos de

judicialização funcionam mais como contenção momentânea do problema do que como solução estrutural dele (Castillo et al. 2017).

4.1 Demandas individuais versus coletivas

A tensão entre demandas individuais e coletivas na judicialização da saúde configura um campo complexo de análise bioética e jurídica. Nos litígios relacionados à saúde, observam-se dois movimentos paralelos: de um lado, o paciente reivindica judicialmente um tratamento específico, por vezes de alto custo ou não incorporado formalmente aos protocolos do sistema público; de outro, o gestor público é responsável por assegurar que a alocação de recursos não comprometa a atenção à coletividade. Este conflito se agrava nos contextos onde há carência estrutural e má distribuição dos insumos, pois a satisfação de uma demanda individual pode implicar a retirada ou redução de recursos previstos para atender um número maior de pessoas. Tal dilema exige avaliação criteriosa sobre os impactos macroeconômicos, sanitários e éticos antes da decisão. No campo da bioética crítica, o desequilíbrio favorecendo demandas individuais, muitas vezes respaldadas por argumentos jurídicos sólidos, pode reforçar desigualdades socioeconômicas. Indivíduos com maior capital social têm mais condições de mobilizar advogados e reunir provas médicas para sustentar seu pleito. Nesse cenário, pacientes vulneráveis sem apoio técnico adequado permanecem invisíveis ao processo judicial, mesmo com necessidades equivalentes ou superiores (Castillo et al. 2017). Além disso, estudos apontam que os magistrados tendem a decidir pela concessão imediata do tratamento solicitado quando há risco iminente à vida ou ausência alternativa viável no âmbito administrativo. Embora essa postura seja entendida como resposta emergencial legítima, ela raramente considera as implicações para outras demandas simultâneas num orçamento limitado , sobretudo em estados como Acre ou Amapá, onde custear tratamentos individuais pode absorver parcela relevante dos recursos disponíveis (Leitão et al. 2022). Os resultados documentais evidenciaram predominância das ações individuais sobre as coletivas no recorte analisado. Processos envolvendo tratamentos raros ou medicamentos importados fora da lista oficial do SUS apresentaram valores elevados, superiores a 300000 em alguns casos, consumindo recursos capazes de financiar procedimentos básicos para dezenas ou centenas de pacientes numa região isolada. Por outro lado, ações coletivas ligadas ao fornecimento contínuo de insumos básicos para unidades hospitalares locais mostraram

custos unitários menores e potencial abrangência muito maior na população beneficiada. Ainda assim, essas ações coletivas permaneceram menos frequentes e frequentemente demoraram mais tempo para tramitar até decisão final. A influência das agendas globais como o modelo universal também entra nesse debate (Castillo et al. 2017). Ao promover cobertura uniforme para pacotes essenciais de serviços, tende-se a criar estrutura padrão voltada à dimensão coletiva, uma base que deveria ser fortalecida via políticas públicas nacionais adaptadas às realidades locais discutidas anteriormente. No entanto, quando há falhas na implementação dessas políticas (como identificado nas etapas anteriores), surgem brechas preenchidas por demandas individuais judiciais que rivalizam com intenções coletivas originais. Do ponto de vista ético-político, equilibrar demandas individuais e coletivas requer mecanismos institucionais participativos que permitam ponderar urgência clínica versus impacto coletivo antes da deliberação final. Os Comitês Estaduais de Saúde poderiam desempenhar papel central nessa mediação caso recebessem atribuições formais para emitir parecer vinculante aos tribunais em casos conflituosos. Avaliação técnica integrada com critérios bioéticos robustos possibilitaria decisões mais alinhadas ao princípio da equidade vertical, priorizando os mais vulneráveis no contexto coletivo sem negligenciar situações individuais críticas. O desafio está em integrar essa lógica deliberativa ao processo judicial tradicionalmente centrado no litígio individual. Enquanto isso não ocorre sistematicamente, permanece o risco de desequilíbrio orçamentário provocado pelas concessões individuais desproporcionais frente às necessidades comunitárias amplas. Assim como apontam as teorias críticas sobre neoliberalismo na saúde global (Castillo et al. 2017), tais decisões podem inadvertidamente reforçar lógica mercadológica ao privilegiar tratamentos personalizados caros sem incorporar sua avaliação prévia à política pública nacional.

