

IX ENCONTRO VIRTUAL DO CONPEDI

DIREITO E SAÚDE

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

D597

Direito e saúde I [Recurso eletrônico on-line] organização CONPEDI

Coordenadores: Cristian Kiefer Da Silva; Janaína Machado Sturza; Liton Lanes Pilau Sobrinho; Gabrielle Scola Dutra – Florianópolis: CONPEDI, 2026.

Inclui bibliografia

ISBN: 978-65-5274-607-8

Modo de acesso: www.conpedi.org.br em publicações

Tema: Constituição, Processo e Justiça Social: o papel da jurisdição constitucional na efetivação de direitos

2. Direito. 3. Saúde. IX Encontro Virtual do CONPEDI (2: 2026: Florianópolis, Brasil).

CDU: 34



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

IX ENCONTRO VIRTUAL DO CONPEDI

DIREITO E SAÚDE

Apresentação

IX Encontro Virtual do CONPEDI

22 a 26 de junho de 2026

Grupo de Trabalho: DIREITO E SAÚDE

O IX Encontro Virtual do CONPEDI ocorreu de 22 a 26 de junho de 2026, em ambiente 100% on-line, reunindo a comunidade acadêmica e profissional do Direito em torno da temática “Constituição, Processo e Justiça Social: o papel da jurisdição constitucional na efetivação de direitos”. Essa modalidade virtual reafirma o propósito do CONPEDI de promover um conhecimento jurídico inclusivo, plural e democrático, expandindo as fronteiras da pesquisa e integrando o cenário nacional. O debate desta edição propôs uma imersão nos dilemas atuais da jurisdição constitucional na garantia de direitos, considerando as pressões sociais e democráticas do contexto brasileiro.

A dinâmica do evento priorizou a interlocução e a troca de saberes por meio de Grupos de Trabalho (GTs) voltados à apresentação de artigos. Destacou-se, nesse escopo, o GT “Direito e Saúde”, que reuniu investigações dedicadas à leitura crítica da efetivação das prerrogativas sociais e de saúde. As produções desse grupo evidenciaram a complexidade das transformações globais de ordem científica, social e demográfica, reforçando que o Direito à Saúde exige respostas jurídicas céleres, sofisticadas e pautadas na dignidade da pessoa humana.

qualificado, metodologicamente denso e indispensável das reflexões desenvolvidas no âmbito deste GT.

Excelente leitura!

Janaína Machado Sturza - Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul - UNIJUI

Liton Lanes Pilau Sobrinho - Universidade do Vale do Itajaí

Gabrielle Scola Dutra - Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC

Cristian Kiefer Da Silva - PUC-MG

A JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE E SEUS REFLEXOS NA EFETIVIDADE DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

THE JUDICIALIZATION OF HEALTHCARE AND ITS IMPACT ON THE EFFECTIVENESS OF THE BRAZILIAN UNIFIED HEALTH SYSTEM

**Maria Eduarda De Pieri Medeiros
Giovanni de Araújo Nunes**

Resumo

O presente artigo analisa o fenômeno da judicialização da saúde no Brasil e seus reflexos na eficácia e gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), sob a ótica das transformações teóricas promovidas pelo constitucionalismo contemporâneo. O objetivo geral consiste em investigar de que maneira as decisões proferidas pelo Poder Judiciário em matéria de prestações sanitárias individuais afetam o planejamento orçamentário, o equilíbrio federativo e o princípio da equidade estrutural do sistema universal de saúde público. A metodologia adotada pauta-se no método dedutivo, utilizando-se de revisão bibliográfica especializada e análise documental de atos normativos, precedentes e teses jurídicas fixadas pelo Supremo Tribunal Federal (STF). Como resultados, constata-se que, embora a intervenção jurisdicional atue como salvaguarda essencial do direito fundamental à saúde e do mínimo existencial quando há omissão estatal, a concessão desmedida e casuística de insumos gera grave incerteza orçamentária aos gestores públicos, sobrecarrega financeiramente os municípios e pode aprofundar desigualdades sociais, privilegiando cidadãos litigantes em detrimento da coletividade. Em conclusão, evidencia-se que os parâmetros fixados pelo STF são balizas necessárias, porém insuficientes, demonstrando que a superação dos entraves da judicialização exige uma coordenação institucional que enfrente as causas estruturais de modo coletivo e o subfinanciamento do SUS.

Palavras-chave: Judicialização da saúde, Sistema único de saúde, Reserva do possível, Mínimo existencial, Supremo tribunal federal

Abstract/Resumen/Résumé

and the minimum subsistence level when there is state omission, the excessive and arbitrary granting of supplies generates serious budgetary uncertainty for public managers, financially burdens municipalities, and can deepen social inequalities, privileging litigious citizens to the detriment of the community. In conclusion, it is evident that the parameters established by the Supreme Federal Court are necessary but insufficient guidelines, demonstrating that overcoming the obstacles of judicialization requires institutional coordination that addresses the structural causes collectively and the underfunding of the Brazilian Unified Health System.

Keywords/Palabras-claves/Mots-clés: Judicialization of healthcare, Unified health system, Principle of the possible, Minimum subsistence level, Supreme federal court

INTRODUÇÃO

A promulgação da Constituição Federal de 1988 representou um marco na história do Brasil ao, dentre outras inovações, positivar a saúde como um direito fundamental de todos e dever do Estado, materializado por meio da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), sob as diretrizes da universalidade, integralidade e igualdade de acesso. Todavia, a consolidação prática desse modelo de bem-estar enfrenta profundos obstáculos históricos e econômicos, com destaque para o subfinanciamento estrutural crônico e a ascensão de agendas neoliberais voltadas à contenção do gasto público e enxugamento da máquina estatal.

Diante de falhas prestacionais e omissões da Administração Pública na entrega de tratamentos e medicamentos, o Poder Judiciário tem sido sistematicamente provocado a intervir para conferir eficácia imediata à norma constitucional, situação fática essa com base na qual se propõe o seguinte problema de pesquisa: de que maneira a crescente judicialização da saúde, impulsionada pela expansão da jurisdição e pela força normativa da Constituição Federal, impacta o funcionamento prático, o planejamento financeiro e a equidade do SUS?

