

A ATUAÇÃO DO SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL NAS AÇÕES ENVOLVENDO JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE PÚBLICA PÓS- PANDEMIA

THE BRAZILIAN SUPREME FEDERAL COURT'S APPROACH IN CASES
INVOLVING THE JUDICIALIZATION OF PUBLIC HEALTH IN THE POST-
PANDEMIC PERIOD

Ciências Sociais Aplicadas • 22/05/2026

REGISTRO DOI: [10.70773/revistatopicos/779321192](https://doi.org/10.70773/revistatopicos/779321192)

Priscilla Gomes de Jesus¹

Sérgio Felipe de Melo Silva²

RESUMO

O artigo analisa a atuação do Supremo Tribunal Federal nas ações envolvendo judicialização da saúde pública no período pós-pandemia. Parte-se do problema relativo ao modo como a Corte tem enfrentado controvérsias dessa natureza após a crise sanitária da Covid-19, tendo como hipótese a existência de uma inflexão jurisprudencial orientada à conciliação entre a tutela do direito fundamental à saúde e a preservação da racionalidade administrativa, orçamentária e técnico-científica do Sistema Único de Saúde. O objetivo geral consiste em examinar essa atuação jurisdicional, a partir de três eixos: o conteúdo jurídico do direito à saúde pública do usuário do SUS, a configuração da judicialização da saúde na realidade brasileira e o comportamento decisório do STF nessa matéria. Metodologicamente, trata-se de pesquisa bibliográfica e documental, de caráter descritivo e finalidade exploratória, desenvolvida mediante raciocínio dedutivo e análise de conteúdo, com base em literatura nacional e estrangeira, jurisprudência do Supremo Tribunal Federal e legislação pertinente. O estudo conclui que, no período pós-pandemia, o STF não tem atuado de forma indiscriminadamente expansionista, nem se afastado da tutela do direito à saúde. A Corte vem, antes, construindo parâmetros mais rigorosos para a intervenção judicial em matéria sanitária, com ênfase na evidência científica, na excepcionalidade das prestações reclamadas, na coordenação federativa e na sustentabilidade do SUS. Conclui-se, assim, que a jurisprudência recente do Supremo busca racionalizar a judicialização da saúde pública, procurando compatibilizar a proteção do usuário do sistema com a preservação das condições institucionais necessárias à efetivação universal do direito à saúde.

Palavras-chave: Direito à saúde; Judicialização da saúde pública; Sistema Único de Saúde; Supremo Tribunal Federal.

ABSTRACT

This article analyzes the Brazilian Supreme Federal Court's approach in cases involving the judicialization of public health in the post-pandemic period. It is grounded on the research problem concerning how the Court has addressed such disputes following the Covid-19 public health crisis, adopting as its hypothesis the existence of a jurisprudential shift aimed at reconciling the protection of the fundamental right to health with the preservation of the administrative, budgetary, and technical-scientific rationality of the Unified Health System. Its general objective is to examine this judicial performance through three analytical axes: the legal content of the public health right held by users of the Unified Health System, the configuration of public health judicialization in the Brazilian context, and the Supreme Federal Court's decision-making pattern in this field. Methodologically, this is a bibliographical and documentary study, descriptive in nature and exploratory in purpose, developed through deductive reasoning and content analysis, based on Brazilian and foreign scholarship, case law of the Supreme Federal Court, and the relevant legislation. The study concludes that, in the post-pandemic period, the Court has neither acted in an indiscriminately expansionist manner nor withdrawn from the protection of the right to health. Rather, it has been developing stricter parameters for judicial intervention in health-related matters, with emphasis on scientific evidence, the exceptional nature of the claims advanced, cooperative federalism, and the sustainability of the Unified Health System. It is therefore concluded that the Supreme Federal Court's recent case law seeks to rationalize the judicialization of public health by reconciling the protection of system users with the preservation of the institutional conditions required for the universal implementation of the right to health.

Keywords: Right to health; Judicialization of public health; Unified Health System; Supreme Federal Court.

1. INTRODUÇÃO

A judicialização da saúde pública consolidou-se, no Brasil, como uma das manifestações mais expressivas da aproximação entre a normatividade constitucional, a formulação de políticas públicas e a atuação jurisdicional. A centralidade atribuída ao direito à saúde pela Constituição da República Federativa do Brasil, somada às insuficiências estruturais e funcionais verificadas na prestação estatal, favoreceu o crescimento de demandas judiciais voltadas à obtenção de medicamentos, tratamentos, leitos, insumos e outras prestações sanitárias essenciais. Nesse cenário, o Poder Judiciário passou a desempenhar papel cada vez mais relevante na mediação de conflitos envolvendo o Sistema Único de Saúde, assumindo funções que, muitas vezes, repercutem diretamente sobre a gestão administrativa e o planejamento das ações estatais em matéria sanitária.

Esse fenômeno adquiriu novos contornos após a crise provocada pela pandemia da Covid-19. A experiência pandêmica evidenciou fragilidades históricas do SUS, aprofundou tensões entre necessidades individuais e limitações coletivas, e trouxe ao centro do debate jurídico temas como coordenação federativa, evidência científica, racionalidade alocativa e extensão do controle judicial sobre políticas públicas de saúde. A partir desse contexto, a atuação do Supremo Tribunal Federal ganhou ainda mais destaque, tanto pela definição de parâmetros normativos para a proteção do direito à saúde quanto pelos efeitos concretos de sua jurisprudência sobre a organização, a execução e o controle das políticas sanitárias no país.

É precisamente nesse quadro que se insere o presente estudo, que tem por problema de pesquisa o seguinte questionamento: como se deu a atuação do Supremo Tribunal Federal nas ações envolvendo judicialização da saúde pública no período pós-pandemia? Parte-se da hipótese de que, nesse período, a atuação da Corte caracterizou-se pela tentativa de conciliar a tutela do direito fundamental à saúde com a preservação da racionalidade administrativa e orçamentária do Sistema Único de Saúde, mediante a utilização de critérios relacionados à evidência científica, à coordenação entre os entes federativos e à proteção do interesse coletivo, sem afastar, contudo, as persistentes tensões entre pretensões individuais e a efetividade das políticas públicas sanitárias.

A pesquisa tem por objetivo geral analisar a atuação do Supremo Tribunal Federal nas ações sobre judicialização da saúde pública no período pós-pandemia. Para o alcance dessa finalidade, foram definidos como objetivos específicos identificar o conteúdo do direito à saúde pública do usuário do Sistema Único de Saúde, descrever o fenômeno da judicialização da saúde pública na realidade brasileira e analisar a atuação do Supremo Tribunal Federal nas ações envolvendo essa matéria no contexto posterior à pandemia.

