

XV ENCONTRO INTERNACIONAL DO CONPEDI ALICANTE - ESPANHA

DIREITOS SOCIAIS E POLÍTICAS PÚBLICAS II

JANAÍNA MACHADO STURZA

TAIS MALLMANN RAMOS

SAULO DE OLIVEIRA PINTO COELHO

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 Napolini - 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 - UFRSA - Rio Grande do Norte

Prof. Dr. Fernando Passos - UNIARA - São Paulo

Prof. Dr. Ednilson 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

Direitos sociais e políticas públicas II[Recurso eletrônico on-line] organização CONPEDI

Coordenadores: Janaina Machado Sturza; Saulo De Oliveira Pinto Coelho; Tais Mallmann Ramos– Florianópolis: CONPEDI, 2026.

Inclui bibliografia

ISBN: 978-65-5274-665-8

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

Tema: Meio ambiente e sustentabilidade: perspectivas globais e locais na agenda 2030

2. Direitos sociais. 3. Políticas públicas. XV Encontro Internacional do CONPEDI Alicante - Espanha (1: 2026: Florianópolis, Brasil).

CDU: 34



XV ENCONTRO INTERNACIONAL DO CONPEDI ALICANTE - ESPANHA

DIREITOS SOCIAIS E POLÍTICAS PÚBLICAS II

Apresentação

O XV Encontro Internacional do CONPEDI, realizado em Alicante, Espanha, entre os dias 27 e 29 de maio de 2026, reuniu pesquisadores do Brasil e do exterior em torno do propósito comum de fomentar a produção científica e ampliar os horizontes do debate jurídico contemporâneo.

Organizado em formato que privilegia a circulação de ideias e o diálogo acadêmico, o evento contou com a apresentação de artigos científicos distribuídos em Grupos de Trabalho (GTs). Dentre eles, destaca-se o GT “Direitos Sociais e Políticas Públicas II”, realizado em 28 de maio de 2026, que congregou pesquisas voltadas à compreensão crítica dos desafios que permeiam a efetivação de direitos sociais.

As pesquisas reunidas neste GT evidenciam a complexidade das demandas sociais contemporâneas, abordando temas que transitam entre políticas públicas, inclusão social, judicialização da saúde, desigualdades estruturais e inovação tecnológica. A diversidade de enfoques reafirma o caráter interdisciplinar e dinâmico do campo, além de sua relevância prática e teórica. A seguir, apresentam-se sínteses das contribuições discutidas:

André Queiroz Mergulhão, em “As Políticas Públicas Direcionadas à Efetivação dos Direitos Humanos e Sociais dos Idosos”, volta-se à análise das estratégias estatais voltadas à população idosa, evidenciando entraves e possibilidades na concretização de seus direitos fundamentais.

A proteção jurídica de grupos em situação de vulnerabilidade também é abordada por Julianna Souza da Conceição Brito da Silva e Ricardo Alves Sampaio no trabalho “Sistema Interamericano de Direitos Humanos e a Proteção das Pessoas com Transtornos Mentais”, no qual se discute a atuação do sistema regional na promoção de garantias específicas e efetivas.

Sob outra perspectiva, Fábio Brito Braga, em “Entre Universalidade Formal e Acesso Real: o Pé Diabético como Expressão das Desigualdades Estruturais e dos Limites do Direito à Saúde no Brasil”, evidencia como a distância entre previsão normativa e realidade concreta revela desigualdades profundas no acesso aos serviços de saúde.

A temática da governança e participação social ganha relevo no artigo “Participação e Governança Popular em Projetos e Microcrédito: Desafios dos Acordos Judiciais de Brumadinho e Mariana”, em que Antonio Lopes de Carvalho Filho e Felipe Augusto Cardoso Soledade exploram os limites e potencialidades dos arranjos institucionais decorrentes de desastres ambientais de grande impacto.

Em diálogo com os impactos econômicos das decisões judiciais, Alessandra Brustolin, Ana Cristina Cremonezi e Edinilson Donisete Machado, no texto “Atuação Judicial e o Mercado de Saúde: Aplicação da Tese Administrativa no Campo Constitucional como Proposta de Redução dos Impactos Econômicos das Decisões Judiciais no Brasil”, propõem uma reflexão sobre a racionalização das decisões no âmbito da saúde.

No campo da inclusão, Hamanda de Nazaré Freitas Matos, Eliana Maria de Souza Franco Teixeira e Ananda Macedo Chedieck Martins, em “Limites da Regulação Normativa no Enfrentamento das Barreiras ao Exercício dos Direitos das Pessoas com Deficiência no Brasil”, problematizam a insuficiência de respostas normativas diante de obstáculos concretos à efetivação de direitos.

Fechando o conjunto de exposições, o estudo “Juventude e o Mundo do Trabalho: o PL 6350 /2025 da Revisão da Lei do Estágio como Instrumento de Combate à Superexploração da Força de Trabalho”, de Tais Mallmann Ramos, Matheus das Neves Almeida Sciotta e Souza e Luiz Willamy Correia Macêdo, examina criticamente a proposta legislativa, destacando seu potencial de enfrentamento à precarização das relações de estágio e à vulnerabilidade da juventude trabalhadora.

Ao término das apresentações, a coordenação e os participantes dialogaram sobre as metodologias utilizadas nas pesquisas. Constatou-se que as discussões suscitadas contribuíram para o aprofundamento crítico das temáticas abordadas com ênfase para o desenvolvimento de metodologias, ao mesmo tempo em que evidenciaram a necessidade de contínuo aprimoramento das políticas públicas e dos instrumentos jurídicos voltados à efetivação dos direitos sociais. A íntegra dos trabalhos encontra-se reunida na presente publicação, oferecendo ao leitor um panorama qualificado das reflexões desenvolvidas no âmbito do GT.

Excelente leitura!

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

Tais Mallmann Ramos - Universidade Presbiteriana Mackenzie (UPM)

Saulo Coelho - Universidade de Goiás (UFG)

ATUAÇÃO JUDICIAL E O MERCADO DE SAÚDE: APLICAÇÃO DA TESE ADMINISTRATIVA NO CAMPO CONSTITUCIONAL COMO PROPOSTA DE REDUÇÃO DOS IMPACTOS ECONÔMICOS DAS DECISÕES JUDICIAIS NO BRASIL

JUDICIAL ACTION AND THE HEALTHCARE MARKET: THE APPLICATION OF ADMINISTRATIVE THEORY IN THE CONSTITUTIONAL SPHERE AS A PROPOSAL TO MITIGATE THE ECONOMIC IMPACT OF JUDICIAL DECISIONS IN BRAZIL

Alessandra Brustolin ¹
Ana Cristina Cremonezi ²
Edinilson Donisete Machado ³

Resumo

O estudo analisa a judicialização da saúde no Brasil e seus impactos econômicos no mercado de serviços médicos e farmacêuticos, com foco nas implicações institucionais da atuação judicial sobre as políticas públicas sanitárias. A pesquisa parte da relação entre decisões judiciais, organização do sistema de saúde e funcionamento do mercado de prestações de saúde. O problema investigado consiste em verificar se é possível reduzir os efeitos econômicos gerados pela intervenção judicial nesse setor. O objetivo central é examinar como a definição de parâmetros institucionais mais claros para o controle judicial pode contribuir para racionalizar a judicialização da saúde no contexto brasileiro. A metodologia adotada é qualitativa, baseada nos métodos dedutivo e comparativo. O estudo utiliza revisão bibliográfica e análise documental de legislação, relatórios institucionais, literatura especializada e decisões judiciais. Como estratégia analítica, a experiência da África do Sul é utilizada como referência comparativa para avaliar diferentes modelos de intervenção judicial em direitos socioeconômicos. Os resultados indicam que a judicialização da saúde é um fenômeno institucional complexo, influenciado por fatores jurídicos, políticos, econômicos e regulatórios. Conclui-se que critérios institucionais que priorizem a análise da razoabilidade das políticas públicas, em vez da concessão individual de benefícios, podem reduzir a fragmentação decisória, fortalecer a coerência das políticas sanitárias e minimizar impactos econômicos no setor.