A hipótese que guia este trabalho sustenta que a via judicial atua como instrumento legítimo e inafastável de proteção ao núcleo essencial da dignidade humana (mínimo existencial) frente às escusas genéricas de limitação orçamentária (reserva do possível). Contudo, se exercida de maneira casuística, desarrazoada e desconectada das particularidades da gestão pública, a judicialização pode desestruturar o planejamento sanitário coletivo, sobrecarregando os entes da Administração Pública e gerando um acesso desigual e assimétrico às prestações de saúde.

A metodologia empregada ancora-se no método dedutivo e, como ferramentas de pesquisa, utilizaram-se as pesquisas bibliográficas, a partir de doutrina jurídica e artigos científicos, bem como documental, amparada na legislação correlata e precedentes judiciais sobre o tema. Para responder ao problema proposto, o trabalho divide-se em três capítulos.

No primeiro capítulo, objetiva-se contextualizar historicamente a criação do sistema de saúde brasileiro desde a Primeira República até a redemocratização, discutindo as tensões entre os modelos excludentes do passado e as balizas protetivas do SUS, bem como contrastando os conceitos teóricos do mínimo existencial e da cláusula da reserva do possível. No segundo capítulo, o propósito é conceituar o fenômeno da judicialização da saúde, avaliando criticamente a atuação do Poder Judiciário em face da Separação dos Poderes, bem como mensurar os impactos financeiros, orçamentários e sociais dessa judicialização. No terceiro e último capítulo, examinam-se as transformações do neoconstitucionalismo, conectando-as à atuação do STF quanto ao tema da judicialização da saúde.

1. O DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE E SUA EFETIVAÇÃO NO BRASIL

1.1. Criação do sistema de saúde brasileiro

O direito à saúde no Brasil é concretizado mediante políticas públicas universais, concretizadas em uma rede ou sistema gratuito de políticas denominado Sistema Único de Saúde (SUS). Para compreender as características e objetivos desse sistema, é imperioso contextualizá-lo, ainda que brevemente, na história do Brasil, o que se faz necessário mediante a explicação de certas questões que datam desde a Primeira República. Desde esse período, ocorreram diversos fatos envolvendo a saúde pública em âmbito nacional ou com repercussão nacional, fundamentais para compreender a importância e a dimensão do alcance do sistema público de saúde hoje existente.

Durante a Primeira República (1889-1930), denota-se a primazia da elite governante agroexportadora, e também a insurgência da elite industrial, período em que houve considerável aumento da riqueza do país. Essa, porém, era limitada ao topo da sociedade, enquanto a mão-de-obra produtora submetia-se a uma série de problemas de exclusão social e carência ou completa falta de meios indispensáveis a uma vida digna, dentre eles, problemas de saúde letais, em decorrência da completa precariedade de saneamento básico.

O aparelho estatal à época, como medida de contenção ao aumento indiscriminado de doenças, buscou minimizá-la com o projeto de lei de vacinação antivariólica obrigatória, aprovado em 31 de outubro de 1904. Isso gerou, entretanto, repercussões políticas não positivas à população, dando origem à chamada Revolta da Vacina (Benchimol, 2018, p. 261). Os insurgentes não se manifestaram em desfavor à vacina em si, mas repudiaram as condições de sua aplicação e o caráter compulsório da vacinação, em razão da obrigatoriedade da lei (Sevcenko, 2018, p. 19).

Diante do massacre da população civil e dos danos materiais iminentes ao levante popular, o Estado brasileiro viu-se impelido à revogar a obrigatoriedade da lei. Porém, a isso seguiram-se inúmeros episódios de degradação humana decorrentes da violência do Estado. Os “banidos da Revolta da Vacina”, tidos por indesejáveis e elencados como indigentes, foram perseguidos e expurgados da sociedade, conforme observa Sevcenko (2018, p. 93):

A rigor, no contexto do processo de regeneração, livrar a cidade desse ‘entulho humano’ representava uma extensão da política de saneamento e profilaxia definida pelo projeto de reurbanização [...] Quem ouvisse poderia imaginar que se trata de uma operação de extermínio de ratos, mas tratava-se de seres humanos desamparados e desesperados [...] Os banidos da Revolta da Vacina, na verdade os magotes de pobres da cidade, eram embarcados nas famosas ‘prespangas’, espécie de navios-prisão, onde se amontoavam de maneira bárbara, seminus, em condições precaríssimas de alimentação e respiração, sufocando, sob o calor, os excrementos,

piolhos, ratos e a chibata. Muitos, é evidente, não resistiam a uma viagem tão longa e em tais condições.

Tais banidos era um grupo integrado por milhares de miseráveis, carentes de moradia, sem empregos e documentos, vivendo em uma sociedade caótica e vítimas de uma situação crônica de desemprego e outros problemas de desigualdade econômica e social (Sevcenko, 2018, p. 93).

Posteriormente, no período nomeado como “sanitarismo campanhista”, deu-se a *educação sanitária*, um modelo de saúde pública voltada à profilaxia das doenças coletivas. Cabe adicionar que, de acordo com Paim (2019, p. 4), nesse mesmo período, surgiram serviços de saúde que eram prestados de forma desigual aos contribuintes dos Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPAS), de acordo com o seu rendimento mensal e o valor de suas contribuições. Desse modo, aqueles trabalhadores de baixa renda e, portanto, que contribuíam com menores valores aos IAPAS recebiam serviços de saúde em qualidade consideravelmente inferior e precária se comparado ao serviço prestado a contribuintes de elevado poder aquisitivo.

Avançando esse período, após a deposição de Getúlio Vargas em 1945, o presidente Eurico Gaspar Dutra elegeu-se fundamentado no plano SALTE, plano que trouxe a saúde como objetivo primordial, mas também visou a melhoria da qualidade de vida em sentido amplo, o que repercute direta e indiretamente na asseguuração do direito à saúde, como alimentação, transporte e energia. Isso, de fato, não foi contemplado, uma vez que a maior parte dos recursos despendidos acabaram sendo revertidos ao setor de transportes (Coimbra, 2022, p. 20).