A relevância da investigação manifesta-se em dois planos complementares. Sob a perspectiva social, justifica-se pelo fato de que a atuação do Supremo Tribunal Federal em demandas de saúde pública produz efeitos concretos sobre a vida dos usuários do SUS, influenciando o acesso a prestações sanitárias essenciais e repercutindo sobre a própria conformação das políticas públicas do setor. Compreender esse desempenho jurisdicional revela-se importante para avaliar em que medida as decisões da Corte

contribuem para a efetivação do direito à saúde, para a preservação da dignidade da pessoa humana e para o equilíbrio entre interesses individuais e coletivos no âmbito do sistema público de saúde. Sob a perspectiva acadêmica, o estudo contribui para o aprofundamento do debate jurídico acerca da judicialização da saúde em período recente, marcado por desafios institucionais, sanitários e financeiros específicos, oferecendo subsídios para a reflexão crítica sobre os limites, critérios e impactos do controle judicial de políticas públicas sanitárias no Brasil.

Metodologicamente, trata-se de pesquisa bibliográfica e documental, de caráter descritivo e finalidade exploratória, desenvolvida mediante raciocínio dedutivo e operacionalizada pelo método de análise de conteúdo. Para tanto, utiliza-se da literatura nacional e estrangeira pertinente aos temas investigados, bem como de dados extraídos do repositório de jurisprudência do Supremo Tribunal Federal e do banco de legislação do Congresso Nacional, a fim de construir base teórica e empírica adequada à compreensão do objeto proposto.

Quanto à estrutura, o artigo encontra-se dividido em três capítulos, cada qual voltado à apresentação dos resultados obtidos em torno dos objetivos específicos delineados. No primeiro, examina-se o conteúdo do direito à saúde pública do usuário do Sistema Único de Saúde. No segundo, descreve-se o fenômeno da judicialização da saúde pública na realidade brasileira. No terceiro, desenvolve-se a análise da atuação do Supremo Tribunal Federal nas ações envolvendo judicialização da saúde pública no período pós-pandemia. Desse modo, busca-se oferecer uma compreensão articulada do problema investigado, articulando fundamentos normativos, contexto institucional e análise jurisprudencial.

2. DIREITO À SAÚDE PÚBLICA DO USUÁRIO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

A compreensão do direito à saúde pública do usuário do Sistema Único de Saúde exige partir do desenho constitucional inaugurado em 1988. A Constituição da República Federativa do Brasil elevou a saúde à condição de direito social fundamental, inserindo-a no rol do art. 6º e disciplinando, no art. 196, que se trata de direito de todos e dever do Estado, a ser garantido mediante políticas sociais e econômicas destinadas à redução do risco de doenças e ao acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde. A saúde foi igualmente integrada ao sistema de seguridade social, ao lado da previdência e da assistência social, o que revela sua centralidade na arquitetura constitucional de proteção da dignidade da pessoa humana. Não se está, portanto, diante de simples enunciação programática, mas de comando normativo que vincula os entes federativos à formulação e à execução de prestações sanitárias positivas (Barreto Junior; Pavani, 2013, p. 72).

Esse ponto de partida exige, ainda, reconhecer que a noção de saúde acolhida pelo constitucionalismo brasileiro não se reduz à ausência de enfermidade. A influência da definição difundida pela Organização Mundial da Saúde projetou sobre o direito interno uma ideia mais ampla de bem-estar físico, mental e social, ainda que a literatura alerte para o caráter idealizado desse conceito e para os riscos de uma compreensão excessivamente expansiva do seu âmbito material. No caso brasileiro, essa formulação opera mais como horizonte normativo do que como estado empírico plenamente alcançável. Ela indica que a proteção constitucional da saúde abrange medidas curativas, preventivas e promocionais, alcançando fatores como saneamento, alimentação, educação e

condições dignas de vida. A saúde pública deve ser lida, assim, como direito complexo, conectado a determinantes sociais e econômicos, mas nem por isso destituído de exigibilidade jurídica (Ramos, 2005, p. 106-107).

Sob a perspectiva da teoria dos direitos fundamentais, o direito à saúde ostenta inequívoca fundamentalidade. Seu assento expresso no texto constitucional revela a opção do constituinte por situá-lo no núcleo superior do ordenamento, ao passo que o seu conteúdo demonstra relação direta com a vida digna, a igualdade substancial e a própria fruição concreta das liberdades. Nessa chave, os direitos sociais não podem ser tratados como promessas vazias, dependentes apenas da conveniência política do legislador ou do administrador. Ao contrário, a saúde integra o núcleo de condições materiais sem as quais o projeto constitucional de justiça social restaria esvaziado. É por isso que a afirmação segundo a qual direitos sociais são direitos fundamentais encontra pleno cabimento quando se examina o direito à saúde, cuja tutela constitui pressuposto para a efetivação da cidadania e da dignidade da pessoa humana (Sarlet; Figueiredo, 2008, p. 166).

Nessa moldura, o direito à saúde pública do usuário do SUS assume feição de prerrogativa subjetiva exigível, sem perder sua dimensão objetiva e coletiva. O usuário não é mero destinatário passivo de políticas públicas; é titular de posição jurídica que autoriza exigir do poder público condutas normativas, administrativas e materiais compatíveis com a Constituição e com a legislação sanitária. A exigibilidade, contudo, não se confunde com um suposto direito irrestrito a qualquer bem ou prestação de saúde. O que se protege é o acesso constitucionalmente qualificado a um sistema público orientado por critérios jurídicos, administrativos e científicos. Daí

resulta que a tutela da saúde pública deve ser compreendida simultaneamente como proteção de situações individuais e como salvaguarda do funcionamento adequado do sistema coletivo que as torna possíveis (Ferraz; Vieira, 2009, p. 227).

A concretização institucional desse direito ocorre, primacialmente, por meio do Sistema Único de Saúde. O SUS, concebido pela Constituição e regulamentado pela Lei nº 8.080/1990, rompeu com o modelo excludente anterior e universalizou o acesso às ações e aos serviços de saúde. Sua organização regionalizada e hierarquizada, estruturada com base na descentralização, no atendimento integral e na participação da comunidade, traduz a opção constitucional por um sistema público de vocação universal, gratuita e integrada. Não se trata apenas de aparato administrativo encarregado de distribuir bens de saúde, mas de arranjo institucional por meio do qual o Estado brasileiro procura realizar, em chave republicana e igualitária, o conteúdo material do direito à saúde. A direção única em cada esfera federativa e a atuação conjunta de União, estados e municípios revelam que a efetivação desse direito depende de cooperação interfederativa contínua, planejamento e racionalidade administrativa (Canut, 2012, p. 193-199).