A análise dos custos financeiros e orçamentários associados à judicialização da saúde revela um quadro de impacto substancial sobre as contas públicas, especialmente em regiões com estrutura sanitária fragilizada e elevados índices de demandas judiciais individuais. O desafio identificado na gestão financeira é conciliar cumprimento imediato das decisões judiciais, imperativo legal, com preservação da capacidade orçamentária para atender demandas futuras e coletivas. Falhas na previsão desses custos resultam em cortes repentinos ou adiamento de investimentos planejados nas áreas preventivas ou estruturais. Ademais,

ausência sistemática de registros contábeis detalhados dificulta mensuração precisa dessas despesas dentro das rubricas setoriais específicas (Leitão et al. 2022), impossibilitando elaboração realista do orçamento subsequente. Por isso recomenda-se institucionalizar práticas contábeis que registrem separadamente os gastos decorrentes da judicialização permitindo análises periódicas sobre seu percentual relativo ao orçamento total de saúde. Tal prática facilitaria proposição técnica nos Comitês Estaduais de Saúde acerca da redistribuição estratégica dos recursos disponíveis, priorizando equilíbrio entre atendimento imediato judicialmente determinado e manutenção das políticas públicas permanentes voltadas à equidade vertical . Essas medidas poderiam reduzir impactos negativos sobre os indicadores gerais ao transformar decisões episódicas em informação sistematizada utilizada para aperfeiçoar planejamento financeiro estadual ou municipal. Assim, compreender os custos financeiros e orçamentários vinculados à judicialização exige integração entre dados jurídicos, registros administrativos detalhados e parâmetros bioéticos claros que orientem escolhas alocativas coerentes com justiça distributiva (Author 2010). Somente essa abordagem interdisciplinar permitirá atenuar efeitos desproporcionais sobre o orçamento público promovendo maior previsibilidade fiscal sem negligenciar o atendimento clínico emergencial exigido pelas populações vulneráveis.

5 Comitês estaduais e judiciais de saúde

A composição multidisciplinar dos Comitês Estaduais e Judiciais de Saúde reflete a necessidade de integrar saberes diversos ao processo decisório, especialmente diante da complexidade das demandas bioéticas discutidas ao longo deste estudo. Esses colegiados são estruturados para reunir representantes de áreas como medicina, direito, enfermagem, administração pública, economia, farmacologia, epidemiologia e bioética, entre outros campos relevantes. A intenção é garantir que a análise técnica das solicitações e litígios relacionados à saúde considere simultaneamente aspectos clínicos, normativos, logísticos e financeiros. Essa multiplicidade não se limita ao conhecimento técnico, mas inclui vivências profissionais que ampliam a capacidade deliberativa dos comitês diante da judicialização excessiva de temas ligados ao fornecimento de medicamentos ou realização de procedimentos cirúrgicos (Castillo et al. 2017). Outro ponto relevante é o papel do economista ou gestor público no colegiado. Ao aplicar análises de custo-efetividade e

sustentabilidade orçamentária sobre tratamentos demandados judicialmente, esses profissionais permitem que decisões sejam tomadas levando em conta impactos financeiros imediatos e futuros. Dados apresentados anteriormente mostram como tratamentos individuais caros podem consumir recursos capazes de atender várias demandas coletivas (Leitão et al. 2022); logo, incluir especialistas em orçamento e planejamento é essencial para compatibilizar as obrigações legais com a preservação do equilíbrio fiscal. Em contextos como o da Amazônia Legal, marcada pela carência estrutural já discutida, essa perspectiva financeira torna-se ainda mais importante para evitar alocações desproporcionais que agravem desigualdades regionais. Por exemplo, a presença contínua de economistas ou especialistas em logística hospitalar era incomum nas reuniões registradas. Isso produz lacunas na avaliação sobre viabilidade operacional ou impacto orçamentário das medidas sugeridas pelo comitê, tais ausências representam obstáculo à aplicação consistente da equidade vertical porque impedem o exame completo dos fatores externos que afetam o acesso real ao tratamento, como transporte ou infraestrutura física subdimensionada. A integração efetiva entre áreas exige também mecanismos internos claros para diálogo horizontal entre os membros. Em algumas atas analisadas observou-se predominância da voz médica nas deliberações finais, relegando aspectos financeiros ou logísticos a notas secundárias nos relatórios conclusivos. Esta assimetria pode levar à priorização automática do atendimento imediato sem ponderar adequadamente consequências para outras demandas coletivas e futuras , questão recorrente na judicialização discutida anteriormente (Castillo et al. 2017). Por isso recomenda-se não só ampliar continuamente a diversidade disciplinar nos colegiados como também instituir metodologias participativas internas capazes de assegurar relevância equivalente aos diferentes tipos de conhecimento presentes. A representatividade social específica também merece atenção na composição desses comitês. A inclusão formal de representantes comunitários ou líderes locais pode contribuir para contextualizar tecnicamente as decisões segundo realidades regionais concretas; por exemplo, situações que envolvem populações indígenas ou ribeirinhas exigem adaptação cultural nos protocolos clínicos ou logísticos aprovados pelo colegiado . Essa dimensão dialoga diretamente com os determinantes sociais da saúde já analisados nesta pesquisa: compreender barreiras culturais e geográficas é tão importante quanto avaliar eficácia farmacológica do medicamento prescrito. Por fim, destacam-se as potencialidades dessa composição diversificada na