Com o retorno varguista ao poder em 1951, houve a criação do Ministério da Saúde, no ano de 1953, representando um avanço no controle das doenças atinentes ao período, como a malária e a varíola.

A eleição de Juscelino Kubitschek, no entanto, focou no crescimento econômico, mas teve recorrente despreocupação com a saúde pública, uma vez que fortaleceu somente as instituições de saúde privadas, isto é, os IAPAS, segregando os cuidados médicos aos seus segurados e marginalizando aqueles desprovidos de vínculos empregatícios formais e os desempregados.

A vinculação da contribuição profissional a tratamentos médicos-assistenciais dignos também se fez veemente presente na ditadura civil-militar, compreendida entre 1964 a 1984, colocando a seu próprio serviço as instituições previdenciárias e consubstancializando uma

espécie de mercantilização da saúde mediante tal dependência entre possuir emprego formal contributivo e receber assistência à saúde digna. Nesse período, criou-se o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SIMPAS), que era composto de vários órgãos estatais, e, dentre eles, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Esse sistema novamente reiterou o abismo social brasileiro, assegurando cuidados de qualidade a quem produzia riqueza, aos mais ricos e à elite do Estado. Enquanto isso, restava aos trabalhadores sem vínculos empregatícios formais, bem como aos desempregados, a dupla marginalização; ora pela própria posição social vulnerável em que se encontravam, ora pelo desamparo estatal à dignidade, em especial no que tange à saúde, fruto de inúmeras falhas estruturais no sistema público de saúde da época.

A partir da redemocratização do país (1985-1988) e da Assembleia Nacional Constituinte, o Brasil estatizou o direito à saúde em concomitância à assistência médica gratuita e universal, criando o Sistema Único de Saúde (SUS). Impôs-se, assim, ao Estado brasileiro o dever prestacional de garantir saúde a todos os cidadãos, de modo individual e coletivo, conforme prevê o artigo 196 da Constituição Federal de 1988:

Art. 196. 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.

Foi com a Reforma Sanitária, oriunda das discussões da 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, que se estabeleceram as diretrizes para a constitucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS). A Reforma Sanitária Brasileira foi um movimento político e social que atingiu seu ápice na 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), sob a liderança de figuras como Sérgio Arouca, ao articular a redemocratização do país com a reestruturação da saúde pública. Rompendo com o modelo anterior – excludente, centrado em hospitais privados e restrito a trabalhadores com carteira assinada –, o movimento ampliou o conceito de saúde, definindo-a não apenas como a ausência de doenças, mas também como o resultado de condições dignas de vida, como habitação, alimentação e trabalho. A partir de ampla participação popular e da premissa de que *saúde é democracia*, a conferência estabeleceu as diretrizes da universalidade, integralidade e descentralização, que serviram de base para a Assembleia Constituinte quanto à criação do SUS.

Diante desse cenário, é imprescindível visualizar o sistema universal de saúde brasileiro não como uma dádiva legislativa, mas como o resultado de profundas tensões entre

setores sociais divergentes. Nesse processo histórico, a consolidação da universalidade e da dignidade na saúde decorreu, fundamentalmente, da articulação de movimentos em prol das populações historicamente subalternizadas e excluídas da assistência médica formal. Na contemporaneidade, contudo, esse legado enfrenta inúmeros desafios relacionados à sua desvalorização, à falta de condições adequadas de tratamento e à falta de reconhecimento, por parte até mesmo de parcela da própria população, sobre a relevância do sistema.

1.2. O Sistema Único de Saúde (SUS) como instrumento de garantia de direitos fundamentais

Em conformidade ao contexto histórico previsto e a conclusão obtida anteriormente, entende-se que, uma vez existente o direito à saúde previsto na Constituição da República, devidamente delimitado em seu artigo 6º, coexiste-se também o seu caráter de direito fundamental social, o qual impõe ao Estado o dever prestacional de maximizar esse direito, conforme previsto no artigo 196 da Constituição Federal. Nesse contexto, a natureza social do direito à saúde se reveste de princípios que são basilares para a sua efetivação: a universalidade e o acesso igualitário às ações e serviços de saúde que objetivam a sua promoção, proteção e recuperação.

Dallari e Nunes Júnior (2010, p. 720) muito bem pontuam que a universalidade em questão deve se destinar ao ser humano enquanto gênero, não podendo, portanto, ficar limitado a um grupo, categoria ou classe de pessoas. Assim, quaisquer seletividade e constrangimentos para com os usuários de sua prestação de serviços caracteriza-se como um descumprimento do que enseja a Constituição. Porém, não raro ocorrem violações constitucionais no que tange ao princípio da universalidade, quando o próprio Estado brasileiro se abstém de financiar adequadamente os recursos necessários para os cuidados à saúde. A discrepância social existente no Brasil é evidenciada em situações em que o Estado, ao não cumprir sua premissa constituinte, relega aos cidadãos dependentes de suas políticas prestacionais uma realidade inerte, incerta e invisível, enquanto a população de maior poder aquisitivo supre suas necessidades médicas com dignidade, através de serviços privados.

Em matéria de acesso igualitário aos serviços públicos de saúde, com fulcro também no artigo 196 da Constituição Federal, percebe-se que o seu significado reitera o critério isonômico, pautado pela ausência de preconceitos ou privilégios de qualquer espécie, em conformidade com o artigo 7º, inciso IV, da Lei nº 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde), e também sem excluir o princípio da equidade, consistente no direcionamento equitativo do serviço de saúde, com maior atenção aos que mais precisam, e sem incorrer na prática de

privilégios ou preconceitos (Dallari; Aith; Maggio, 2019, p. 12).

Cabe ressaltar que a efetividade dos direitos fundamentais sociais, como o direito à saúde, se concretiza através da execução de políticas públicas, uma vez que os direitos sociais, como um todo, pressupõem marcadamente uma obrigação positiva, ou seja, implicam custos para serem efetivados, o que faz com que tenham uma “dimensão economicamente relevante”. Essas prestações com fulcro econômico, ao serem executadas, devem estar ao encontro dos preceitos constitucionais e de todo o ordenamento jurídico, visando o interesse público, a promoção e a proteção de direitos, especialmente aqueles cunhados como direitos humanos (Aith, 2006, p. 119).