¹ Doutoranda e mestra em Ciência Jurídica pela Universidade Estadual do Norte do Paraná – UENP (Jacarezinho – PR). Professora da Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR), câmpus Toledo.

² Doutoranda e mestra pela Universidade Estadual do Norte do Paraná (UENP). Especialista. Juíza de Direito no Tribunal de Justiça do Estado do Paraná (TJPR).

³ Doutor em Direito pela PUC – SP. Mestre em Direito pela Unesp. Professor UNIVEM (Marília - SP) e UENP (Jacarezinho – PR).

Palavras-chave: Direito à saúde, Saúde suplementar, Controle judicial, Impactos econômicos, Corte constitucional da África do Sul

Abstract/Resumen/Résumé

This study analyses the judicialization of healthcare in Brazil and its economic impacts on the market for medical and pharmaceutical services, focusing on the institutional implications of judicial intervention on public health policies. The research examines the relationship between judicial decisions, the organisation of the healthcare system, and the functioning of the healthcare services market. The research question is whether it is possible to reduce the economic effects generated by judicial intervention in this sector. The central objective is to examine how the definition of clearer institutional parameters for judicial oversight can contribute to rationalizing the judicialization of health in the Brazilian context. The methodology adopted is qualitative, based on deductive and comparative methods. The study employs a literature review and documentary analysis of legislation, institutional reports, specialist literature, and judicial decisions. As an analytical strategy, the experience of South Africa is used as a comparative reference to evaluate different models of judicial intervention in socio-economic rights. The results indicate that the judicialization of healthcare is a complex institutional phenomenon, influenced by legal, political, economic, and regulatory factors. It is concluded that institutional criteria that prioritize the assessment of the reasonableness of public policies, rather than the individual granting of benefits, may reduce fragmentation in decision-making, strengthen the coherence of health policies, and minimize economic impacts on the sector.

Keywords/Palabras-claves/Mots-clés: Right to health, Supplementary health insurance, Judicial review, Economic implications, Constitutional court of South Africa

INTRODUÇÃO

A judicialização da saúde tornou-se um tema amplamente debatido pela academia sob diferentes perspectivas. No Brasil, o debate ganhou intensidade a partir de 2009 e passou a integrar uma discussão político-institucional que envolve múltiplos níveis de governo. Apesar da extensa produção sobre o tema, a judicialização ainda apresenta desafios e controvérsias relevantes.

Nas demandas relacionadas ao Sistema Único de Saúde (SUS), a literatura identifica três preocupações centrais: a ausência de limites claros para as concessões judiciais; o possível comprometimento do orçamento público de saúde diante da escassez de recursos; e a predominância de demandas individuais, com frequente desconsideração do interesse coletivo nas decisões judiciais (Valle, 2013; Wang; Vasconcelos; Oliveira; Terrazas, 2014; Biehl; Petryna, 2016; Borges, 2018; Rosevear, 2018; Ferraz, 2019). No setor privado, a principal preocupação está relacionada às consequências da indefinição sobre a amplitude da cobertura das prestações de saúde suplementar (Oliveira; Alves, 2021).

Observa-se ainda uma lacuna na literatura quanto ao estudo dos impactos econômicos da atuação judicial no mercado de prestações de saúde. A produção acadêmica é escassa ou pouco aprofundada nesse campo. Contudo, há indícios de que a judicialização pode gerar desequilíbrios econômicos quando considerados conjuntamente o comportamento judicial, suas repercussões e as variações de mercado. O estudo comparativo entre Brasil, Colômbia e África do Sul revelou contrastes significativos quanto ao papel das Cortes e aos efeitos da judicialização nos sistemas nacionais de saúde (Brustolin, 2022). Na África do Sul, a atuação mais moderada da Corte resultou em menor volume de demandas, predominantemente coletivas e de interesse público, sem produzir desequilíbrios significativos no sistema (Maestad; Rakner; Ferraz, 2011).

Segundo Sunstein (2001), esse resultado decorre da técnica adotada pela Corte sul-africana, baseada em uma abordagem de direito público próxima ao controle judicial típico do direito administrativo, que exige decisões fundamentadas e o estabelecimento de prioridades razoáveis. Essa técnica tem se destacado internacionalmente e vem sendo cada vez mais estudada (Rosevear, 2018).

Considerando que todos os direitos implicam custos e os recursos públicos são limitados (Sunstein, 2001; Silva, 2008), surge a questão central deste estudo: é possível minimizar os impactos econômicos da atuação judicial no mercado de saúde? Para responder a essa pergunta, sustenta-se a aplicação da chamada tese administrativa no campo constitucional. O estudo utiliza o método dedutivo e o método comparativo, com base em revisão bibliográfica e análise documental de literatura especializada, decisões judiciais, legislação e relatórios institucionais.

2 A POLÍTICA CONSTITUCIONAL DE SAÚDE NA ÁFRICA DO SUL, COMPORTAMENTO JUDICIAL DA CORTE E REPERCUSSÕES

A política constitucional de saúde na África do Sul tem como base a *Constitution of the Republic of South Africa* de 1996 (CR/96). A análise jurisprudencial da experiência estrangeira considera decisões consideradas marcos importantes na interpretação do direito à saúde pelas Cortes. O critério de seleção das decisões foi orientado pelos estudos de Ramirez (2013), Young e Lemaitre (2013), Sunstein (2001), Ngwena (2013) e Rosevear (2018). Com base nessa bibliografia, foram selecionadas três decisões da Corte Constitucional da África do Sul: CCT 32/97, CCT 11/00 e CCT 8/02. A análise das decisões foi orientada por quatro critérios principais: avaliar como a Corte interpreta o direito à saúde previsto na Constituição; verificar se esse direito é associado à garantia de outros direitos fundamentais, especialmente vida e dignidade humana; examinar se a Corte privilegia uma abordagem curativa ou preventiva da saúde; e averiguar se as decisões consideram o interesse coletivo.

A Constituição provisória de 1994 – posteriormente substituída pela CR/96 – marcou o início do período democrático no país e buscou promover a reconciliação nacional após o fim do *apartheid*¹. Entretanto, a expectativa de superar rapidamente as profundas injustiças sociais herdadas desse regime revelou-se, em grande medida, frustrada (Calderon; Botero; Bolaños; Martinez, 2011; Giovanella; Almeida; Romero; Oliveira; Barbosa, 2009; Barbosa Filho, 2016).

O legado do *apartheid* deixou profundas marcas na sociedade sul-africana. A discriminação racial institucionalizada produziu níveis elevados de pobreza e desigualdade social, que continuam a influenciar significativamente as condições de saúde da população. Esses problemas foram agravados pela expansão da epidemia de HIV/AIDS e por outras doenças transmissíveis e não transmissíveis, que passaram a representar uma das maiores ameaças à saúde pública no país (Forman; Pillay; Sait, 2004).

Esse contexto está diretamente relacionado às dificuldades estruturais do sistema de saúde e às demandas sociais por acesso a serviços médicos. Diante da possibilidade de reivindicar direitos sociais prevista no texto constitucional, muitas dessas questões foram levadas à Corte Constitucional. A atuação da Corte parece ter influenciado significativamente os rumos da judicialização da saúde no

¹ Regime de segregação racial imposta pelo chamado Partido Nacional Purificador na África do Sul durante o período de 1948 até 1994. O regime é considerado parte de um passado sombrio no país, que representou a abolição de direitos civis da população negra, incluindo medidas como a proibição de casamentos e relações sexuais inter-raciais, privação da liberdade de locomoção e expressão, com marginalização da população negra, relegada aos espaços rurais, condicionada à miséria, subnutrição e falta de acesso a recursos básicos (Braga, 2011), dentre eles a saúde e condições de habitação mínima.

país (Young; Lemaitre, 2013). Por essa razão, o estudo da jurisprudência sul-africana exige a consideração das particularidades históricas e institucionais do contexto nacional.

