ISSN: 2675-7222

SAS
South American Sciences

A JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE COMO GARANTIA DE DIREITO SOCIAL CONFORME PRECEITO CONSTITUCIONAL: ARTIGOS 6º E 196 DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988

HEALTH LITIGATION AS A GUARANTEE OF A SOCIAL RIGHT UNDER THE CONSTITUTIONAL PROVISIONS OF ARTICLES 6 AND 196 OF THE 1988 FEDERAL CONSTITUTION

https://doi.org/10.63330/sasciencesv6n2-274

Submetido em: 22/10/2026 e Publicado em: 30/10/2026

SAS: e26502

Victor Vinícius de Oliveira
Mestre em Direito - Faculdade de Roseira
E-mail: victorvoliveira.adv@gmail.com

Resumo

O artigo analisa a judicialização da saúde como garantia do direito social previsto nos artigos 6º e 196 da Constituição Federal de 1988, considerando a organização do Sistema Único de Saúde e os limites da intervenção judicial nas políticas públicas. A pesquisa, de natureza bibliográfica e documental, examina legislação sanitária, produção científica e teses de repercussão geral do Supremo Tribunal Federal. Discutem-se a exigibilidade do direito à saúde, a responsabilidade dos entes federativos, o fornecimento de medicamentos e a conciliação entre necessidades clínicas e critérios técnicos de incorporação de tecnologias. A análise dos Temas 6, 500, 793 e 1.234 demonstra a adoção de parâmetros que valorizam a fundamentação administrativa, a evidência científica e a organização do financiamento público. Os resultados indicam que a tutela jurisdicional é necessária diante de omissões e ilegalidades, mas sua efetividade depende de decisões comprometidas com a igualdade de acesso, a continuidade assistencial e as consequências coletivas. A proteção individual deve contribuir para corrigir falhas da rede pública, sem instituir um sistema paralelo de distribuição de recursos (Brasil, 1988).

Palavras-chave: Constituição Federal de 1988; Direito à saúde; Direitos sociais; Judicialização da saúde; Sistema Único de Saúde.

Abstract

This article examines health litigation as a safeguard of the social right established in Articles 6 and 196 of the 1988 Federal Constitution, considering the organization of Brazil's Unified Health System and the limits of judicial intervention in public policies. The bibliographic and documentary study analyzes health legislation, scientific publications, and the binding precedents of the Federal Supreme Court. It addresses

the enforceability of the right to health, the responsibilities of federal entities, access to medicines, and the reconciliation of individual clinical needs with technical criteria for health technology incorporation. An examination of Themes 6, 500, 793, and 1,234 shows the adoption of standards emphasizing administrative justification, scientific evidence, and public financing arrangements. The findings indicate that judicial protection is necessary in cases of unlawful action or failure to act, but its effectiveness depends on decisions committed to equal access, continuity of care, and collective consequences. Individual protection should help remedy failures in the public health system without creating a parallel mechanism for allocating resources (Brasil, 1988).

Keywords: 1988 Federal Constitution; Health litigation; Right to health; Social rights; Unified Health System.

1 INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988 modificou o tratamento jurídico da saúde ao reconhecê-la como direito social e ao atribuir ao Estado uma obrigação que ultrapassa o atendimento de situações emergenciais. A redação do artigo 6º insere a saúde no conjunto de prestações indispensáveis à vida digna, enquanto o artigo 196 vincula sua garantia a políticas sociais e econômicas, à redução do risco de doenças e ao acesso universal e igualitário (Brasil, 1988).

Essa dupla dimensão ajuda a compreender por que a resposta estatal não se esgota na dispensação de um produto solicitado, alcançando o percurso da pessoa até o atendimento, a regularidade da assistência e a capacidade dos serviços de responder a necessidades que não podem ser adiadas indefinidamente. Entre a amplitude desse compromisso e as dificuldades encontradas pela população para obter consultas, medicamentos e tratamentos, formou-se um campo crescente de reivindicações judiciais, no qual necessidades urgentes convivem com questões complexas de administração pública (Brasil, 1988).