1.3. O mínimo existencial e a reserva do possível

A positivação constitucional do direito à saúde culminou, na década de 1990, na estruturação e consolidação do Sistema Único de Saúde, impondo ao Estado um robusto dever prestacional. Ao mesmo tempo, esse período de implementação institucional foi marcado pela ascensão da agenda neoliberal no Brasil, cuja diretriz orientou a redução dos investimentos públicos e a contenção de gastos estatais, conforme anota Carneiro et al. (2021, p. 2):

O neoliberalismo é uma ideologia econômica e política que, a partir de sua lógica exploratória, visa a maximização do lucro com redução do custo de produção, além de propiciar a desregulamentação dos direitos sociais e trabalhistas. Tal situação tem resultado em enxugamento da máquina pública, redução do quantitativo de recursos humanos e materiais e diminuição de investimentos nas unidades do sistema de saúde [...] Essa situação contribui, ao longo de décadas, para o sucateamento do SUS e a precarização das condições de trabalho nas unidades dos serviços de saúde públicos.

Denota-se que a inserção de uma ideologia neoliberal nas estruturas de Estado prejudica à concretização do direito fundamental social à saúde, contribuindo para a sua caracterização como uma premissa constitucional ineficaz; uma norma programática, mas sem concretização.

Em casos de omissão ou prestação indevida do serviço de saúde por parte do Estado, por vezes outro ente federativo se vê obrigado a assumir a posição de efetivação do direito violado ou com risco de violação no caso concreto, a partir de demandas levadas ao Poder Judiciário. Este, ao apreciar demandas referentes à concessão de bens e direitos ligados à saúde, negando-lhes ou conferindo-lhes provimento, pode fazer uso dos termos “reserva do possível” e “mínimo existencial” para fundamentar sua decisão quanto à efetivação do direito almejado. Tais conceitos, de algum modo, envolvem a dualidade da prática estatal quanto à

finitude de recursos econômicos, de um lado, e a dignidade humana assegurada por políticas públicas, do outro.

Compreende-se o mínimo existencial como as condições mínimas da existência humana digna. Em contrapartida, a reserva do possível é construída a partir do entendimento de que o orçamento público é finito, e os direitos sociais, econômicos e culturais detêm uma quantificação econômica que só deve ser atendida pelo Estado se houver orçamento disponível. Configura-se, assim, uma polarização para justificar a concessão, ou não, da decisão jurídica (Carneiro et al. 2021, p. 2).

Não se pode confundir o mínimo existencial com a simples sobrevivência física, visto que a mera sobrevivência não efetiva a dignidade humana *per si*. Viver não significa ter dignidade. Além disso, o princípio do mínimo existencial deve garantir uma existência com a fruição mínima de todos os direitos fundamentais e que inclua a aceção de um mínimo existencial *sociocultural*, isto é, aquele que varia conforme lugar; tempo; padrão socioeconômico vigente; esfera econômica e financeira; expectativas e necessidades de cada cidadão, cabendo ao Poder Judiciário analisar as particularidades e correspondências de recursos a cada demanda, sem excluir as conquistas já sedimentadas referente ao direito à saúde (Wang, 2009, p. 311-312).

Já o conceito de reserva do possível não pode ser utilizado como escusa *genérica* para a não intervenção do Judiciário em matéria de direitos sociais, haja vista que a inafastabilidade do controle jurisdicional prevista na Constituição Federal dá aos juízes poder para tutelar qualquer lesão ou ameaça a direito, ainda que decorrentes de “políticas públicas” ou da falta delas, sem ignorar a necessidade de uma “prudente e responsável autolimitação funcional” por parte dos magistrados, conforme disserta Wang (2009, p. 312). Nesse contexto, prevalece, no Supremo Tribunal Federal (STF), o entendimento de que o Estado pode, sim, se valer da reserva do possível para não atender demandas prestacionais, salvo aquelas que fizerem parte do mínimo existencial, por serem prioritárias:

[...] Impossibilidade de invocação, pelo Poder Público, da cláusula da reserva do possível sempre que puder resultar, de sua aplicação, comprometimento do núcleo básico que qualifica o mínimo existencial” (STF – RE 482611/SC, RTJ 200/191-197).

[...] DIMENSÃO POLÍTICA DA JURISDIÇÃO CONSTITUCIONAL ATRIBUÍDA AO SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. INOPONIBILIDADE DO ARBÍTRIO ESTATAL À EFETIVAÇÃO DOS DIREITOS SOCIAIS, ECONÔMICOS E CULTURAIS. CARÁTER RELATIVO DA LIBERDADE DE CONFORMAÇÃO DO LEGISLADOR. CONSIDERAÇÕES EM TORNO DA CLÁUSULA DA “RESERVA DO POSSÍVEL”. NECESSIDADE DE PRESERVAÇÃO, EM FAVOR DOS INDIVÍDUOS, DA INTEGRIDADE E DA INTANGIBILIDADE DO NÚCLEO CONSUBSTANCIADOR DO “MÍNIMO EXISTENCIAL”. VIABILIDADE INSTRUMENTAL DA ARGÜIÇÃO DE

DESCUMPRIMENTO NO PROCESSO DE CONCRETIZAÇÃO DAS LIBERDADES POSITIVAS (DIREITOS CONSTITUCIONAIS DE SEGUNDA GERAÇÃO) (STF – ADPF 45 DF, Rel. Ministro Celso de Mello, julgado em 29/03/2014).

Assim, a prática correta do conceito da reserva do possível não pode obstaculizar a plena eficácia do mínimo existencial, cuja proteção deve ocorrer incondicionalmente.

2. JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE NO ORDENAMENTO JURÍDICO BRASILEIRO

2.1. Conceito, origens e fundamentos

O estabelecimento de leis, decretos, portarias, resoluções e instruções normativas voltadas à organização do setor de saúde, bem como à participação da sociedade na gestão e fiscalização de suas ações e serviços, é, em regra, de iniciativa do Poder Legislativo e, excepcionalmente, do Poder Executivo. Todavia, compete ao Poder Executivo a efetiva aplicação dessas espécies normativas na realidade brasileira.