A compreensão da política constitucional de saúde na África do Sul depende, portanto, da análise do contexto histórico, político e socioeconômico que moldou o sistema de saúde. Historicamente, esse sistema caracterizou-se por um modelo fragmentado e excludente, com acesso restrito a parcelas reduzidas da população e forte presença do setor privado. A seletividade da atenção primária e a privatização de serviços contribuíram para ampliar desigualdades no acesso à saúde (Barbosa, 2009; Ataguba; McIntyre, 2012; Giovanella; Almeida; Romero; Oliveira; Silva, 2015).

Essas desigualdades têm raízes nos processos históricos de colonização e no regime de *apartheid*, que estruturaram a economia e as instituições sociais com base na exploração da população negra e na concentração de riqueza na minoria branca (Coovadia; Jewkes; Barron; Sanders; McIntyre, 2009). Como consequência, fatores como baixos salários, moradia precária, saneamento inadequado e desnutrição contribuíram para a deterioração das condições de saúde da população mais vulnerável.

Nesse cenário, a Constituição de 1996 representou um marco na tentativa de enfrentar essas desigualdades estruturais ao reconhecer explicitamente o direito à saúde. A Seção 27 da Constituição garante a todos o direito de acesso aos serviços de saúde, incluindo saúde reprodutiva e atendimento médico de emergência, e impõe ao Estado o dever de adotar medidas razoáveis para a realização progressiva desse direito, dentro dos recursos disponíveis (África do Sul, 2012). Essa previsão reflete a influência de instrumentos internacionais de direitos humanos, como a Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948 e o Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais de 1966.

Além disso, a Constituição determina que o Estado promova a equidade no acesso à saúde e desenvolva políticas públicas e legislações compatíveis com suas obrigações constitucionais, por meio de processos legislativos transparentes e participativos (Forman; Pillay; Sait, 2004). No entanto, o texto constitucional não estabelece critérios precisos para avaliar a razoabilidade das medidas adotadas pelo poder público, o que ampliou o espaço de interpretação judicial.

Após o fim do *apartheid*, o governo sul-africano implementou diversas reformas com o objetivo de transformar o sistema de saúde e reduzir a fragmentação herdada do período anterior. O “Livro Branco” de 1997, inserido no Plano de Reconstrução e Desenvolvimento, buscou estabelecer um sistema de saúde mais integrado e equitativo, promovendo maior articulação entre os setores público e privado (Forman; Pillay; Sait, 2004).

O sistema de saúde sul-africano apresenta estrutura mista, com financiamento proveniente de recursos públicos e privados, incluindo impostos, seguros e pagamentos diretos dos usuários. Uma parcela significativa dos serviços é prestada pela iniciativa privada, especialmente no contexto das discussões sobre o *National Health Insurance* (NHI) (Mayosi; Lawn; Niekerk; Bradshaw; Karim; Coovadia, 2012). Apesar das reformas institucionais, persistem desafios relevantes relacionados às desigualdades no acesso aos serviços, à escassez de profissionais de saúde e aos altos custos de medicamentos e tratamentos médicos (Dhai; Mahomed, 2018). Diversos estudos indicam que essas dificuldades estão associadas tanto às escolhas políticas realizadas ao longo do processo de reforma quanto ao fortalecimento do setor privado em detrimento do investimento no sistema público de saúde (Coovadia; Jewkes; Barron; Sanders; McIntyre, 2009; Ataguba; McIntyre, 2012; Barbosa Filho, 2016; Yamin; Parra-Vera; Gianella, 2011).

Diante dessas limitações estruturais, o Poder Judiciário passou a ser acionado como mecanismo de reivindicação de direitos sociais, inserindo-se em um fenômeno mais amplo de judicialização da política observado em diversos países (Yepes, 2007). Entretanto, estudos comparativos indicam que a África do Sul apresenta níveis relativamente baixos de litigiosidade quando comparada a países como Brasil e Colômbia (Maestad; Rakner; Ferraz, 2011; Young; Lemaitre, 2013; Landau, 2018).

Esse contraste justifica a análise de casos emblemáticos julgados pela Corte Constitucional sul-africana. O exame dessas decisões permite compreender o papel desempenhado pelo Judiciário na interpretação e concretização do direito à saúde no país, bem como avaliar como a Corte equilibra a proteção de direitos fundamentais com as limitações institucionais e financeiras do Estado.

2.1 COMPORTAMENTO JUDICIAL DA CORTE DA ÁFRICA DO SUL

Passa-se a analisar, sistematicamente, o posicionamento da Corte Constitucional com relação ao direito à saúde. O diagnóstico obedece aos critérios estabelecidos no início da seção. Antes disso, conhecer o sistema judiciário e de jurisdição constitucional do país em grau superior é imprescindível. A África do Sul não segue o padrão do sistema judiciário brasileiro. Diferentemente do que ocorre no Brasil, o país possui dois órgãos jurisdicionais superiores. A Corte Constitucional é a instância decisória máxima quando o assunto se concentra sob sua jurisdição (artigo 167, 3, “a” e “c” da CR/96).

A Constituição democrática inovou ao trazer uma alteração substancial: a instituição da Corte Constitucional (África do Sul, 2012): a *Constitutional Court of South Africa* – CCSA (Corte

Constitucional da África do Sul). Na África do Sul, a CR alarga o âmbito de atuação da CCSA. Além da matéria constitucional, é competência da Corte a análise de qualquer outro assunto que considere suscitar questão de direito discutível e de interesse público e geral, concedendo autorização para recurso com estes fundamentos (artigo 167 da CR/96).

O constitucionalismo sul-africano é apontado como típico modelo transformador (Sustein, 2001). As orientações de atuação da CCSA concentram-se majoritariamente no capítulo oito da Constituição sul-africana, especialmente no artigo 167, embora outros dispositivos também sejam aplicáveis.

Como visto anteriormente, a Constituição africana garante o direito à saúde como uma “[...] garantia justificável que ultrapassa meras proteções de saúde pública” (Young; Lemaitre, 2013, p. 180), bem como a possibilidade de reclamar esse direito perante o Judiciário. Trata-se, portanto, de um direito justiciável. Deve-se compreender “justiciabilidade do direito à saúde” enquanto a possibilidade de execução judicial do direito à saúde e “[...] essencialmente a competência constitucional dos tribunais para julgar um processo que obriga o Estado a oferecer serviços de saúde como um dever correlato ao direito tangível à saúde reclamado” (Ngwena, 2013, p. 67-68).

O emblemático caso *Soobramoney* (1997) envolveu a reclamação de um paciente (Thiagraj Soobramoney), em estágio final de insuficiência renal crônica irreversível, cuja vida poderia ser prolongada por meio de diálise renal regular. O pedido foi fundamentado nas seções 27 (3) (tratamento de saúde de urgência) e 11 (direito à vida) da CR/96, além da jurisprudência da Corte Indiana. A CCSA julgou improcedente o pedido, adotando interpretação restritiva — alvo de críticas (Ngwena, 2013) — da seção 27 da CR/96. A Corte entendeu que, diante da limitação de recursos, considerada comprovada pela manifestação médica constante nos autos, o Estado estaria desobrigado a fornecer o tratamento. Concluiu, assim, pela ausência de justiciabilidade no caso concreto.

Também considerou que a situação não se enquadrava na dimensão negativa do direito estabelecido na seção 27 (3) da CR/96, referente ao “não ser recusado tratamento de emergência”. Na interpretação da Corte, o conceito de emergência aplica-se apenas a situações súbitas ou traumáticas que exigem estabilização imediata do paciente. Com isso, a Corte estabeleceu interpretação restritiva do direito à saúde, compreendendo-o como um direito não absoluto, passível de limitações decorrentes da escassez de recursos. A CCSA considerou que não houve demonstração de falha estatal e destacou que escolhas difíceis sobre alocação de recursos devem permanecer sob responsabilidade do governo e da comunidade médica (África do Sul, 1997).