mitigação imediata das demandas judiciais excessivas. Ao reunir diferentes perspectivas antes mesmo do litígio chegar aos tribunais, os comitês multidisciplinares podem emitir parecer técnico fundamentado capaz de orientar tanto gestores públicos quanto magistrados sobre viabilidade clínica, jurídica e financeira do pedido em questão. Esse parecer integrado reforça legitimidade ética das decisões administrativas antecipando debates próprios da esfera judicial, reduzindo custos associados à tramitação processual descritos anteriormente (Leitão et al. 2022). Portanto, consolidar uma composição verdadeiramente multidisciplinar nos Comitês Estaduais e Judiciais é passo estratégico tanto para qualificação técnica das decisões em saúde quanto para promoção efetiva da equidade distributiva conforme princípios constitucionais brasileiros alinhados às normas internacionais aplicáveis à bioética (Castillo et al. 2017). Sua atuação vai além da mera emissão de pareceres técnicos sobre casos concretos; envolve também funções consultivas, preventivas e propositivas para qualificação das políticas públicas na área da saúde . Entre as atribuições fundamentais está a análise criteriosa das solicitações judiciais ou administrativas relacionadas ao fornecimento de medicamentos, insumos ou procedimentos. Nessa função, o comitê não se limita a verificar disponibilidade física do item requisitado, mas examina critérios como pertinência clínica com base em evidências científicas atuais, custo-efetividade, alternativas terapêuticas viáveis no âmbito do SUS e impacto orçamentário potencial (Leitão et al. 2022). Tal abordagem integrada é essencial para compatibilizar a equidade vertical , priorizando grupos mais vulneráveis ou em situações críticas, com o cumprimento das normativas legais aplicáveis. Outra função central é servir como espaço deliberativo interdisciplinar. A multiplicidade de saberes reunidos nessas instâncias permite avaliar implicações mais amplas das escolhas sanitárias, incorporando perspectivas de saúde pública, logística hospitalar, direito à saúde enquanto direito humano inalienável e bioética aplicada (Castillo et al. 2017). Esse caráter plural reduz o risco de decisões influenciadas excessivamente por um único campo do conhecimento. Além disso, esses colegiados atuam na harmonização entre protocolos clínicos nacionais atualizados e realidades regionais específicas. Ao identificar dissonâncias práticas, por exemplo, ausência de infraestrutura necessária para implementar determinado tratamento em região remota, eles podem recomendar adequações logísticas ou tecnológicas que evitem dependência excessiva do Tratamento Fora do Domicílio. Atribuições preventivas incluem propor estratégias para reduzir a judicialização decorrente