No cenário brasileiro, a elaboração e a execução das políticas públicas de saúde competem, pois, primordialmente aos Poderes Executivo e Legislativo. Contudo, diante de eventuais omissões ou da insuficiência dessas ações para efetivar o direito social à saúde, garantido pela Constituição Federal, o Poder Judiciário é frequentemente provocado a intervir. É nesse espaço que os cidadãos recorrem à via judicial para contornar os entraves dos canais administrativos ordinários, emergindo e se consolidando o fenômeno da *judicialização da saúde*.

A origem desse fenômeno é intrínseca à criação de um sistema público universal de saúde, que se torna responsável pela promoção de serviços e ações sob os princípios da universalidade e equidade, e que, por serem incompatíveis ao modelo econômico brasileiro¹, confrontam a existência de obstáculos para a sua plena consolidação. O subfinanciamento e a má-gestão, figurados como principais óbices à efetivação do direito à saúde, impedem a prestação de serviços públicos de qualidade, até mesmo por pressões de setores econômicos, tornando necessárias soluções que extrapolam as possibilidades do Poder Executivo (Nunes et al., 2023, p. 81-82).

¹ Como aponta José Luis Bolzan de Moraes (2011, p. 60), existe um conflito inevitável entre o modelo jurídico e o modelo econômico do país. De um lado, o Estado compromete-se a efetivar direitos sociais básicos como a saúde; de outro, opera sob a lógica de um capitalismo excludente que limita o alcance dessas ações. Essa ambiguidade impede o pleno bem-estar da sociedade e empurra as demandas sociais para as vias judiciais.

As controvérsias jurídicas em torno do direito à saúde se intensificaram devido ao crescimento expressivo de litígios que pleiteiam ações e serviços no setor, por omissão estatal ou serviço prestado indevidamente. Diante desse cenário, a sociedade recorre ao Poder Judiciário como via para a efetivação de tal prerrogativa constitucional. Em consequência, inúmeros desafios surgem aos magistrados e tribunais, tornando necessária certa configuração de precedentes a fim de organizar e harmonizar questões divergentes envolvendo o direito constitucional à vida digna e à saúde, os limites orçamentários do Estado e, ao mesmo tempo, assegurar que o sistema continue a ser universal, considerando as gravidades das questões fáticas que chegam ao juízo, bem como sem privilegiar poucos em detrimento de muitos.

2.2. A atuação do Poder Judiciário

Nessa conjuntura, por vezes verifica-se a existência de certo descompasso entre o teor de decisões judiciais e a realidade prática das políticas públicas de saúde, o que torna necessária maior compreensão acerca dos mecanismos de gestão do SUS. Sobre essa problemática, Delduque e Castro (2015, p. 509) já elucidaram que:

Por vezes, a jurisdição não é capaz de dar solução adequada a certos tipos de conflito por desconhecer o campo do conhecimento do tema posto a seu julgamento e por, muitas vezes, exercer a função jurisdicional de aplicação da lei ao caso concreto, afirmando-se na função substitutiva do sistema político e “destecnificando” a aplicação da lei; por consequência, levando à judicialização da vida administrativa e econômica (Faria, 2004, P. 103). Assim acontece com a saúde. Por desconhecer as políticas públicas formadoras do SUS, a jurisdição não tem solucionado o acesso a bens e serviços de saúde. Ao contrário, tem criado distorções no sistema e dado ao conceito de acesso à justiça um sentido reverso, em que uns poucos privilegiados, que podem ter acesso aos tribunais, obtêm uma sentença.

Assim, têm-se que o exercício de um direito fundamental pelos cidadãos pode acarretar sérios prejuízos ao funcionamento tripartite do Estado, se executado indevidamente, sem ponderação e desconsiderando as particularidades da gestão da coisa pública. Há o risco de, com exacerbação da atuação do Poder Judiciário para além de seus limites funcionais, gerarem-se impactos significativos na implementação e execução das políticas públicas da área da saúde.

Determinados grupos da sociedade civil vêem no Poder Judiciário uma forma de acesso aos seus direitos sociais e prestacionais do Estado, conforme dito anteriormente; por não encontrarem resposta nos poderes políticos da Administração, têm no Poder Judiciário uma imensa possibilidade de acolhida. Por outro lado, basear-se somente na premissa da inafastabilidade jurisdicional pode viabilizar o inchaço deste Poder. Conforme sustenta

Machado (2008, p. 83), a imposição de limites aos outros dois poderes é algo claro na democracia, condição presente no sistema de *checks and balances*; entretanto, se o Poder Judiciário representar uma limitação geral à maioria, isso se mostra desarrazoado e incompatível com a própria Separação dos Poderes.

Sob essa ótica, reduzir o conceito de democracia a uma dimensão puramente majoritária e formal desconsidera sua perspectiva qualitativa substancial, a qual engloba a salvaguarda de valores essenciais como a dignidade da pessoa humana e a eficácia dos direitos fundamentais. Ao mesmo tempo, a busca pela eficácia do direito à saúde via jurisdicional, *se desarrazoada e desconexa das particularidades da gestão da coisa pública*, pode provocar uma dependência excessiva do Judiciário e a intensificação de seus poderes. Esse fenômeno pode centralizar no Poder Judiciário o papel de principal garantidor do acesso a tratamentos e medicamentos, transferindo desarrazoadamente para os tribunais uma responsabilidade que originalmente competia à Administração Pública.

Essa transferência de atribuições gera severas tensões na concretização das promessas constitucionais de 1988. Ao transformar o Judiciário em um gestor universal de exceções, os cidadãos passam a depender de provimentos jurisdicionais casuísticos e potencialmente heterogêneos para alcançar o mínimo existencial. Como consequência, essa fragmentação das decisões compromete o princípio da isonomia, uma vez que privilegia os indivíduos que têm acesso à Justiça em detrimento da coletividade dependente do SUS, e impõe novos desafios à própria dinâmica democrática e ao planejamento das políticas públicas de saúde.