Na decisão, percebe-se que a CCSA levou em consideração o aspecto preventivo da saúde e o interesse coletivo, aproximando-se da definição de saúde da OMS. Contudo, o posicionamento foi criticado porque “[...] a Corte não considerou como o direito à saúde, ou o direito de acesso aos serviços de saúde, foi interpretado nos instrumentos internacionais de direitos humanos.” (Ngwena, 2013, p. 78). Apesar de reconhecer o direito à vida e mencionar o compromisso constitucional com a dignidade humana e a melhoria da qualidade de vida, a Corte afirmou que tais direitos se confrontam com a escassez de recursos.

A CCSA mencionou ainda a possibilidade de medidas preventivas, sugerindo campanhas de educação massiva “[...] para informar os cidadãos em geral sobre as causas da insuficiência renal, hipertensão e diabetes e a dieta a que as pessoas afetadas por insuficiência renal podem recorrer para prolongar sua expectativa de vida” (África do Sul, 1997).

Quanto ao interesse coletivo, a Corte questionou se “todos têm o direito de acesso às máquinas de diálise renal, mesmo onde os recursos são escassos ou limitados” (África do Sul, 1997). Reconheceu que decisões judiciais não podem ampliar desigualdades existentes. Conforme observam Young e Lemaitre (2013, p. 200), “a Corte adotou uma orientação utilitária, apesar de codificada com a linguagem de direitos, aceitando que a saúde pública deveria ser organizada para o bem-estar de todos, e não tendenciosa para aqueles cujas reivindicações haviam conseguido chegar aos tribunais”.

Ngwena (2013, p. 78-79) critica a decisão, afirmando que “[...] o que falta ao caso Soobramoney é uma abordagem sistemática da determinação do direito socioeconômico e uma articulação clara do conteúdo normativo do direito a serviços de saúde.” (Ngwena, 2013, p. 78).

O segundo caso analisado, *Grootboom* (2000), trata do direito à moradia e foi julgado em demanda coletiva. Irene Grootboom e outras pessoas ficaram desabrigadas após o despejo de assentamentos informais situados em terras privadas destinadas à habitação popular. Os demandantes solicitaram que o governo fornecesse abrigo ou moradia adequada (África do Sul, 2000).

Nesse julgamento, a Corte realizou análise mais ampla dos direitos socioeconômicos. Com base nas seções 25 a 29 da CR/96, afirmou que o direito à saúde está relacionado a outros direitos sociais, como alimentação, água, seguridade social e educação, destacando que “esses direitos precisam ser considerados no contexto do conjunto de direitos socioeconômicos consagrado na Constituição.” (África do Sul, 2000, p. 15).

A CCSA reafirmou a justiciabilidade desses direitos e afirmou que a questão não é se são justiciáveis, “[...] mas como fazer cumprir um determinado caso. Esta é uma questão muito difícil que deve ser explorada cuidadosamente em caso a caso” (África do Sul, 2000, p. 18).

Com base no PIDESC, a Corte interpretou a seção 26 da Constituição e avaliou o programa estatal de habitação considerando três obrigações: “(a) tomar medidas legislativas e outras razoáveis; (b) dentro dos recursos disponíveis; (c) para alcançar a realização progressiva deste direito.” (África do Sul, 2000, p. 18). O Tribunal concluiu que o Estado falhou em cumprir essas obrigações e determinou a adoção de medidas adequadas para atender pessoas sem acesso à terra ou moradia (África do Sul, 2000, p. 67-68). Dois elementos destacam-se nessa decisão: a interpretação interdependente dos direitos socioeconômicos e a adoção do critério de razoabilidade (África do Sul, 2000, p. 34).

O terceiro caso analisado, *TAC* (2002), envolveu o combate ao HIV/AIDS, considerado pela Corte “o desafio mais importante que a África do Sul enfrenta desde o nascimento da luta pela democracia” (CCC, 2002, p. 2). A ação coletiva foi proposta por organizações da sociedade civil que questionavam a limitação do acesso ao medicamento nepravina para prevenir a transmissão do HIV de mãe para filho. A Corte deveria interpretar as seções 27 e 28 da CR/96 para decidir sobre o fornecimento do medicamento e avaliar se o governo deveria implementar um programa nacional de prevenção (África do Sul, 2002, p. 5).

Seguindo a orientação de *Grootboom*, a Corte avaliou “[...] se as recorrentes demonstraram que as medidas adotadas pelo governo para fornecer acesso aos serviços de saúde para mães e seus bebês recém-nascidos soropositivos não cumprem as obrigações estabelecidas pela Constituição” (África do Sul, 2002, p. 19).

A CCSA concluiu que o Estado falhou em cumprir a seção 27 (1) e (2) da CR/96 ao não “[...] realizar progressivamente os direitos das mulheres grávidas e seus filhos recém-nascidos para que tenham acesso a serviços de saúde para combater a transmissão do HIV de mãe para filho” (África do Sul, 2002, p. 78). Manteve-se o entendimento de que o direito à saúde não é absoluto e está condicionado aos recursos disponíveis (África do Sul, 2002, p. 25). Reconheceu também que o Estado deve “respeitar, proteger, promover e cumprir” suas obrigações, garantindo ao menos um núcleo mínimo de direitos compatíveis com a dignidade humana (África do Sul, 2002, p. 22).

Mesmo tratando do fornecimento de medicamento, a decisão privilegiou a dimensão preventiva, pois o tratamento visava reduzir a transmissão da doença. A Corte também criticou a ausência de prazo para implementação do programa nacional de prevenção. Considerando tratar-se de ação coletiva envolvendo grave problema de saúde pública, pode-se afirmar que a decisão levou em conta o interesse coletivo.

A análise das decisões indica que a CCSA concebe o direito à saúde como direito constitucionalmente protegido, porém limitado. Com exceção parcial do caso Soobramoney, a Corte reconheceu sua relação com direitos fundamentais como vida e dignidade humana. De modo geral, a jurisprudência da CCSA difere significativamente da observada em países de alta justiciabilidade, como a Colômbia (Young; Lemaitre, 2013, p. 199). Essas diferenças estão relacionadas à forma como cada Corte compreende seu papel institucional e influenciaram os rumos da judicialização da saúde em cada contexto nacional.

2.2 A REPERCUSSÃO DO POSICIONAMENTO DA CORTE

A jurisprudência da CCSA, embora responda ao contexto sul-africano (Young; Lemaitre, 2013, p. 199) e tenha produzido mudanças estruturais relevantes (Rosevear, 2018, p. 192), “[...] teve pouco efeito direto sobre os desequilíbrios profundos do sistema de saúde.” (Young; Lemaitre, 2013, p. 199). Após a análise das decisões, o objetivo passa a ser examinar criticamente as repercussões do posicionamento adotado pela Corte no cenário nacional. As questões que orientam esta seção buscam verificar: 1) se o posicionamento da Corte contribuiu para a efetivação do direito à saúde no país; e 2) se sua postura pode ter influenciado quantitativamente a concentração de litígios relacionados ao direito à saúde.

Embora também tenha reconhecido o direito à saúde como passível de limitações, a forma como a CCSA concebeu esse direito no contexto da Constituição de 1996 difere significativamente da abordagem observada em países com elevada justiciabilidade, como a Colômbia (Young; Lemaitre, 2013, p. 187).

A partir da análise realizada anteriormente, é possível afirmar que a Corte adotou postura cautelosa. Em geral, sua atuação pautou-se por critérios de razoabilidade e pelo próprio texto constitucional. Essa postura, embora apoiada por alguns autores (Sunstein, 2001), também é alvo de críticas. Para aqueles que defendem uma atuação mais protagonista dos tribunais, a justiciabilidade do direito à saúde representa “[...] algo muito maior do que a simples inscrição deste direito na constituição” (Ngweni, 2013, p. 84).

Independentemente das críticas ou elogios à postura da Corte, interessa analisar os impactos dessa atuação tanto no número de litígios quanto no cenário de saúde do país. Na África do Sul, observa-se predominância de demandas coletivas e de interesse público (Maestad; Rakner; Ferraz, 2011, p. 282; 384), o que pode ter contribuído para o menor índice de judicialização quando comparado a países de alta litigiosidade, como Brasil e Colômbia.