Além da assistência médico-hospitalar, o SUS exerce funções que confirmam a amplitude do direito à saúde pública do seu usuário. O sistema atua na vigilância sanitária e epidemiológica, na saúde do trabalhador, no controle de produtos de interesse sanitário, na formação de recursos humanos, no desenvolvimento científico e tecnológico e na promoção de campanhas educativas. Essa amplitude funcional evidencia que a saúde pública, enquanto direito fundamental, não pode ser reduzida à entrega pontual de medicamentos ou à realização de procedimentos individualizados. O

usuário do SUS é titular do direito a um sistema capaz de prevenir agravos, oferecer tratamento adequado, organizar redes de atenção em todos os níveis de complexidade e operar segundo critérios de universalidade, integralidade e equidade. A integralidade supõe olhar o indivíduo em sua totalidade; a universalidade impede discriminações excludentes; e a equidade exige que o sistema reconheça desigualdades concretas para distribuir proteção em termos materialmente justos (Schwartz; Bortolotto, 2008, p. 259).

Isso não significa que a efetividade do direito à saúde se desenvolva em ambiente de ilimitada disponibilidade estatal. Os direitos sociais, embora fundamentais, impõem custos financeiros, administrativos e institucionais. Sua concretização depende de políticas públicas, planejamento, alocação de recursos e escolhas distributivas que devem ser constitucionalmente justificadas. Em matéria de saúde, a exigibilidade do direito não elimina a complexidade de sua implementação, pois o Estado precisa harmonizar demandas individuais, necessidades coletivas e capacidade administrativa. A dificuldade, portanto, não reside em saber se o direito à saúde é vinculante, mas em definir como torná-lo efetivo sem desorganizar a estrutura sistêmica criada para garanti-lo (Ferraz; Vieira, 2009, p. 223-227).

Nesse cenário, o embate entre reserva do possível e mínimo existencial ocupa posição central. A reserva do possível recorda que a prestação de direitos sociais sofre condicionamentos fáticos e jurídicos ligados à disponibilidade de recursos, à autorização orçamentária e à razoabilidade das prestações exigidas. O mínimo existencial, por sua vez, afirma que certos conteúdos não podem ser negados sem comprometimento da própria dignidade humana. Em matéria de saúde, isso significa que a escassez financeira não pode

converter-se em argumento automático para a omissão estatal, especialmente quando estiver em jogo o núcleo indispensável de proteção à vida e à integridade da pessoa. A solução constitucionalmente adequada não está na absolutização de um polo contra o outro, mas em juízo de proporcionalidade que considere a concretude do caso, a coerência da política pública e a necessidade de preservar tanto a justiça social quanto a sustentabilidade do sistema (Rothenburg, 2021, p. 104).

O financiamento e a gestão do SUS tornam essa tensão ainda mais visível. Embora a Constituição e a Lei nº 8.080/1990 atribuam responsabilidades compartilhadas aos entes federativos, a descentralização não eliminou desigualdades regionais nem problemas de coordenação administrativa. Municípios e estados com menor capacidade fiscal frequentemente enfrentam dificuldades para manter redes adequadas de atendimento, enquanto a distribuição desigual de recursos e a fragmentação decisória podem gerar ineficiências e comprometer a capacidade prestacional do sistema. A proteção do direito à saúde do usuário do SUS, por isso, não depende apenas do reconhecimento abstrato de posições jurídicas subjetivas, mas da construção de mecanismos transparentes, equitativos e tecnicamente orientados de financiamento, gestão e controle social. A atuação complementar do setor privado, constitucionalmente admitida, também precisa permanecer subordinada aos princípios públicos do sistema, sob pena de erosão da universalidade e da equidade que lhe dão identidade constitucional (Lima; Maluf, 2018, p. 125).

Em conclusão, o direito à saúde pública do usuário do SUS é prerrogativa fundamental de natureza social, dotada de exigibilidade jurídica, titularidade individual e coletiva e forte

dimensão objetiva. Seu conteúdo, contudo, não pode ser desligado da matriz normativa e institucional do próprio SUS, que organiza a prestação estatal segundo critérios de universalidade, integralidade, equidade, descentralização e participação social. Em outras palavras, o usuário do Sistema Único de Saúde é titular de um direito público subjetivo à tutela sanitária estatal, mas a concretização desse direito deve ocorrer em conformidade com a Constituição, com a Lei Geral do SUS e com parâmetros de racionalidade administrativa, financeira e científica que deem sustentação ao sistema. É dessa tensão entre fundamentalidade, exigibilidade e institucionalidade que emerge a base teórica necessária para compreender, em sequência, o fenômeno da judicialização da saúde pública no Brasil.

3. JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE PÚBLICA NA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL: ORIGEM, CARACTERÍSTICAS, ASPECTOS POSITIVOS E ASPECTOS NEGATIVOS

Se, no capítulo anterior, importou definir o conteúdo jurídico do direito à saúde pública do usuário do Sistema Único de Saúde, agora o problema se desloca para o modo pelo qual essa prerrogativa ingressa no espaço jurisdicional. A judicialização da saúde constitui uma das expressões mais visíveis da passagem, para o plano da jurisdição, de conflitos que nascem da distância entre a promessa normativa de universalidade e a capacidade concreta de o Estado prestar, em tempo oportuno e com suficiência, os bens e serviços necessários à tutela da saúde. Trata-se, assim, de fenômeno que deriva da centralidade constitucional do direito à saúde e da insuficiência histórica dos arranjos institucionais encarregados de efetivá-lo (Barroso, 2012, p. 24).

No Brasil, a formação desse quadro esteve diretamente associada ao reconhecimento da saúde como direito social fundamental e ao fortalecimento da ideia de que direitos dessa natureza não podem ser relegados a um futuro indeterminado. A partir da Constituição da República Federativa do Brasil, consolidou-se a percepção de que a omissão estatal, quando compromete o acesso a prestações sanitárias essenciais, não configura simples deficiência administrativa, mas hipótese de violação jurídica passível de controle. A judicialização nasce, desse modo, da combinação entre densidade normativa elevada e implementação material insuficiente, convertendo a jurisdição em via de pressão sobre políticas públicas formalmente instituídas, porém materialmente deficitárias (Couto; Oliveira, 2016, p. 190).

O ciclo inicial mais emblemático da judicialização esteve ligado às demandas formuladas por pessoas vivendo com HIV/AIDS, que recorreram ao Judiciário para obter medicamentos antirretrovirais de alto custo ainda inacessíveis à maior parte da população. Esses litígios ajudaram a sedimentar a convicção de que, em hipóteses de urgência clínica e risco à vida, a atuação judicial poderia funcionar como mecanismo efetivo de transformação da carência assistencial em obrigação estatal exigível. A experiência paradigmática da chamada menina Lu tornou-se, nesse percurso, uma expressão eloquente de como a via judicial passou a ser socialmente percebida como instância legítima de proteção contra falhas públicas incompatíveis com a dignidade da pessoa humana (Ávila; Melo, 2018, p. 94-95).