2.3. Impactos da judicialização da saúde no funcionamento e efetividade do SUS (gestão, financiamento e equidade)

Para a compreensão dos impactos da judicialização da saúde, é imprescindível o entendimento sobre o custo de um processo judicial, ainda que por aproximação, a partir de parâmetros empíricos disponíveis. Nesse contexto, pesquisa realizada pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), em 2011, apontou que o custo médio de um processo de execução fiscal na Justiça Federal era de R\$ 4.368,00. Atualizando-se tal valor pelo índice IPCA, calculado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), estima-se que, atualmente, esse custo situa-se entre R\$ 9.200,00 e R\$ 9.700,00, por cada processo.

Embora tais conclusões tenham sido obtidas a partir de dados de processos judiciais de natureza distinta dos casos de saúde, podem igualmente ser utilizados como parâmetro, ao menos aproximativo, para a compreensão dos custos da judicialização da saúde.

Além do impacto financeiro, Machado (2008, p. 81) acrescenta que, em certos casos de judicialização da saúde, a imputação, pelo Judiciário, de obrigações ao Estado acarreta no pagamento imediato de determinados bens sem que os mesmos passem por um processo de licitação, causando desequilíbrio avassalador nas contas públicas e, principalmente, no orçamento destinado à saúde.

Não se deve desconsiderar o impacto orçamentário de uma decisão judicial que obriga o sistema de saúde a fornecer determinado tratamento. Ao mesmo tempo, questões como a escassez de recursos e a não previsão de gastos não são razões suficientes para denegar o pedido de um tratamento médico, dado que este encontra respaldo no direito à saúde assegurado pela Constituição Federal (Wang et al., 2014, p. 1193), especialmente quando tal direito se vincula à garantia do mínimo existencial. Pelo entendimento que prevalece no STF, conforme já explicado, o mínimo existencial deve ser assegurado ainda que se evidencie o limite da reserva do possível.

Ao analisarem um estudo de caso focado no município de São Paulo, Wang et al. (2014, p. 1201) verificaram que o respectivo Judiciário costuma adotar duas teses principais: a de que existe responsabilidade solidária entre os entes federativos e a de que o acesso à saúde não se limita às listas oficiais do SUS. Segundo os autores, a aplicação generalizada dessas premissas gera reflexos negativos para todo o sistema público. Entre os principais impactos, destacaram-se a criação de um acesso desigual à saúde (que beneficia prioritariamente quem aciona os tribunais), o desequilíbrio na repartição de competências, que sobrecarrega as administrações municipais, e a desestruturação do planejamento orçamentário decorrente da imprevisibilidade de gastos que surge a partir de decisões judiciais.

Consoante à concepção de Wang et al., a judicialização da saúde gera severos entraves à gestão das contas públicas. Esse fenômeno impõe um elevado grau de incerteza ao administrador, que se vê obrigado a lidar com gastos imprevistos na aquisição de medicamentos determinados por ordem judicial. Como consequência, tal imprevisibilidade impacta diretamente o orçamento geral, forçando remanejamentos e cortes em outras despesas e políticas planejadas. Essa perspectiva mostra que a equidade idealizada nas demandas judiciais acaba por se desmistificar na prática. A via jurisdicional introduz um acesso desigual ao SUS, uma vez que os cidadãos que litigam obtêm um catálogo mais amplo de ações e serviços de saúde. Enquanto isso, o restante da população permanece dependente exclusivamente das prestações gerais definidas pelas políticas públicas ordinárias, as quais carecem da mesma imperatividade imediata.

3. NEOCONSTITUCIONALISMO E A CONCRETIZAÇÃO DOS DIREITOS FUNDAMENTAIS

3.1. Princípios, força normativa da Constituição e a judicialização

Luís Roberto Barroso (2005, p. 5) delinea três grandes transformações históricas de aplicação do Direito Constitucional, as quais culminaram com a ascensão do denominado “neoconstitucionalismo”: a) o reconhecimento de força normativa à Constituição; b) a expansão da jurisdição constitucional; c) o desenvolvimento de uma nova dogmática da interpretação constitucional.

O reconhecimento da força normativa da Constituição se dá pela observância de suas premissas constitucionais, dotadas de força vinculante e obrigatoriedade, sob pena de cumprimento forçado através de mecanismos de coação. No contexto nacional, com a promulgação da Constituição de 1988, essa transformação sofreu resistências jurídicas, em decorrência do autoritarismo previamente vigente e das constituições e cartas constitucionais antecedentes, as quais eram consideradas apenas promessas vagas do Poder Legislativo, de aplicabilidade não visível aos cidadãos.

Em relação à transformação para a expansão da jurisdição constitucional, esta se caracteriza pela transposição da supremacia do Poder Legislativo à própria Constituição, que, por sua vez, tem como seu poder-guardião o Poder Judiciário.

Quanto às novas modalidades de interpretação constitucional, decorrentes da imperatividade da Constituição, denota-se a presença de métodos tradicionais e novos métodos interpretativos, ambos cristalizados pelo arcabouço jurídico-doutrinário e constituídos por diversos princípios norteadores da interpretação constitucional, a exemplo da preservação da dignidade da pessoa humana.

Nesse contexto de novas formas de interpretação da Constituição, o neoconstitucionalismo pode ser compreendido como um movimento teórico e prático que redefine o papel da Constituição no ordenamento jurídico, caracterizado pela superação do positivismo clássico em prol da centralidade dos direitos fundamentais e da reaproximação entre o Direito e a ética. O texto constitucional passa a irradiar seus efeitos sobre todo o sistema jurídico, transformando os juízes em agentes ativos na concretização de políticas e direitos fundamentais, como o direito à saúde.

Assim, o neoconstitucionalismo surge como um dos fundamentos teóricos que legitima e impulsiona a judicialização da saúde. Ambos os fenômenos convergem ao partirem da premissa de que os direitos sociais são normas dotadas de imperatividade

jurídica, e não meras promessas políticas. Tanto a teoria neoconstitucional quanto a prática da judicialização canalizam a concretização dessas garantias por meio da atividade jurisdicional, a qual se manifesta seja normativa e coletivamente, pelas interpretações e teses fixadas pelo Supremo Tribunal Federal (STF), seja individualmente, pelo fluxo contínuo de processos judiciais.