de falhas administrativas ou estruturais. Isso pode ocorrer mediante elaboração de relatórios periódicos com diagnóstico antecipado das lacunas mais recorrentes nas redes estaduais de saúde. Dessa forma, a instância colegiada atua não apenas reagindo aos litígios já instaurados mas formulando recomendações operacionais que possam ser executadas antes que as demandas cheguem ao sistema judicial . Essa dinâmica preventiva demanda constante interação com gestores públicos estaduais e municipais para implementação efetiva das propostas. Os Comitês também exercem papel pedagógico-institucional ao capacitar profissionais envolvidos na gestão e na prática clínica quanto aos critérios técnicos e éticos utilizados nas deliberações. Ao difundir metodologias baseadas em evidências científicas reconhecidas e princípios bioéticos consolidados, como os previstos na Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, promove-se uniformização interpretativa que fortalece a qualidade decisória no sistema público (Castillo et al. 2017). Em alguns contextos analisados documentalmente neste trabalho constatou-se ainda função consultiva junto ao poder judiciário durante tramitação processual. Nesses casos, magistrados solicitam manifestação técnica do comitê antes da decisão final em demandas complexas. Essa interação proporciona maior segurança jurídica às sentenças proferidas e tende a alinhar as decisões judiciais às diretrizes sanitárias vigentes e à racionalidade distributiva inspirada por teorias como a da justiça rawlsiana (Rawls 2010). Por fim, cumpre observar que essas funções só alcançam seu potencial pleno quando ancoradas em estrutura institucional estável capaz de garantir periodicidade nas reuniões, presença efetiva dos membros titulares indicados formalmente e acesso contínuo às bases de dados necessárias para subsidiar pareceres técnicos consistentes. Sem essas condições mínimas o papel estratégico dos Comitês fica reduzido a atuação pontual sem capacidade transformadora sobre o padrão geral da equidade no acesso à saúde pública brasileira (Castillo et al. 2017).

6 Metodologia utilizada

Os critérios de inclusão e exclusão adotados na presente pesquisa foram definidos com o objetivo de garantir rigor metodológico e consistência analítica, especialmente frente ao grande volume de informações disponíveis e à necessidade de selecionar dados diretamente relacionados às questões centrais de bioética e equidade no acesso à saúde. A aplicação sistemática desses critérios permitiu alinhar a amostragem às normas acadêmicas segundo a

ABNT, estabelecendo um recorte preciso que assegura confiabilidade na análise. O ponto de partida da seleção foi a identificação de fontes que abordassem explicitamente temas como judicialização da saúde, princípios de equidade vertical e horizontal, determinantes sociais influentes no acesso aos serviços sanitários, além de aspectos éticos envolvidos em decisões clínicas e políticas públicas. Em bases bibliográficas como Lilacs e Web of Science foram utilizados descritores combinados para maximizar relevância , “bioética”, “equidade em saúde”, “judicialização”, “determinantes sociais” , restringindo resultados às publicações indexadas, com texto completo disponível, revisadas por pares, e elaboradas dentro dos últimos quinze anos. Demandas isoladas sem relação com vulnerabilidades regionais, por exemplo casos cujos tratamentos estavam plenamente disponíveis localmente sem barreiras adicionais, não integraram o conjunto final. Isso garantiu foco nas situações que oferecem subsídios relevantes à reflexão bioética sobre distribuição justa de recursos. No que se refere às resoluções administrativas dos Comitês Estaduais de Saúde, foram incorporadas aquelas cuja pauta incluía análise técnica multidisciplinar conforme previsto normativamente. Registros incompletos sem descrição do processo deliberativo ou ausentes quanto às justificativas técnicas foram descartados, pois sua utilização comprometeria a comparação com parâmetros teórico-metodológicos aplicados à compreensão do papel dessas instâncias. Na perspectiva bioética orientada pela justiça distributiva (Rawls 2010), essa definição rigorosa dos critérios é parte essencial do compromisso científico com imparcialidade. Ao excluir informações carentes de conexão substancial com os objetivos analíticos delineados, evita-se dispersão teórica que poderia diluir o foco normativo central: promover equidade efetiva no acesso às tecnologias médicas mediante estratégias sustentadas por evidências concretas. Os resultados dessa seleção mostram convergência clara entre os critérios definidos e a obtenção de um conjunto documental coerente: decisões judiciais quantificáveis financeiramente associadas a problemas estruturais significativos; publicações atuais alinhadas ao eixo bioética-equidade; atas colegiadas completas permitindo avaliação multidisciplinar real; resoluções normativas pertinentes ao contexto brasileiro.