A consolidação posterior desse movimento não decorreu exclusivamente da precariedade estrutural do SUS, embora ela tenha sido decisiva. Também contribuiu para tanto a progressiva

ampliação da consciência social acerca da exigibilidade do direito à saúde. À medida que os cidadãos passaram a reconhecer o conteúdo jurídico da prestação sanitária e a identificar a via judicial como caminho possível para sua obtenção, o número de litígios cresceu em escala considerável. A judicialização, desse modo, deixou de corresponder a um conjunto episódico de ações e assumiu feição estrutural, tornando-se componente permanente da relação entre usuários, Administração Pública e sistema de justiça (Carvalho, 2018, p. 309).

Entre os traços mais marcantes da judicialização da saúde pública está seu caráter eminentemente prestacional. O que se leva ao Judiciário, em regra, não é uma discussão teórica sobre a existência do direito à saúde, mas uma pretensão concreta dirigida à obtenção de medicamento, cirurgia, leito hospitalar, prótese, exame ou procedimento específico. Essa materialidade do pedido explica a intensidade dramática que acompanha esses processos e ajuda a compreender por que a resposta jurisdicional é frequentemente percebida como condição de possibilidade para a sobrevivência, para a redução do sofrimento ou para a preservação de um mínimo de funcionalidade existencial (Faria; Marchetto, 2020, p. 162).

Outra nota característica reside no predomínio das demandas individuais, ainda que seus efeitos repercutam amplamente sobre a coletividade. A estrutura do litígio tende a ser moldada a partir da situação singular do autor da ação, mas a decisão judicial projeta consequências administrativas, financeiras e distributivas que ultrapassam o caso concreto. É precisamente por isso que a judicialização da saúde opera em uma zona de fricção entre o plano individual do sofrimento e o plano coletivo da política pública, pois o problema jurídico não se esgota na identificação da necessidade do

demandante e alcança, simultaneamente, a integridade do desenho institucional do SUS e a racionalidade da alocação de recursos limitados (Matta; Marques, 2014, p. 429).

A judicialização da saúde distingue-se, ainda, pela crescente tecnicização de seu vocabulário e de seus critérios de decisão. O debate judicial passou a incorporar elementos ligados à medicina baseada em evidências, à segurança terapêutica, à avaliação de tecnologias em saúde, aos protocolos clínicos e às estruturas administrativas de regulação. Com isso, o litígio sanitário deixou de ser apenas uma disputa jurídica clássica e passou a exigir interlocução entre racionalidades diferentes, nem sempre facilmente conciliáveis. A aproximação entre direito e saúde, nesse cenário, produziu um espaço institucional em que se cruzam linguagem normativa, conhecimento científico e escolhas públicas de grande impacto social (Vasconcellos; Oliveira, 2009, p. 29).

Há, por fim, um elemento cultural que ajuda a explicar a persistência desse fenômeno. A noção de integralidade, lida de maneira expansiva, difundiu entre os usuários a expectativa de que toda necessidade de saúde individualmente demonstrada seria, por definição, exigível do Estado. Essa leitura maximizada do conteúdo prestacional do direito à saúde amplia o campo das pretensões judicializadas e transfere ao Judiciário decisões difíceis sobre prioridades públicas, cobertura assistencial e limites do financiamento sanitário. A judicialização, nesse ponto, reflete não apenas falhas da política pública, mas também a hipertrofia das expectativas projetadas sobre ela (Almeida, 2019, p. 224).

Os efeitos positivos da judicialização da saúde não podem ser minimizados sem empobrecimento analítico. Em numerosas

situações, a intervenção judicial não cria prestações extravagantes nem substitui o administrador em escolhas livres, mas impõe o cumprimento de deveres já previamente estabelecidos pela Constituição, pela legislação sanitária e pelas próprias políticas públicas existentes. O Judiciário, nessas hipóteses, funciona como instância de correção de inadimplementos administrativos, assegurando que obrigações normativamente assumidas pelo Estado não permaneçam no plano retórico. A judicialização, então, atua como técnica de exigibilidade de políticas públicas já postas, e não, necessariamente, como mecanismo de sua invenção judicial (Maas; Leal, 2018, p. 56).

Há, além disso, um inegável potencial inclusivo nesse fenômeno. Em uma sociedade atravessada por desigualdades severas, a possibilidade de acionar o sistema de justiça amplia o repertório institucional disponível para pessoas e grupos em situação de vulnerabilidade. A ação judicial, nessas circunstâncias, transforma-se em instrumento de acesso à cidadania material, permitindo que sujeitos tradicionalmente invisibilizados obtenham resposta estatal diante de omissões graves da Administração. Ainda que não elimine as assimetrias que também atravessam o próprio acesso à justiça, a judicialização abriu uma via concreta de reivindicação para quem depende exclusivamente do SUS e não dispõe de alternativas privadas de tratamento ou assistência (Neves; Pacheco, 2017, p. 750).

A litigiosidade sanitária também desempenhou papel importante no aperfeiçoamento institucional do sistema público de saúde. A pressão judicial expôs insuficiências administrativas, revelou lacunas de regulação e incentivou a criação de mecanismos mais sofisticados de avaliação e incorporação de tecnologias. O incremento do debate sobre segurança, eficácia e custo-efetividade

dos tratamentos não pode ser dissociado do ambiente de judicialização que obrigou o Estado a justificar melhor suas decisões e a qualificar tecnicamente seus critérios de inclusão ou exclusão de determinadas terapias do âmbito do SUS (Siqueira; Santos, 2021, p. 7).

Não obstante seus ganhos concretos, a judicialização da saúde produz efeitos negativos relevantes sobre a estrutura e o funcionamento do SUS. O primeiro deles reside na imprevisibilidade financeira gerada por decisões que impõem gastos urgentes e individualizados fora do planejamento ordinário. Em sistemas públicos de cobertura universal, a programação orçamentária constitui condição de racionalidade administrativa. Quando a execução da despesa passa a ser ditada, em larga escala, por ordens judiciais fragmentárias, o gestor perde margem de organização, vê-se compelido a remanejar recursos e enfrenta dificuldades crescentes para manter a continuidade de políticas desenhadas para beneficiar coletividades mais amplas (Lima; Maluf, 2018, p. 180-182).

Esse deslocamento de recursos revela um segundo problema: o risco de comprometimento da equidade. Nem toda decisão favorável ao indivíduo que litiga é, por isso só, justa no plano coletivo. Em certas hipóteses, a satisfação integral de uma demanda singular consome verbas que poderiam financiar ações preventivas, medicamentos padronizados ou tratamentos amplamente acessíveis a um número muito maior de pessoas. A judicialização, quando descolada da lógica distributiva do SUS, pode converter proteção individual em fator de aprofundamento de desigualdades sanitárias e de erosão da universalidade material do sistema (Matta; Marques, 2014, p. 421-441).