3.2. O papel do Supremo Tribunal Federal (STF), parâmetros decisórios e os desafios no contexto da judicialização da saúde

Conforme Lenir Santos (2021, p. 813), são inúmeras as demandas por medicamentos, produtos, insumos, tecnologias e serviços em relação ao SUS, não podendo a judicialização da saúde tratar as particularidades do SUS de modo inadequado, sem atenção para determinadas normas, para as pactuações interfederativas e para o seu baixo financiamento, que é uma realidade e uma das principais causas das inadequações dos serviços de saúde que acabam sendo judicializados. Por isso, faz-se imprescindível demarcar parâmetros e balizas, para, de fato, compreender todas as dimensões do bem jurídico que a integralidade da saúde compreende, conforme definido no artigo 7º, II, da Lei nº 8.080/1990:

Essa indefinição sobre o que compreende a integralidade exige do aplicador da norma, do administrador, a adoção de parâmetros, de balizas, que a modulem, que contenham tal fluidez e possibilitem, observados os princípios, as diretrizes do SUS, gerir um sistema público que possa atender a todos de modo sóbrio, racional, solidário e com qualidade, sem excesso e sem asfixiar o direito (Santos, 2021, p. 814).

Nesse sentido, a atuação do Supremo Tribunal Federal revela-se central na tentativa de construção de parâmetros decisórios capazes de conferir maior racionalidade à judicialização da saúde, especialmente diante da fluidez conceitual do direito à saúde e da integralidade assistencial. Como aponta Lenir Santos, a Corte tem buscado uniformizar entendimentos por meio de teses de repercussão geral, que orientam não apenas o Poder Judiciário, mas também a atuação administrativa dos entes federativos.

Dentre essas balizas, destaca-se, inicialmente, a consolidação da responsabilidade solidária dos entes federativos na prestação da assistência à saúde, firmada na Suspensão de Tutela Antecipada nº 175 e reiterada no julgamento do Recurso Extraordinário nº 855178. Nessa linha, o STF assentou que o dever de garantir o direito à saúde é comum à União, aos Estados e aos Municípios, podendo qualquer deles figurar no polo passivo das demandas judiciais. Contudo, ao mesmo tempo em que reforça a proteção ao cidadão, tal entendimento

impõe desafios relevantes à gestão do SUS, sobretudo no que se refere à definição de competências e à necessidade de posterior ressarcimento entre os entes, o que evidencia a complexidade prática da aplicação dessa diretriz.

Outro importante parâmetro fixado pela Corte diz respeito à vedação de tratamento diferenciado no âmbito do SUS, conforme decidido no Recurso Extraordinário nº 581488. O STF afirmou a impossibilidade de distinções relacionadas à acomodação hospitalar ou à escolha de profissionais, em observância aos princípios da universalidade e da igualdade de acesso previstos no artigo 196 da Constituição. Tal entendimento reforça a natureza pública e igualitária do sistema, embora algumas decisões ainda incorram em equívocos ao associar o direito à saúde a critérios econômicos, tensionando a própria lógica universal do SUS.

No campo do fornecimento de medicamentos, o STF também estabeleceu critérios relevantes. No Recurso Extraordinário nº 657718, firmou-se a tese de que o Estado não pode ser obrigado a fornecer medicamentos experimentais, bem como que, como regra geral, a ausência de registro na Anvisa impede o fornecimento por decisão judicial. Todavia, a Corte admitiu exceções em situações específicas, como nos casos de mora irrazoável da agência reguladora, desde que preenchidos requisitos rigorosos. Essa flexibilização, embora busque atender situações excepcionais, gera tensões com a lógica de regulação sanitária e planejamento do SUS, ao permitir intervenções judiciais em matéria altamente técnica.

Ademais, no julgamento do Recurso Extraordinário nº 566471, o STF decidiu que o Estado não é obrigado, em regra, a fornecer medicamentos de alto custo não incorporados às listas oficiais do SUS. Ainda assim, a própria Corte admite a possibilidade de exceções, o que mantém um espaço de incerteza decisória e reforça o protagonismo judicial na definição de políticas públicas de saúde. Tais exceções podem comprometer o planejamento sanitário e acentuar desigualdades, ao privilegiar demandas individuais em detrimento de uma lógica coletiva de alocação de recursos. Assim, a definição de parâmetros decisórios pelo STF, embora imprescindível, revela-se insuficiente se não vier acompanhada de uma atuação coordenada entre os Poderes, voltada ao enfrentamento coletivo das causas estruturais da judicialização, para além de apenas resolverem-se demandas individualizadas envolvendo a saúde pública.

CONCLUSÃO

A construção histórica do sistema universal de saúde no Brasil resultou de intensas mobilizações sociais, e sua consagração na Constituição de 1988 passou a impor ao Estado um amplo dever de prestação e garantia do direito à saúde. Apesar disso, a combinação entre

o subfinanciamento crônico do setor, as deficiências estruturais da máquina pública e a adoção de diretrizes econômicas de viés neoliberal acabou restringindo a concretização plena das promessas constitucionais relacionadas à saúde pública.

Nesse contexto, o vazio deixado pela atuação insuficiente do Executivo e do Legislativo levou o Poder Judiciário a assumir posição cada vez mais protagonista, movimento fortalecido pela ascensão do neoconstitucionalismo, corrente que atribui eficácia imediata aos direitos fundamentais e amplia o espaço de atuação dos tribunais. Entretanto, os resultados da pesquisa revelam também certos efeitos colaterais desse protagonismo judicial. A concessão reiterada de medicamentos, tratamentos e insumos fora do planejamento sanitário estatal pode gerar consideráveis dificuldades de gestão pública.