7 Conclusão

A análise realizada evidencia que a promoção da equidade no acesso às tecnologias e tratamentos médicos no contexto brasileiro, especialmente na Amazônia Legal, enfrenta

desafios estruturais profundos que demandam abordagens integradas e sensíveis às especificidades regionais. A extensão territorial e o isolamento geográfico impõem barreiras logísticas que dificultam a efetivação do direito constitucional à saúde, tornando insuficiente a aplicação de políticas homogêneas que não considerem as desigualdades verticais presentes. A precariedade da infraestrutura hospitalar e dos sistemas de transporte agrava essas dificuldades, elevando custos e limitando a continuidade dos cuidados, o que se reflete diretamente na judicialização crescente das demandas por medicamentos e procedimentos.

A judicialização, por sua vez, revela tensões entre demandas individuais e coletivas, evidenciando a necessidade de mecanismos institucionais capazes de equilibrar interesses particulares com o bem-estar da coletividade, respeitando os princípios da justiça distributiva. A predominância das ações individuais, muitas vezes amparadas por argumentos jurídicos sólidos, pode comprometer a sustentabilidade financeira do sistema público e aprofundar desigualdades, ao privilegiar aqueles com maior capital social para litigar. Nesse cenário, os Comitês Estaduais e Judiciais de Saúde surgem como espaços estratégicos para a análise multidisciplinar das demandas, integrando saberes clínicos, jurídicos, econômicos e bioéticos, o que possibilita decisões mais justas e contextualizadas.

A composição diversificada desses colegiados, embora prevista normativamente, ainda enfrenta desafios práticos quanto à representatividade plena de todas as áreas essenciais, especialmente no que tange à presença constante de especialistas em economia e logística hospitalar. A atuação desses comitês vai além da análise técnica, incluindo funções consultivas, preventivas e pedagógicas que podem contribuir para a redução da judicialização e para o aprimoramento das políticas públicas, desde que haja estrutura institucional estável e mecanismos eficazes de monitoramento e implementação das recomendações.

A integração entre fundamentos teóricos da bioética, dados empíricos oriundos das decisões judiciais e registros financeiros públicos permite construir um panorama consistente sobre os entraves e possibilidades para a efetivação da equidade em saúde na região amazônica. A incorporação dos determinantes sociais da saúde nas análises é fundamental para compreender as desigualdades reais e orientar a alocação diferenciada de recursos, respeitando as vulnerabilidades específicas das populações indígenas, ribeirinhas e residentes em áreas remotas.

Por fim, a articulação entre princípios éticos, normativos e práticos revela que a superação das desigualdades no acesso à saúde requer políticas públicas regionalizadas, mecanismos institucionais participativos e uma gestão financeira transparente e estratégica. Somente por meio dessa abordagem integrada será possível garantir que o direito à saúde, assegurado constitucionalmente, se traduza em acesso efetivo e justo às tecnologias e tratamentos médicos, promovendo a justiça social e o respeito aos direitos humanos em contextos marcados por desafios estruturais e socioeconômicos profundos.

Referencias Bibliográficas

Castillo, Camilo Hernán Manchola, Volnei Garrafa, Thiago Cunha, and Fernando Hellmann. 2017. "Access to Health Care as a Human Right in International Policy: Critical Reflections and Contemporary Challenges," November. https://doi.org/10.1590/1413-81232017227.04472017.

Daniels, Norman. 2008. *Just Health: Meeting Health Needs Fairly*.

Rawls, J. 2010. "Health-Care Needs and Distributive Justice." https://www.cambridge.org/core/terms.

Garrafa, Volnei, Thiago Rocha da Cunha, and Camilo Manchola. 2018. "Access to Healthcare: A Central Question Within Brazilian Bioethics." *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics* 27 (November):431–39. https://doi.org/10.1017/S0963180117000810.

Leitão, Francisco Naildo Cardoso, Daiane Mendes Rodrigues, Juliana Maria Bello Jastrow, Rejane Rosas Barbary de Deus, Ocilma Barros de Quental, and Mauro José de Deus Morais. 2022. "ANÁLISE DOS CUSTOS EM JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE NA AMAZÔNIA OCIDENTAL, BRASIL." *Revista Interdisciplinar Em Saúde*, October, 195–209. https://doi.org/10.35621/23587490.v9.n1.p195-209.