Outra consequência negativa está na heterogeneidade dos critérios decisórios. A ausência de parâmetros uniformes para o deferimento de pedidos de tratamento ou fornecimento de medicamentos gera insegurança jurídica, incentiva a litigância estratégica e dificulta a administração racional de expectativas. Casos análogos podem receber soluções muito distintas a depender do magistrado, da prova apresentada ou da capacidade argumentativa dos sujeitos processuais. Em matéria de saúde, essa oscilação é particularmente problemática porque interfere diretamente na vida dos usuários, na previsibilidade da atuação estatal e na própria autoridade dos critérios técnicos elaborados pelas instâncias sanitárias competentes (Carvalho, 2018, p. 310).

A isso se soma a existência de demandas qualitativamente distintas, que não podem ser tratadas como se possuíssem igual legitimidade material. Há litígios em que a intervenção judicial se mostra claramente justificada pela omissão estatal ou pela inadequação do serviço prestado. Há outros, porém, em que o pedido carece de base científica consistente, ignora protocolos técnicos ou busca transferir ao sistema público custos incompatíveis com o modelo sanitário constitucionalmente estruturado. A distinção entre uma judicialização benéfica e outra disfuncional impede leituras simplistas do fenômeno e evidencia a necessidade de critérios de filtragem capazes de preservar a tutela do direito sem dissolver a racionalidade administrativa que também o sustenta (Perlingeiro, 2012, p. 9).

Em plano mais amplo, a expansão da judicialização revela um desequilíbrio entre os poderes públicos. Quando o Judiciário é continuamente chamado a suprir falhas de implementação, revisar prioridades administrativas e arbitrar a distribuição de recursos

escassos, ele passa a ocupar espaço que deveria ser, ordinariamente, preenchido por políticas públicas planejadas, tecnicamente justificadas e democraticamente controladas. O problema não está em reconhecer a legitimidade do controle judicial, mas em admitir como normal um arranjo institucional no qual a jurisdição se torna a instância rotineira de ordenação da política sanitária, com evidente perda de coerência institucional (Cristóvam; Cipriani, 2017, p. 168-169).

Em síntese, a judicialização da saúde pública, na experiência brasileira, não pode ser classificada de modo unívoco. Ela resulta da força normativa da Constituição e da incapacidade do Estado de tornar homogênea a prestação sanitária em um país marcado por desigualdades profundas. Por isso, corrige omissões, salva vidas e impulsiona aprimoramentos institucionais. Mas, pelo mesmo motivo, tensiona o orçamento, fragmenta prioridades e pode desorganizar a racionalidade coletiva do SUS quando manejada sem critérios. É precisamente essa ambivalência que justifica o exame detido da atuação do Supremo Tribunal Federal, pois será no âmbito da jurisdição constitucional que se buscará identificar os parâmetros adotados para equilibrar proteção do direito à saúde, evidência científica, coordenação federativa e sustentabilidade do sistema público (Neves; Pacheco, 2017, p. 754-755).

4. JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE PÚBLICA NO SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL PÓS-PANDEMIA

Se, no capítulo anterior, a preocupação central consistiu em demonstrar a formação da judicialização da saúde pública na realidade brasileira, agora importa examinar a forma pela qual o Supremo Tribunal Federal passou a enfrentá-la no período posterior à crise sanitária da Covid-19. O dado mais expressivo dessa etapa não

está propriamente no surgimento de um novo paradigma de proteção, mas na consolidação de uma jurisprudência mais atenta à necessidade de compatibilizar o direito subjetivo à saúde com os parâmetros normativos do SUS, as evidências científicas disponíveis e a capacidade institucional do Estado de executar políticas públicas sanitárias.

A pandemia não criou a judicialização da saúde, mas expôs, com nitidez incomum, as insuficiências de respostas puramente voluntaristas no trato jurisdicional da matéria. Ao mesmo tempo em que reforçou a centralidade do direito à saúde na ordem constitucional, a experiência pandêmica também evidenciou que a desorganização administrativa, a fragmentação federativa e a desconsideração dos critérios técnicos podem agravar desigualdades e comprometer a própria efetividade das prestações sanitárias (Sarlet; Barbosa, 2022, p. 89-91).

A leitura do período pós-pandêmico, por isso, não pode ser feita como se o Supremo houvesse rompido com tudo quanto decidira anteriormente. O que se percebe, na verdade, é um movimento de sedimentação. Os precedentes formados antes de 2020 continuaram a irradiar efeitos, mas passaram a operar, depois da pandemia, em ambiente institucional distinto, no qual a Corte se mostrou menos inclinada ao casuísmo e mais comprometida com balizas gerais aptas a orientar o sistema como um todo (Santos, 2021, p. 810-812).

Esse deslocamento é relevante porque altera o eixo da discussão. O centro do debate já não reside apenas em saber se o Judiciário pode intervir na política pública de saúde, questão hoje largamente superada, mas em definir sob quais condições essa intervenção

permanece constitucionalmente legítima e administrativamente suportável. É justamente nesse ponto que a jurisprudência mais recente do STF revela maior densidade argumentativa, maior sensibilidade institucional e preocupação mais clara com os efeitos sistêmicos de cada decisão.

No período posterior à pandemia, ganha nitidez a compreensão de que o Supremo não tem tratado o direito à saúde como autorização genérica para deslocar ao Estado qualquer pretensão terapêutica formulada em juízo. Ao contrário, a Corte tem reafirmado que o fornecimento judicial de medicamentos não incorporados ou não registrados depende de pressupostos rigorosos, especialmente quando a pretensão do autor colide com a racionalidade técnica da política pública. Essa orientação, que já se delineava em precedentes paradigmáticos, alcançou maturidade normativa com a reafirmação das teses firmadas nos Recursos Extraordinários 657718, 566471 e 1165959.

No RE 657718, o Tribunal afastou, como regra, o fornecimento judicial de medicamentos sem registro na ANVISA, admitindo excepcionalidade apenas em hipóteses restritas e devidamente comprovadas. A decisão não exprime hostilidade ao direito à saúde. Exprimiu, antes, a percepção de que não há tutela constitucionalmente adequada quando o provimento jurisdicional ignora os mecanismos públicos de controle de segurança, eficácia e qualidade do produto reclamado. Em tema tão sensível, o STF recusou a substituição do juízo técnico-sanitário por uma lógica puramente individual e imediatista.