Observou-se que o Judiciário, se frequentemente desconsidera as listas oficiais de fornecimento, limites orçamentários e impõe responsabilidade solidária ampla e irrestrita entre os entes federativos, pode acabar produzindo desequilíbrios relevantes, como a sobrecarga orçamentária dos municípios, que possuem menor capacidade arrecadatória, o aumento expressivo dos custos operacionais, em razão de aquisições realizadas à margem dos processos licitatórios e, sobretudo, o comprometimento da equidade distributiva. Como consequência, consolida-se um SUS marcado por duas velocidades: de um lado, o cidadão que consegue acessar rapidamente prestações pela via judicial; do outro, parcela da coletividade que permanece submetida às limitações do planejamento ordinário e universal do sistema.

Diante disso, a hipótese inicialmente formulada pela pesquisa foi integralmente confirmada. O controle jurisdicional mostrou-se legítimo e indispensável para assegurar a proteção do núcleo essencial do mínimo existencial quando contraposto à cláusula da reserva do possível, entendimento já consolidado pelo próprio Supremo Tribunal Federal. Contudo, a ausência de critérios técnicos uniformes e a multiplicação de decisões casuísticas e heterogêneas acabam transferindo, de maneira excessiva, funções típicas da Administração Pública a magistrados, podendo produzir impactos sensíveis sobre a isonomia e sobre a lógica coletiva que estrutura o SUS.

Embora as teses de repercussão geral fixadas pelo STF procurem reduzir tais distorções, sobretudo ao vedar tratamentos experimentais e restringir o fornecimento de medicamentos de alto custo fora das listas oficiais, flexibilizações admitidas em situações excepcionais de cada caso concreto ainda preservam considerável margem de incerteza decisória. Percebeu-se, nesse contexto, que a simples fixação de balizas jurisprudenciais não é suficiente quando dissociada de reformas estruturais amplas e coordenadas entre os diferentes

níveis da Administração Pública.

REFERÊNCIAS

AITH, Fernando. Políticas públicas do Estado e de governo: instrumentos de consolidação do Estado Democrático de Direito e de promoção e proteção dos direitos humanos. In. BUCCI, Maria Paula Dallari (Org.). **Políticas Públicas**. São Paulo: Saraiva, 2006.

BARROSO, Luis Roberto. Neoconstitucionalismo e constitucionalização do direito: o triunfo tardio do direito constitucional no Brasil. **Revista de Direito Administrativo da FGV**. Rio de Janeiro, 240, Abr/jun, 2005. p. 5.

BENCHIMOL, Jaime Larry. Revolução pauteriana na saúde pública e na pesquisa biométrica brasileiras (1880 a 1920). In. TEIXEIRA, Luiz Antônio et al (Orgs). **História da saúde no Brasil**. São Paulo: Jucitec Editora, 2018, p. 261.

BRASIL. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea); CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA (CNJ). **Custo unitário do processo de execução fiscal na Justiça Federal**: relatório de pesquisa. Brasília: Ipea, 2011.

BRASIL. **Lei no 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, da organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. 28 Jun 2011.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental – ADPF 45**, DF, Rel. Ministro Celso de Mello, julgado em 29/03/2014.
BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Recurso Extraordinário 581488**. Relator Ministro Dias Toffoli. 2016.

Brasil. Supremo Tribunal Federal. **Recurso Extraordinário 855178**. Relator Ministro Luiz Fux. 2019.

Brasil. Supremo Tribunal Federal. **Recurso Extraordinário 657718**. Relator Ministro Marco Aurélio Mello. 2019.

Brasil. Supremo Tribunal Federal. **Recurso Extraordinário 566471**. Relator Ministro Marco Aurélio. Brasília, 11 de março de 2020

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Suspensão de Tutela Antecipada 175**. Relator Ministro Gilmar Mendes. 2010.

CARVALHO, Eloá Carneiro et al. Judicialização da saúde: reserva do possível e mínimo existencial. **Cogitare Enfermagem**, v. 26, p. e76406, 2021.

COIMBRA, Mário. **O Sistema Único de Saúde na pós-pandemia de 2020/2021, efetividade do direito à saúde e o necessário financiamento**. Monografia (Pós-doutorado em Ciência Jurídica) – Faculdade de Direito, Universidade Estadual do Norte do Paraná. Jacarezinho, p. 20, 2022.

DALLARI, Sueli Gandolfi, AITH, Fernando; MAGGIO, Marcelo Paulo. **Direito Sanitário; aspectos contemporâneos da tutela do direito à saúde**. Curitiba: Juruá, 2019, p. 12.

FARIA, J. E. O sistema brasileiro de Justiça: experiência recente e futuros desafios. **Revista de Estudos Avançados**, São Paulo, v. 51, n. 18, p. 103-125, 2004.

MACHADO, Felipe Rangel Souza. Contribuições ao debate da judicialização da saúde no Brasil. **Revista de Direito Sanitário**, v. 9, n. 2, p. 73-91, 2008.

MORAIS, José Luis Bolzan. **As crises do Estado e da Constituição e a transformação espaço-temporal dos direitos humanos**. Livraria do Advogado Editora, 2011, p. 60.

NUNES, José Ronaldo Vasconcelos et al. A problematização da convergência dos campos do Direito e da Saúde Coletiva. **Tempus–Actas de Saúde Coletiva**, v. 17, n. 4, p. 68-91, 2023.

PAIM, Jairnilson Silva. Aspectos históricos. In PAIM, Jairnilson Silva (Org). **SUS - Sistema Único de Saúde: tudo o que você precisa saber**. Rio de Janeiro: Editora Atheneu, 2019, p. 04.

SANTOS, Lenir. Judicialização da saúde: as teses do STF. **Saúde em debate**, v. 45, p. 807-818, 2021.

SEVCENKO, Nicolau. **A revolta da vacina**. São Paulo: Editora Unes, 2018, p. 19 e 93.

WANG, Daniel Wei Liang. Reserva do possível, mínimo existencial e direito à saúde: algumas aproximações. **Revista de Direito Sanitário**, v. 10, n. 1, p. 308-318, 2009.

WANG, Daniel Wei Liang et al. Os impactos da judicialização da saúde no município de São Paulo: gasto público e organização federativa. **Revista de Administração Pública**, v. 48, n. 5, p. 1191-1206, 2014.