Segundo Maestad, Rakner e Ferraz (2011, p. 282), o baixo número de casos na África do Sul parece estar relacionado, em parte, à dificuldade de acesso ao sistema jurídico e aos elevados recursos exigidos para a condução de litígios de interesse público. Os autores reconhecem que, embora seja difícil medir o impacto real dessas decisões sobre a saúde, o efeito direto da judicialização pode ser mais significativo em contextos com prevalência de ações coletivas do que nos países latino-americanos. Ainda assim, essa avaliação envolve um conjunto complexo de fatores, incluindo o escopo das reivindicações coletivas e as dificuldades de execução dessas decisões no plano prático (Maestad; Rakner; Ferraz, 2011, p. 283).

Os autores também destacam que as dificuldades de execução das ações coletivas podem estar relacionadas ao perfil dos advogados envolvidos em cada tipo de litígio. Casos individuais, especialmente na América Latina, costumam ser conduzidos por advogados privados cujos honorários dependem do sucesso da demanda, enquanto casos coletivos são frequentemente patrocinados por advogados públicos que dispõem de menos tempo e recursos para acompanhar sua implementação. Além disso, juízes tendem a fixar prazos de implementação mais curtos e sanções mais severas em casos individuais relativamente simples do que em litígios coletivos complexos e estruturais (Maestad; Rakner; Ferraz, 2011).

Consideradas essas observações, passa-se à análise das repercussões das decisões da Corte em cada um dos casos estudados. No caso Soobramoney, Young e Lemaitre (2013, p. 201) observam que a decisão “[...] não atraiu muita simpatia do público ou um movimento social significativo, embora muitos tenham notado a tragédia quando ele faleceu três dias após o julgamento”. Pode-se considerar que a decisão não produziu impactos orçamentários relevantes, uma vez que a Corte adotou interpretação restritiva e indeferiu o pedido.

Já no caso Grootboom, o impacto da decisão parece ter sido mais expressivo. Embora não tenha gerado mudanças práticas imediatas no campo da saúde, Young e Lemaitre (2013, p. 202) consideram o julgamento estratégico. A decisão estabeleceu que “[...] as políticas governamentais são obrigadas a se concentrar tanto nos beneficiários de curto quanto no longo prazo na elaboração de esquemas públicos [...]”. Ainda que essa interpretação não tenha conferido direitos imediatos aos grupos vulneráveis, “[...] constitui um padrão potente quando combinado com a garantia da igualdade” (Young; Lemaitre, 2013, p. 202). Para as autoras, essa orientação permaneceria relevante até que a pandemia de HIV/AIDS ganhasse maior centralidade no cenário judicial. Sunstein (2001, p. 14) também considera o caso Grootboom singular, especialmente sob a perspectiva democrática.

No que diz respeito às repercussões sociais e políticas, o caso *TAC* parece ter sido o mais significativo no contexto sul-africano. O litígio mobilizou intensamente a sociedade civil, “[...] cruzando linhas raciais e de classe” (Young; Lemaitre, 2013, p. 204). Durante sua tramitação, recebeu ampla atenção pública, com marchas, protestos e campanhas educativas voltadas ao tratamento da doença. O movimento contou com apoio de pessoas vivendo com HIV e de diversos setores da sociedade. Segundo Young e Lemaitre (2013, p. 204), o caso ganhou repercussão nacional e internacional, e as mobilizações em torno da questão do HIV/AIDS foram fundamentais para o desenvolvimento do direito à saúde na África do Sul.

Maestad, Rakner e Ferraz (2011, p. 282) apresentam dados ilustrativos sobre os efeitos do caso *TAC*. Desde então, com milhões de pessoas potencialmente afetadas, as taxas de sucesso dos litígios aumentaram na África do Sul. Ainda assim, permanecem inferiores às observadas em países latino-americanos com predominância de litígios individuais. Como exemplo, os autores indicam taxas de sucesso próximas de 90% nos tribunais inferiores brasileiros e quase 100% no Supremo Tribunal Federal; na Colômbia, cerca de 86% das tutelas foram concedidas entre 2006 e 2008; já na África do Sul a taxa aproximada foi de 75%.

Outro aspecto relevante refere-se às mudanças em políticas públicas determinadas diretamente pelos tribunais sul-africanos (Maestad; Rakner; Ferraz, 2011, p. 287). Nesse contexto, Norheim e Gloppen (2011, p. 304–332) estimam que, em 2010, cerca de 19.500 infecções por HIV em crianças foram evitadas com a implementação de programas de prevenção da transmissão vertical da doença.

Quanto aos impactos orçamentários dessas decisões, Maestad, Rakner e Ferraz (2011, p. 291) afirmam que suas implicações na África do Sul permanecem desconhecidas. No entanto, Norheim e Gloppen (2011, p. 304–332) indicam que o tratamento destinado a prevenir a transmissão do HIV de mãe para filho é altamente custo-efetivo. Segundo Maestad, Rakner e Ferraz (2011, p. 295), a postura adotada pela Corte nesse caso levou à provisão de um tratamento relativamente barato em comparação com outras intervenções possíveis, o que provavelmente ampliou o acesso geral aos serviços de saúde. Esse resultado contrasta com o cenário brasileiro, como será discutido posteriormente.

Também é possível identificar certo consenso de que o posicionamento da CCSA influenciou o número de demandas levadas à Corte, contribuindo para o que Young e Lemaitre (2013) denominaram “baixa experiência de justiciabilidade”. Além disso, há indícios de que a atuação da Corte, especialmente no contexto da pandemia de HIV/AIDS, contribuiu positivamente para a efetividade do direito à saúde no país.

A comparação entre os contextos sul-africano e latino-americano permite extrair algumas conclusões relevantes. Em primeiro lugar, as decisões judiciais podem influenciar os padrões de litigiosidade em determinado sistema. Em segundo lugar, embora frequentemente se argumente que a judicialização pode ameaçar a estabilidade financeira dos sistemas de saúde, Maestad, Rakner e Ferraz (2011, p. 295) sugerem que, na América Latina, “[...] a menos que quantidades significativas extras sejam mobilizadas, o impacto de litígios ao acesso global de saúde provavelmente será negativo”. Por fim, a comparação também enfraquece o argumento de que a interferência do Judiciário em políticas de saúde seria inevitável, indicando que diferentes arranjos institucionais podem produzir níveis distintos de judicialização (Young; Lemaitre, 2013, p. 210).

3 A EXPERIÊNCIA SUL-AFRICANA COMO PARÂMETRO PARA A RACIONALIZAÇÃO DA JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL

No Brasil, a judicialização da saúde se intensificou na virada dos anos 2000 e, desde então, cresce de forma expressiva. Ainda na década de 1990, especialmente nas demandas relacionadas ao HIV/AIDS, o Judiciário passou a ser acionado com maior frequência para garantir acesso a tratamentos, em contraste com estratégias globais voltadas principalmente à prevenção e ampliação do acesso a medicamentos.

Entre 2008 e 2017, a maior parte dos processos envolvia “plano de saúde”, “seguro” e “saúde”, com variações entre estados quanto ao tipo de demanda. As ações relativas à saúde suplementar representaram 51,5% das demandas em primeiro grau e 38,2% em segundo grau de jurisdição (Insper, 2019, p. 50). No setor público, a demanda judicial foi agravada pela Emenda Constitucional nº 95, de 2016, que limitou o crescimento das despesas públicas — inclusive em saúde — à inflação do ano anterior por vinte anos, medida que passou a vigorar em 2017, somando-se posteriormente ao colapso do sistema de saúde durante a pandemia da COVID-19 (Bravo; Pelaez; Menezes, 2020, p. 194). No setor privado, a principal preocupação reside nas consequências da indefinição quanto à amplitude da cobertura da saúde suplementar (Oliveira; Alves, 2021). Nos últimos anos, observou-se aumento tanto no número de beneficiários quanto nas demandas administrativas e judiciais relacionadas aos planos de saúde.