A mesma racionalidade aparece com ainda mais clareza no RE 566471, julgado em 2020, quando o Supremo fixou que a ausência

de incorporação do medicamento às listas do SUS impede, em princípio, o seu fornecimento por decisão judicial, admitindo-se exceção apenas diante de requisitos cumulativos severos. A exigência de negativa administrativa prévia, da demonstração de ilegalidade ou mora da CONITEC, da impossibilidade de substituição terapêutica, da comprovação robusta de eficácia e da incapacidade financeira do paciente mostra que a Corte passou a exigir muito mais do que mera prescrição médica para justificar a intervenção judicial (Magalhães, 2023, p. 190-193).

O RE 1165959, julgado em 2021, reforçou essa mesma linha ao admitir, em caráter excepcionalíssimo, o fornecimento de medicamento sem registro, mas com importação autorizada pela ANVISA, desde que demonstradas a imprescindibilidade clínica, a hipossuficiência econômica e a inexistência de substituto terapêutico incorporado ao SUS. O que se vê, portanto, não é liberalidade decisória. O que se vê é um modelo de tutela judicial condicionado por critérios de prova, de excepcionalidade e de deferência institucional aos órgãos técnicos incumbidos de disciplinar a assistência farmacêutica.

Esse conjunto de julgados evidencia que, no pós-pandemia, o Supremo tem buscado retirar a judicialização da esfera da intuição moral imediata e reconduzi-la ao plano da justificação racional. Em chave alexyana, trata-se de exigir que a decisão seja justificável à luz do ordenamento, das condições fáticas e da ponderação entre princípios em conflito, e não mera resposta emotiva ao drama individual levado a juízo (Alexy, 2011, p. 92).

A autocontenção, todavia, não significou retração absoluta da tutela jurisdicional. Quando a falha estatal se revela incompatível com a

proteção constitucional mínima devida ao usuário do SUS, o STF continua a admitir a intervenção judicial. O ponto distintivo está em que essa intervenção deixa de ser desenhada contra a política pública como um todo e passa a operar, preferencialmente, a partir de critérios que buscam corrigir a disfunção sem desorganizar o sistema.

Nesse aspecto, o RE 855178 permanece decisivo para a fase posterior à pandemia. Ao reconhecer a responsabilidade solidária dos entes federativos nas demandas prestacionais em saúde, sem suprimir a necessidade de observância das regras de repartição de competências e ressarcimento entre os integrantes da federação, o Supremo produziu solução institucionalmente mais sofisticada. O usuário não pode ser sacrificado pela descoordenação administrativa, mas tampouco a repartição constitucional de tarefas pode ser ignorada como se fosse irrelevante para a gestão do SUS.

Mais significativo ainda, em chave propriamente pós-pandêmica, foi o desfecho do RE 1366243. Ali, em vez de simplesmente repetir a lógica binária do deferimento ou do indeferimento, a Corte homologou solução interfederativa construída de modo cooperativo. O gesto é expressivo porque revela uma inflexão metodológica. Em matéria sanitária, sobretudo quando estão em jogo medicamentos de altíssimo custo e impacto orçamentário complexo, o Supremo passou a valorizar saídas estruturais e concertadas, capazes de produzir efeitos mais amplos, mais estáveis e menos disruptivos que a ordem judicial isolada.

Essa valorização do diálogo institucional aproxima a jurisprudência recente de uma concepção menos adjudicativa e mais organizacional do controle judicial. Em vez de tomar a sentença

como instrumento suficiente para resolver, sozinha, um problema sistêmico, a Corte reconhece que certas controvérsias exigem coordenação entre União, estados, municípios e instâncias técnicas especializadas. O pós-pandemia, nesse ponto, parece ter deixado ao Supremo uma lição importante: sem governança cooperativa, a judicialização tende a reproduzir no processo a mesma fragmentação que já compromete a política pública (Sarlet; Barbosa, 2022, p. 104-106).

Também no campo das escolhas existenciais do paciente, os precedentes mais recentes revelam um Tribunal menos propenso a respostas simplificadoras. Nos Recursos Extraordinários 1212272 e 979742, ambos julgados em 2024, o STF enfrentou a recusa de transfusão de sangue por motivos religiosos sem reduzir o caso a uma oposição abstrata entre liberdade de crença e dever estatal de proteção à saúde. A Corte reconheceu a autonomia do paciente maior e capaz, mas condicionou a solução à existência de viabilidade técnico-científica, à anuência da equipe médica e à preservação das balizas públicas do SUS.

A importância desses julgados está em demonstrar que a proteção do usuário não desaparece quando o Tribunal recusa a lógica do provimento automático. O que desaparece é a ilusão de que todo pedido individual deve prevalecer contra qualquer limite institucional. Nos casos mencionados, o STF preservou a liberdade religiosa e admitiu procedimentos alternativos, inclusive fora do domicílio, desde que isso não implicasse ônus desproporcional ao sistema. A decisão, assim, protege a pessoa concreta sem dissolver o horizonte coletivo da política pública (Alexy, 2011, p. 102).

Tomado em perspectiva, o período pós-pandêmico não confirma a imagem de um Supremo Tribunal Federal indiscriminadamente expansionista em matéria de saúde pública. A análise dos julgados mais recentes indica, em sentido diverso, uma Corte preocupada em condicionar a tutela jurisdicional à observância de parâmetros jurídicos, sanitários e financeiros minimamente objetivos. Isso não significa indiferença ao sofrimento individual, mas recusa de uma compreensão desordenada do direito à saúde, que acabaria por fragilizar o próprio sistema destinado a realizá-lo.

Há, sem dúvida, espaço para crítica. A demora no julgamento de casos sensíveis, a persistência de zonas de incerteza quanto à repartição de encargos e a dificuldade de uniformização plena entre o Supremo e os demais órgãos do Judiciário mostram que o problema permanece aberto. Ainda assim, o traço dominante do ciclo mais recente parece ser o da racionalização. O Tribunal vem progressivamente substituindo a resposta atomizada pela construção de standards, exigindo prova qualificada, valorizando a atuação da CONITEC, do NATJUS e dos mecanismos de coordenação federativa, além de incentivar soluções consensuais em temas de grande impacto sistêmico (Santos, 2021, p. 816-817).

Por isso, a judicialização da saúde pública no Supremo Tribunal Federal pós-pandemia pode ser compreendida menos como espaço de supremacia irrestrita das pretensões individuais e mais como locus de depuração institucional dos limites e possibilidades do direito à saúde no interior do SUS. O que emerge dessa jurisprudência não é a negação do direito fundamental, mas a tentativa de fazê-lo conviver, de forma minimamente estável, com a igualdade, a universalidade, a eficiência e a sustentabilidade da política pública sanitária.

É à luz dessa inflexão que se pode afirmar, ao final, que o Supremo tem contribuído para deslocar a judicialização da saúde de um modelo centrado na excepcionalidade emocional do caso concreto para um modelo mais comprometido com critérios públicos de decisão. No cenário pós-pandêmico, esse deslocamento talvez constitua a contribuição mais relevante da Corte: proteger o usuário do SUS sem perder de vista que, em matéria de saúde pública, o caso individual jamais existe fora do sistema.

5. CONCLUSÃO

O percurso desenvolvido neste artigo permitiu enfrentar, por diferentes ângulos, a questão relativa à atuação do Supremo Tribunal Federal nas ações envolvendo judicialização da saúde pública no período pós-pandemia. A investigação partiu da premissa de que a análise dessa matéria exigia, antes de tudo, a compreensão do lugar constitucional do direito à saúde, a identificação das razões que levaram à expansão da litigiosidade sanitária no Brasil e, por fim, o exame das respostas formuladas pela Corte diante desse quadro. Ao final, tornou-se possível perceber que a experiência jurisdicional recente não pode ser descrita nem como simples deferência às pretensões individuais, nem como retração judicial diante das escolhas administrativas em saúde. O que se observa é um movimento mais complexo, marcado pela busca de equilíbrio entre proteção de direitos e preservação das condições institucionais de funcionamento do Sistema Único de Saúde.

A análise do direito à saúde pública do usuário do SUS confirmou que se está diante de prerrogativa fundamental de natureza social, cuja densidade normativa afasta qualquer tentativa de reduzi-la a promessa política destituída de exigibilidade. A Constituição da

República Federativa do Brasil não apenas reconheceu a saúde como direito de todos e dever do Estado, mas vinculou sua concretização à existência de políticas públicas orientadas pela universalidade, pela integralidade e pela igualdade de acesso. Isso significa que o usuário do sistema público ocupa posição jurídica tutelável, apta a fundamentar pretensões concretas perante o Estado. Não obstante, o estudo também evidenciou que essa exigibilidade não se confunde com um direito ilimitado à obtenção de toda e qualquer prestação sanitária independentemente da organização normativa do SUS, dos critérios técnicos da política pública ou das condições materiais de sua execução. A tutela do direito à saúde, precisamente por ser constitucionalmente qualificada, precisa ser pensada em harmonia com a estrutura institucional destinada a realizá-la.

O exame da judicialização da saúde pública na realidade brasileira revelou, por sua vez, um fenômeno que não comporta leitura unilateral. Sua expansão decorre da combinação entre a força normativa da Constituição de 1988 e a persistência de falhas administrativas, insuficiências assistenciais e desigualdades no acesso aos bens e serviços de saúde. Nesse contexto, a jurisdição passou a ser acionada como espaço de correção de omissões estatais, de afirmação da dignidade da pessoa humana e de obtenção de prestações sem as quais, em muitos casos, a própria sobrevivência do indivíduo restaria comprometida. Seria equivocada, portanto, desconsiderar os efeitos positivos da judicialização, sobretudo quando ela obriga o poder público a cumprir deveres já postos no ordenamento. Ao mesmo tempo, a pesquisa mostrou que o fenômeno também produz consequências disfuncionais quando a intervenção judicial desconsidera a lógica distributiva do SUS, desloca recursos de forma imprevisível, enfraquece critérios técnicos

ou introduz tratamento desigual entre usuários situados em condições equivalentes. A judicialização, assim, não é em si mesma solução ou problema. Ela pode cumprir ambas as funções, a depender do modo como se desenvolve e dos parâmetros que a orientam.

Foi exatamente nesse ponto que a análise da atuação do Supremo Tribunal Federal no período pós-pandemia se revelou decisiva. A leitura dos precedentes mais recentes permitiu concluir que a Corte tem procurado afastar compreensões intuitivas ou maximalistas do direito à saúde e construir respostas mais condicionadas por critérios jurídicos, científicos e institucionais. Em lugar de tratar a prescrição médica individual como fundamento suficiente para a imposição judicial de qualquer prestação reclamada, o Tribunal passou a exigir elementos mais rigorosos relacionados à eficácia terapêutica, à segurança sanitária, à excepcionalidade do caso, à inexistência de alternativa incorporada ao SUS e à observância dos mecanismos públicos de avaliação técnica. Esse traço aparece de modo eloquente nos julgados relativos a medicamentos não registrados, não incorporados ou de alto custo, nos quais o Supremo deixou claro que a proteção do direito à saúde não autoriza a neutralização do papel da ANVISA, da CONITEC ou da própria racionalidade administrativa do sistema público.

Nesse cenário, a hipótese formulada na introdução mostrou-se substancialmente confirmada. O período posterior à pandemia evidencia uma atuação do Supremo orientada pela tentativa de conciliar a tutela do direito fundamental à saúde com a preservação da racionalidade administrativa, orçamentária e técnico-científica do SUS. A Corte não abandonou a proteção jurisdicional do usuário do sistema público, mas passou a situá-la em uma moldura

argumentativa menos permeável ao voluntarismo e mais atenta aos efeitos sistêmicos de suas decisões. Isso se tornou especialmente visível na valorização da coordenação federativa, na exigência de prova qualificada, na deferência aos órgãos técnicos e na abertura a soluções cooperativas em controvérsias de maior impacto estrutural. Em outras palavras, o Supremo parece ter compreendido com mais nitidez, no pós-pandemia, que a tutela adequada do direito à saúde não pode ser construída contra o SUS, mas a partir dele.

Essa constatação, contudo, não autoriza conclusões triunfalistas. A racionalização da jurisprudência não eliminou as tensões inerentes à matéria. Persistem dificuldades ligadas à desigual capacidade institucional dos entes federativos, à heterogeneidade das respostas produzidas pelos demais órgãos do Poder Judiciário, à demora no enfrentamento de determinados casos sensíveis e à permanência de zonas cinzentas quanto aos limites da intervenção judicial em políticas sanitárias complexas. O que a pesquisa indica não é o encerramento do problema, mas uma mudança relevante no modo de enfrentá-lo. Se antes predominavam, com maior intensidade, decisões fortemente centradas na urgência individual dissociada do sistema, agora se nota esforço mais consistente para integrar, na motivação judicial, a proteção da pessoa concreta e as exigências de funcionamento da política pública.

À luz disso, a principal conclusão do estudo é a de que a atuação do Supremo Tribunal Federal nas ações envolvendo judicialização da saúde pública pós-pandemia vem contribuindo para redefinir o lugar da jurisdição constitucional nessa matéria. A Corte tem procurado afirmar que o direito à saúde continua sendo prerrogativa fundamental exigível, mas não pode ser interpretado fora das condições institucionais que permitem sua universalização. O caso

individual permanece relevante, mas já não pode ser visto como realidade isolada do conjunto. Em matéria de saúde pública, a tutela do singular repercute inevitavelmente sobre o todo. Foi justamente essa percepção, amadurecida no ambiente posterior à crise sanitária, que parece ter levado o Supremo a substituir a lógica do provimento imediato e atomizado por outra, mais preocupada com justificações públicas, critérios objetivos e consequências sistêmicas.