Enquanto a judicialização da saúde pública é discutida há mais tempo na literatura e na jurisprudência, a atenção ao setor privado é mais recente. Entre os principais conflitos está a exclusão de coberturas, frequentemente marcada por desarmonia entre a regulação e a jurisprudência (Trettel; Kozan; Scheffer, 2017, p. 167). Esse debate chegou ao Superior Tribunal de Justiça (STJ), que, nos julgamentos dos EREsp 1.886.929/SP e 1.889.704/SP (Brasil, 2021), decidiu pela taxatividade do rol

da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), admitindo, contudo, exceções que permitem a concessão judicial de procedimentos não previstos.

A Constituição de 1988 não define de forma precisa o que significa “garantir a saúde” (Raeffray, 2005, p. 301; Sarlet, 2008, p. 20), o que amplia o espaço interpretativo do Poder Judiciário. Essa atuação tem sido objeto de críticas, tanto pela técnica decisória quanto pela possível desarmonia com órgãos administrativos. Para Wang, Vasconcelos, Oliveira e Terrazas (2014, p. 1193), a “[...] postura do Judiciário brasileiro permitiu – e até incentivou – o impressionante aumento no número de ações pleiteando tratamentos médicos com base no direito constitucional à saúde”, tornando a revisão judicial um espaço frequente de polarização de conflitos.

Entretanto, a judicialização deve ser compreendida em um contexto institucional mais amplo, marcado pela complexidade da formulação e implementação das políticas públicas sanitárias. O Judiciário não atua isoladamente, mas como um dos atores envolvidos na concretização de direitos fundamentais, especialmente diante de lacunas ou falhas administrativas. Nesse sentido, decisões judiciais podem gerar impactos diretos e indiretos na política de saúde, no acesso a serviços e na distribuição de recursos, além de efeitos orçamentários (Maestad; Rakner; Ferraz, 2011).

Entre esses efeitos, o impacto orçamentário tem recebido maior atenção na literatura (Maestad; Rakner; Ferraz, 2011; Wang; Vasconcelos; Oliveira; Terrazas, 2014; Insper, 2019). Ainda assim, permanece uma lacuna quanto ao estudo aprofundado dos impactos econômicos da atuação judicial no mercado de saúde. Ao mesmo tempo, em contextos de insuficiência das políticas públicas, a atuação judicial pode desempenhar papel relevante na garantia de acesso individual a tratamentos e na indução de melhorias institucionais no sistema de saúde.

A judicialização também se relaciona com dinâmicas do mercado. Fatores econômicos e a disponibilidade de tecnologias médicas influenciam o litígio em saúde. Para Biehl e Petryna (2016, p. 176), o mercado constitui um “fator chave” para a judicialização no Brasil. Em muitos casos, diante do alto custo de tratamentos e da lenta incorporação de novas tecnologias, o Judiciário passa a ser percebido como uma via mais rápida de acesso.

Observa-se ainda uma tendência de crescimento do mercado de saúde suplementar, associada às dificuldades de acesso aos serviços públicos. Contudo, esse crescimento também impacta a qualidade das prestações de saúde. Dados divulgados pela ANS, com base em informações do IBGE e do Sistema de Informações de Beneficiários (SIB), indicam que o aumento das despesas em saúde suplementar tem sido significativamente superior ao crescimento do número de beneficiários (Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2022). A literatura também aponta o crescimento da

indústria farmacêutica e as repercussões das decisões judiciais como fatores de influência no mercado de saúde (Biehl; Petryna, 2016, p. 176).

Segundo o Diagnóstico da Judicialização da Saúde Pública e Suplementar do Conselho Nacional de Justiça (CNJ) (Brasil, 2025), a judicialização na saúde suplementar apresenta crescimento significativo. Embora o setor cubra cerca de 25% da população, responde por 41% dos novos casos de judicialização, indicando elevada litigiosidade.

Diversos fatores contribuem para esse cenário, incluindo alterações regulatórias e legislativas, como a Lei nº 14.454/2022, que tornou exemplificativo o rol de procedimentos da ANS, ampliando o espaço de intervenção judicial. Soma-se a isso a popularização de planos de saúde de menor custo, cujos beneficiários esperam cobertura ampla para tratamentos cada vez mais sofisticados, o que gera conflitos diante de negativas de cobertura. A conduta das operadoras, a atuação da advocacia e a percepção de fiscalização insuficiente da agência reguladora também contribuem para o aumento das demandas (Brasil, 2025).

O estudo do CNJ aponta ainda elevada taxa de procedência das ações e baixo índice de conciliação na saúde suplementar, além de questionamentos sobre possíveis estratégias de operadoras que condicionariam o acesso a determinados tratamentos à obtenção de decisão judicial. Diante disso, recomenda-se o estímulo à conciliação e o monitoramento do cumprimento das diretrizes jurisprudenciais (Brasil, 2025).

Diante desse cenário, busca-se contribuir para o debate propondo a aplicação da tese administrativa no campo constitucional, inspirada na experiência da África do Sul, que apresenta número significativamente menor de demandas – em sua maioria coletivas e voltadas a interesses públicos – sem gerar desequilíbrios na ordem econômica (Sunstein, 2001). A adoção dessa técnica pelos tribunais brasileiros pode contribuir para minimizar os impactos econômicos da atuação judicial no mercado de saúde.

A experiência sul-africana oferece parâmetros relevantes para a interpretação judicial do direito à saúde no Brasil, especialmente quanto à definição de limites institucionais da atuação judicial e à consideração das restrições orçamentárias. A Corte Constitucional da África do Sul reconhece a justiciabilidade dos direitos socioeconômicos, mas condiciona sua concretização à existência de políticas públicas razoáveis e compatíveis com as capacidades institucionais e financeiras do Estado.

Nesse modelo, o controle judicial concentra-se na avaliação da razoabilidade das políticas públicas, em vez da concessão direta de prestações individuais. Conforme observa Sunstein (2001), a Corte passou a exigir programas estruturados voltados à realização progressiva dos direitos sociais,

especialmente em benefício das populações mais vulneráveis, preservando simultaneamente o espaço de deliberação democrática das instituições políticas.

Essa abordagem não implica renúncia à proteção judicial dos direitos fundamentais. Ao contrário, estabelece um modelo de controle voltado à análise da adequação das políticas públicas, no qual o Judiciário atua como instância de fiscalização de omissões ou falhas estatais, sem substituir o planejamento administrativo ou definir diretamente prioridades orçamentárias.

A experiência sul-africana demonstra que essa técnica permite conciliar a proteção dos direitos socioeconômicos com as limitações institucionais do Estado. Ao exigir programas razoáveis compatíveis com os recursos disponíveis, o Tribunal demonstrou ser possível proteger direitos sociais sem impor obrigações incompatíveis com a capacidade financeira do poder público (Sunstein, 2001).

Nesse sentido, sua principal contribuição para o Brasil reside na construção de um modelo de controle judicial que privilegie a análise estrutural das políticas públicas de saúde, em vez de concentrar a atuação judicial na concessão individual de tratamentos. Em um sistema marcado por elevada litigiosidade e impactos relevantes sobre a organização e o financiamento da saúde, critérios institucionais mais claros podem reduzir a fragmentação decisória e fortalecer a racionalidade das políticas sanitárias.

No contexto brasileiro, a ausência de parâmetros mais definidos sobre a abrangência do direito à saúde tem contribuído para a multiplicação de demandas judiciais e para a ampliação do protagonismo do Judiciário na definição de políticas públicas. Decisões que priorizam prestações individuais, muitas vezes sem considerar avaliações técnicas ou impactos orçamentários, tendem a produzir efeitos que ultrapassam o caso concreto e influenciam a organização do sistema de saúde.

A incorporação de uma abordagem inspirada na experiência sul-africana pode contribuir para o aprimoramento do controle judicial nesse campo. Ao privilegiar a análise da razoabilidade das políticas públicas e das decisões administrativas baseadas em evidências técnicas, o Judiciário poderia exercer papel relevante na fiscalização das omissões estatais sem substituir as instâncias responsáveis pelo planejamento das políticas sanitárias.