Em síntese, a pesquisa permite sustentar que o Supremo Tribunal Federal, no ciclo pós-pandêmico, tem desempenhado papel menos associado à expansão irrefletida da judicialização e mais vinculado à tentativa de discipliná-la. Essa inflexão não esvazia o direito à saúde. Ao contrário, tende a protegê-lo de modo mais estável, porque procura compatibilizar sua exigibilidade com a igualdade, a eficiência, a coordenação federativa e a sustentabilidade do Sistema Único de Saúde. É nesse ponto que reside, hoje, a contribuição mais significativa da jurisprudência da Corte: reconhecer que, em um sistema público universal, proteger o usuário do SUS também exige preservar a integridade institucional do próprio SUS.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALEXY, Robert. **Teoria da argumentação jurídica:** a teoria do discurso racional como teoria da justificação jurídica. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2011.

ÁVILA, Ana Paula; MELO, Karen Cristina Correa de. Separação de poderes e diálogos institucionais nos litígios envolvendo o direito à saúde. **Revista de Investigações Constitucionais**, Curitiba, v. 5, n. 1, p.83-108, 2018.

BARRETO JUNIOR, Irineu Francisco; PAVANI, Miriam. O direito à saúde na ordem constitucional brasileira. **Revista Direito e Garantias Fundamentais**, Vitória, v. 14, n. 2, p. 71-100, 2013.

BARROSO, Luis Roberto. Judicialização, ativismo judicial e legitimidade democrática. **Syn Thesis**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 23-32, 2012.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Recurso Extraordinário n. 1165959**. Relator: Min. Alexandre de Moraes. Julgamento em 21 jun. 2021.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Recurso Extraordinário n. 1212272**. Relator: Min. Gilmar Mendes. Julgamento em 25 set. 2024.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Recurso Extraordinário n. 1366243**. Relator: Min. Gilmar Mendes. Julgamento em 16 set. 2024.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Recurso Extraordinário n. 566471**. Relator: Min. Luís Roberto Barroso. Julgamento em 11 mar. 2020.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Recurso Extraordinário n. 657718**. Relator: Min. Luís Roberto Barroso. Julgamento em 22 maio 2019.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Recurso Extraordinário n. 855178**. Relator: Min. Edson Fachin. Julgamento em 23 maio 2019.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Recurso Extraordinário n. 979742**. Relator: Min. Luís Roberto Barroso. Julgamento em 25 set. 2024.

CANUT, Letícia. Uma breve introdução ao SUS para compreensão do direito à saúde no Brasil. **Revista de Direitos Fundamentais e Democracia**, Curitiba, v. 12, n. 12, p. 186-214, 2012.

CARVALHO, Victor Aguiar. A judicialização da saúde sob o olhar da análise econômica do direito: um exame dos incentivos ao ajuizamento e à solução extrajudicial de conflitos. **Revista Brasileira de Políticas Públicas**, Brasília, v. 8, n. 3, p.307-326, 2018.

COUTO, Mônica; OLIVEIRA, Simone. O Judiciário na trincheira do direito fundamental à saúde: uma proposta de reanálise do problema da judicialização das políticas públicas à luz das teorias do substancialismo e do procedimentalismo. **RDU**, Porto Alegre, Edição Especial, p.182-200, 2016.

CRISTÓVAM, José Sergio; CIPRIANI, Manoella. Sobre o ativismo judicial nas questões relacionadas ao direito à saúde: mensageiro da boa nova ou lobo em pele de cordeiro. **Revista Brasileira de Direito**, Passo Fundo, v.13 n. 3, p.163-188, 2017.

FERRAZ, Octávio Luiz Motta; VIEIRA, Fabiola Supino. Direito à saúde, recursos escassos e equidade: os riscos da interpretação judicial dominante. **Revista de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, v. 52, n. 1, p. 223-251, 2009.

LIMA, Gabriela; MALUF, Aflaton. Judicialização do direito à saúde em desfavor dos municípios: um paradoxo aos princípios da isonomia e da reserva do possível. **Revista de Direito Brasileira**, São Paulo, v. 20, n. 8, p. 174-191, 2018.

MAGALHÃES, Breno Baía. Os parâmetros para a judicialização de medicamentos de alto custo não fornecidos pelo SUS: uma análise

da progenia da STA 175 no RE 566.471 e a capacidade deliberativa do STF. **Revista Estudos Institucionais**, v. 9, n. 1, p. 187-215, jan./abr. 2023.

NEVES, Pilar; PACHECO, Marcos. Saúde pública e Poder Judiciário: percepções de magistrados no estado do Maranhão. **Revista Direito GV**, São Paulo, v. 13, n. 3, p.749-769, 2017.

PERLINGEIRO, Ricardo. A tutela judicial do direito público à saúde no Brasil. **Revista Direito, Estado e Sociedade**, n. 41, p.184-203, 2012.

RAMOS, Marcelene Carvalho da Silva. O direito fundamental à saúde na perspectiva da Constituição Federal. **Revista de Direito Administrativo e Constitucional**, Belo Horizonte, v. 5, n. 22, p. 147-165, 2005.

ROTHENBURG, Walter Claudius. **Direitos sociais são direitos fundamentais**: simples assim. Salvador: Ed. JusPodivm, 2021.

SANTOS, Lenir. Judicialização da saúde: as teses do STF. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 45, n. 130, p. 807-818, jul./set. 2021.

SARLET, Ingo Wolfgang; BARBOSA, Jeferson Ferreira. Combate à Covid-19 e o papel do Supremo Tribunal Federal: entre direito à saúde e conflitos federativos. **Suprema: Revista de Estudos Constitucionais**, Brasília, v. 2, n. 1, p. 87-117, jan./jun. 2022.

SARLET, Ingo Wolfgang; FIGUEIREDO, Mariana Filchtiner. Algumas considerações sobre o direito fundamental à proteção e promoção da saúde aos 20 anos da Constituição Federal de 1988. **Revista de Direito do Consumidor**, n. 67, p. 125-172, 2008.

SCHWARTZ, Germano; BORTOLOTTI, Franciane Woutheres. A dimensão prestacional do direito à saúde e o controle judicial de políticas públicas sanitárias. **Revista de Informação Legislativa**, Brasília, v. 55, n. 177, p. 257-264, 2008.

¹ Discente do Curso de Direito da Universidade Federal do Maranhão.

E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

² Docente do Curso de Direito da Universidade Federal do Maranhão.

E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)