Isso implica reconhecer maior deferência institucional às decisões técnicas dos órgãos responsáveis pela avaliação de tecnologias em saúde, especialmente quando baseadas em critérios científicos e econômicos transparentes. Nessas situações, a intervenção judicial deveria concentrar-se na verificação de falhas procedimentais, omissões injustificadas ou violações evidentes aos parâmetros constitucionais de proteção da saúde.

Dessa forma, um modelo de controle judicial orientado pela razoabilidade das políticas públicas pode contribuir para equilibrar a proteção do direito fundamental à saúde com a preservação da sustentabilidade institucional e financeira do sistema de saúde brasileiro. A experiência comparada demonstra que a proteção judicial dos direitos socioeconômicos pode ocorrer por meio de mecanismos institucionais que incentivem o aprimoramento das políticas públicas e a ampliação progressiva do acesso aos serviços de saúde.

CONCLUSÃO

A judicialização da saúde consolidou-se como um dos fenômenos mais relevantes para compreender as relações entre direito, políticas públicas e organização institucional dos sistemas de saúde contemporâneos. No Brasil, o crescimento das demandas judiciais envolvendo o direito à saúde tem gerado intensos debates acadêmicos e institucionais. Parte-se da constatação de que ainda persiste a lacuna na literatura quanto à análise dos efeitos econômicos da judicialização, sobretudo no que se refere às repercussões da atuação judicial sobre a organização e o funcionamento do mercado de prestações de saúde.

A análise demonstra que a judicialização da saúde no Brasil não pode ser compreendida apenas como resultado da atuação do Poder Judiciário. Trata-se de fenômeno institucional complexo, influenciado por fatores jurídicos, políticos, econômicos e regulatórios. A indefinição constitucional do conteúdo do direito à saúde, a ampliação das expectativas sociais de acesso a tratamentos e a crescente disponibilidade de tecnologias de alto custo contribuem para a intensificação das demandas judiciais. Somam-se a esses fatores dificuldades de acesso aos serviços públicos, conflitos regulatórios na saúde suplementar e a dinâmica do mercado farmacêutico.

A atuação judicial pode produzir impactos que extrapolam a esfera individual das decisões, afetando a organização das políticas públicas e a distribuição de recursos no sistema de saúde. Embora possa garantir acesso a tratamentos em situações de omissão estatal, a multiplicação de decisões individuais tende a gerar efeitos sistêmicos relevantes, incluindo impactos orçamentários e repercussões no funcionamento do mercado de saúde.

A análise comparada com a experiência sul-africana permite identificar elementos institucionais para um modelo de judicialização distinto do observado no Brasil. A jurisprudência da Corte Constitucional da África do Sul desenvolveu abordagem baseada na análise da razoabilidade das políticas públicas, reconhecendo a justiciabilidade dos direitos socioeconômicos, mas

condicionando sua concretização à adoção de programas estatais compatíveis com os recursos disponíveis e as capacidades institucionais do Estado.

Nesse modelo, o foco da atuação judicial desloca-se da concessão individual de prestações estatais para a avaliação da racionalidade das políticas públicas. Conclui-se que os impactos econômicos da atuação judicial no mercado de saúde podem ser minimizados quando o Judiciário orienta sua atuação por parâmetros institucionais que privilegiam a análise da razoabilidade das políticas públicas e reconhecem as limitações estruturais e financeiras inerentes à implementação dos direitos sociais.

REFERÊNCIAS

ÁFRICA DO SUL, *The Constitution of the Republic of South Africa*, 1996. As adopted on 8 May 1996 and amended on 11 October 1996 by the Constitutional Assembly. África do Sul, 2012. Tradução livre. Disponível em: <https://www.cabrisbo.org/pt/documents/theconstitution-of-the-republic-of-south-africa-1996>. Acesso em: 10 mar. 2020.

ÁFRICA DO SUL. CCSA, CONSTITUTIONAL COURT OF SOUTH AFRICA. “Case CCT 32/97” *Thiagraj Soobramoney x Minister of Health (Kwazulu-Natal)*. África do Sul, 1997. Disponível em: [https://collections.concourt.org.za/bitstream/handle/20.500.12144/2038/Full%20judgment%20\(260%20Kb\)-1617.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://collections.concourt.org.za/bitstream/handle/20.500.12144/2038/Full%20judgment%20(260%20Kb)-1617.pdf?sequence=1&isAllowed=y). Acesso em 10 jul 2020.

ÁFRICA DO SUL. CCSA, CONSTITUTIONAL COURT OF SOUTH AFRICA. “Case CCT 8/02” - *Minister Of Health And Others versus Treatment Action Campaign And Others*. África do Sul, 2002. Disponível em: <http://www.saflii.org/za/cases/ZACC/2002/15.pdf>. Acesso em 10 jul 2020.

ÁFRICA DO SUL. CCSA, CONSTITUTIONAL COURT OF SOUTH AFRICA. “Case CCT11/00” – *The Government Of The Republic Of South Africa The Premier Of The Province Of The Western Cape Second Appellant Cape Metropolitan Council Third Appellant Oostenberg Municipality x Irene Grootboom And Others*. África do Sul, 2000.

ATAGUBA, J. E.; MCINTYRE, D. Paying for and receiving benefits from health services in South Africa: is the health system equitable? *Health Policy and Planning*, v. 27, 2012, p. i35-i43, DOI: 10.1093/heapol/czs005. Disponível em: <http://heapol.oxfordjournals.org/>. Acesso em: 10 mar. 2020.

BARBOSA FILHO, E. A. *Rupturas E Continuidades No Sistema Nacional De Saúde Da África Do Sul Pós-Apartheid: Uma Análise Crítica Do Discurso Político*. Recife. 2016. Tese (Doutorado em Serviço Social) - Programa de Pós-Graduação em Serviço Social do Centro de Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Federal de Pernambuco. Recife, 2016. Disponível em: <https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/28237>. Acesso em 14 ago. 2020.

BARBOSA, W. G. J. El derecho a la salud: una búsqueda inacabada para la sociedad colombiana. *Revista EAN*, n. 67, p. 107-122, set./dez. 2009. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S012081602009000300008.

BARBOSA, W. G. J. El derecho a la salud: una búsqueda inacabada para la sociedad colombiana. *Revista EAN* 67. set./dez. 2009. p. 107-122, Tradução livre. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S012081602009000300008 Acesso em 14 ago. 2020.

BIEHL, J.; PETRYNA, A. Tratamentos jurídicos: os mercados terapêuticos e a judicialização do direito à saúde. *História, Ciências, Saúde, Manguinhos*, v. 23, n. 1, p. 173-192, enero marzo 2016. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=386144717011>. Acesso em: 12 jun. 2020.

BRAGA, P. R. S. *África do Sul: a rede de ativismo transnacional contra o apartheid na África do Sul*. Brasília: Fundação Alexandre de Gusmão, 2011.

BRASIL, STJ. *EREsp 1.886.929/SP (2020/0191677-6)*. Autuado em 07/04/2021. Embargos de Divergência em Resp. Relator(a): Min. Luis Felipe Salomão - Segunda Seção. Disponível em: https://processo.stj.jus.br/processo/pesquisa/?src=1.1.2&aplicacao=processos.ea&tipoPesquisa=tipoPesquisaGenerica&numero_registro=202001916776. Acesso em: 10 jan. 2022.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). *Novembro: Planos de assistência médica totalizam 48,7 milhões beneficiários*. 06/01/2022. Disponível em: https://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Perfil_setor/sala-de-situacao.html. Acesso em: 12 jan. 2022.

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. *Diagnóstico da judicialização da saúde pública e suplementar*. Conselho Nacional de Justiça; Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento: Brasília: CNJ, 2025. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2025/11/251105-02-cnj-pnud-diagnostico-da-judicializacao-da-saude-publica-e-suplementar.pdf>. Acesso em: 03 mar. 2025.

BRUSTOLIN, A. *Justiciabilidade de Medicamentos e suas implicações*. 22. ed. Curitiba - PR: Juruá Editora, 2022. v. 1. 164p.

CALDERON, C. A. A.; BOTERO, J. C.; BOLAÑOS, J. O.; MARTINEZ R. R., 2011. Sistema de salud en Colombia: 20 años de logros y problemas. *Ciênc. saúde coletiva* v. 16, n. 6 Rio de Janeiro June 2011, p. 2817-2828. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000600020. Acesso em 19 jul. 2020.

COOVADIA, H.; JEWKES, R.; BARRON, P.; SANDERS, D.; MCINTYRE, D. The health and health system of South Africa: historical roots of current public health challenges, *Lancet* 2009, August 25, 2009, DOI: 10.1016/S0140-736(09)60951-X. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19709728/>. Acesso em: 20 jun. 2020.

DA SILVA, J. A. *Teoria do conhecimento constitucional*. Malheiros Editores, 2014.

DHAI, A.; MAHOMED, S. Healthcare in crisis: A shameful disrespect of our Constitution. *S Afr J Bioethics Law*, v. 11, July 2018, p. 8-10, DOI: 10.7196/SAJBL.2018.v11i1.649. Disponível em:

https://www.researchgate.net/publication/326388102_Healthcare_in_Crisis_A_Shameful_Disrespect_of_our_Constitution. Acesso em: 10, jan. 2021.

Disponível em:

<https://collections.concourt.org.za/bitstream/handle/20.500.12144/2107/Directions%20by%20the%20President%20of%20the%20Constitutional%20Court-2796.pdf?sequence=2&isAllowed=y>.

Acesso em 10 jul 2020.

FERRAZ, O. L. M. Para equacionar a judicialização da saúde no Brasil. *Revista Direito GV*, v. 15, n. 3, set./dez. 2019, e1934. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/2317-6172201934>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rdgv/a/tLdSQ4Ggnm4w8GSfYdcqtTy/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 20 jun. 2020.

FORMAN, L.; PILLAY, Y.; SAIT, L. Health Legislation 1994–2003. *South African Health Review*, v. 2003/2004, n.1, 2004, p. 13-28. Disponível em: <https://journals.co.za/doi/pdf/10.10520/EJC35420>. Acesso em: 20 jun. 2020.

FORMAN, L.; PILLAY, Y.; SAIT, L. Health Legislation 1994–2003. *South African Health Review*, v. 2003/2004, n.1, 2004, p. 13-28. Disponível em: <https://journals.co.za/doi/pdf/10.10520/EJC35420>. Acesso em: Acesso em: 20 jun. 2020.

GIOVANELLA, L.; ALMEIDA, P. F.; ROMERO, R. V.; OLIVEIRA, S.; SILVA, H. T. Visão geral da atenção primária à saúde na América do Sul: concepções, componentes e desafios. *Panorama da Atenção Primária à Saúde na América do Sul: concepções, componentes e desafios. Saúde Debate*, v. 39, n. 105, Rio de Janeiro, 2015, p.300-322.

INSPER: AZEVEDO, P. F. de; ABUJAMRA, F. M. (Coords.). *Judicialização da saúde no Brasil: perfil das demandas, causas e propostas de solução*. Conselho Nacional de Justiça, 2019.

MAESTAD, O.; RAKNER, L.; FERRAZ, O. L. M. Assessing the Impact of Health Rights Litigation: A Comparative Analysis of Argentina, Brazil Colombia, Costa Rica, India, and South Africa. In: YAMIN, A. E.; GLOPPEN, S. *Litigating health rights: can courts bring more justice to health*. Human Rights Program Series Harvard Law School, 2011, p. 273-371. *kindle*.

MAYOSI, B. M.; LAWN, J. E.; NIEKERK, A.; BRADSHAW, D.; KARIN, S. A.; COOVADIA, H. M. Health in South Africa: changes and challenges since 2009. *Lancet* 2012, 2 nov. 30, 2012, p. 2029-2043 DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/S0140->. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0140673612618145>. Acesso em: 15 mai. 2020.

NGWENA, C. Escopo e limite da judicialização do direito constitucional à saúde na África do Sul: avaliação de casos com referência específica à justiciabilidade da saúde. *Revista de Direito Sanitário*. São Paulo, v. 14, n. 2, jul./out. 2013, p. 43-87. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/63991/92855>. Acesso em 01 nov. 2020.

NORGHEIN, O. F.; GLOPPEN, S. Litigating for Medicines: How Can We Access Impacto in Health Outcomes? In: YAMIN, A. E.; GLOPPEN, S. *Litigating health rights: can courts bring more justice to health*. Human Rights Program Series Harvard Law School, 2011, p. 304-332, *kindle*.

OLIVEIRA, A. F. de; ALVES, S. L. Saúde suplementar e o Brasil: sobre escassez, escolhas, rol de procedimentos e almoço grátis. Editora WebAdvocacy. Brasília, nov. 2021.

RAEFRAY, A. P. O. *Direito da saúde*: de acordo com a Constituição Federal. São Paulo: Quartier Latin, 2005.

RAMIREZ, E. C. Alcances del derecho a la salud en Colombia: una revisión constitucional, legal y jurisprudencial. *Revista de Derecho*, n. 40. Tradução livre. Disponível em: <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/derecho/article/view/4855/3589>. Acesso em: 02 jun. 2020.

ROSEVEAR, E. Social rights interpretation in Brazil and South Africa. *Revista de Investigações Constitucionais*, v. 5, n. 3, set./dez. 2018. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/rinc/article/view/60968/37522>. Acesso em: 20 jun. 2020.

SARLET, I. W. Os Direitos Sociais como Direitos Fundamentais: contributo para um balanço aos vinte anos da Constituição Federal de 1988. *Revista do Instituto de Hermenêutica Jurídica. 20 Anos de Constitucionalismo Democrático – E Agora?* Porto Alegre-Belo Horizonte, p. 163-206, 2008. Disponível em: http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/processoAudienciaPublicaSaude/anexo/artigo_Ingo_DF_sociais_PETROPOLIS_final_01_09_08.pdf. Acesso em: 05 mar. 2020.

SUNSTEIN, C. R. Social and Economic Rights-Lessons from South Africa. *Const. F.*, v. 11, p. 123, 1999. Disponível em: https://chicagounbound.uchicago.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=12455&context=journal_articles. Acesso em: 12 dez. 2021.

TRETTEL, D. B.; KOZAN, J. F.; SCHEFFER, M. C. Judicialização em planos de saúde coletivos: os efeitos da opção regulatória da Agência Nacional de Saúde Suplementar nos conflitos entre consumidores e operadoras. *Revista de Direito Sanitário*, 19(1), p. 166-187, 2018. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/148133>. Acesso em 12 dez. 2021.

VALLE, V. R. L. Controle judicial de políticas públicas: sobre os riscos da vitória da semântica sobre o normativo. *Revista de Direitos Fundamentais e Democracia*, Curitiba, v. 14, n. 14, p. 387-408, jul./dez. 2013. Disponível em: <https://revistaeletronicardfd.unibrasil.com.br/index.php/rdfd/article/view/420/348>. Acesso em: 02 fev. 2020.

WANG, D. W.; VASCONCELOS, N. P.; OLIVEIRA, V. E.; TERRAZAS, F. V. Os impactos da judicialização da saúde no município de São Paulo: gasto público e organização federativa. *Rev. Adm. Pública*. Rio de Janeiro, p. 1.191-1.206, set./out. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rap/v48n5/06.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2020.

YEPES, R. U. A judicialização da política na Colômbia: casos, potencialidades e riscos. *SUR - REVISTA INTERNACIONAL DE DIREITOS HUMANOS*, n. 6, a. 4, 2007, p. 53-69. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sur/v4n6/a04v4n6.pdf>. Acesso em 07 out. 2019.

YOUNG, K.; LEMAITRE R. J. The Comparative Fortunes of the Right to Health: Two Tales of Justiciability in Colombia and South Africa. *Harvard Human Rights Journal*, v. 26, 2013. Disponível em: https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2920289. Acesso em: 10 set. 2019.