A procura pelo Judiciário não pode ser reduzida a uma escolha voluntária de pacientes que desejam afastar regras administrativas. Em muitos casos, o processo nasce depois de uma espera prolongada, de uma negativa insuficientemente explicada ou de uma interrupção do fornecimento de medicamento já previsto nas diretrizes oficiais (Dallari, 1988).

O reconhecimento da exigibilidade judicial dos direitos sociais representou avanço expressivo na interpretação da Constituição, pois afastou a compreensão de que disposições prestacionais seriam simples compromissos políticos sem possibilidade de cobrança jurídica. A existência de uma posição subjetiva protegida, entretanto, não elimina dificuldades quanto ao conteúdo da obrigação, aos meios adequados de cumprimento e à distinção entre omissão ilegítima e decisão técnica fundada em critérios públicos (Barroso, 2009).

As demandas relativas ao fornecimento de medicamentos tornaram evidente uma contradição prática: a decisão que atende de maneira imediata um paciente pode, dependendo do caso, alterar compras, comprometer a programação financeira e produzir tratamento desigual entre pessoas com necessidades semelhantes. Esse risco, entretanto, não autoriza uma resposta de indiferença estatal, uma vez que a repercussão coletiva merece investigação concreta, e não uma suposição sobre o custo de toda ordem judicial (Vieira, 2023).

Quando o pedido diz respeito a medicamento que deveria estar disponível, a despesa extraordinária pode revelar uma deficiência da gestão de estoques, circunstância bastante diferente da aquisição de uma terapia ainda sem avaliação de incorporação. O exame do pedido exige critérios transparentes capazes de distinguir o descumprimento de uma obrigação pública já existente da pretensão de acesso a tecnologia ainda submetida à avaliação científica e econômica, de modo que a análise do impacto coletivo integre a própria proteção do direito social, sem funcionar como desculpa abstrata para a recusa de cuidados (Vieira, 2023).

A questão norteadora deste estudo consiste em compreender em que condições a judicialização da saúde concretiza a garantia constitucional estabelecida pelos artigos 6º e 196 e quando a intervenção judicial pode afastar-se da lógica universal do Sistema Único de Saúde. A hipótese examinada é a de que o processo judicial exerce função protetiva legítima quando corrige omissões, ilegalidades e falhas de acesso, mas precisa considerar a evidência científica, as competências administrativas e a igualdade na distribuição dos recursos disponíveis (Ferraz, 2019).

O objetivo geral é analisar a judicialização da saúde enquanto mecanismo de tutela do direito social à saúde na ordem constitucional brasileira, o que exige, de modo específico, discutir a natureza jurídica da garantia, examinar a estrutura de responsabilidades do SUS, identificar fatores que conduzem à via judicial, sistematizar parâmetros definidos pelo Supremo Tribunal Federal e avaliar perspectivas de atuação institucional compatíveis com a equidade. A delimitação privilegia a saúde pública e as demandas por medicamentos, por serem casos nos quais as relações entre proteção individual, incorporação de tecnologias e organização federativa aparecem de forma especialmente nítida (Lima, 2017).

Adota-se pesquisa qualitativa, de caráter bibliográfico e documental, orientada pela análise jurídico-interpretativa de fontes constitucionais, normas infraconstitucionais, estudos científicos e precedentes de repercussão geral. O percurso metodológico não envolve entrevistas, levantamento de processos próprios ou produção de dados primários, pois a literatura é mobilizada para esclarecer os efeitos distributivos e institucionais das decisões, enquanto as normas e os julgamentos permitem reconstruir os critérios atualmente exigidos para pedidos de tratamentos (Wang, 2021).

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 A SAÚDE COMO DIREITO SOCIAL FUNDAMENTAL NOS ARTIGOS 6º E 196 DA CONSTITUIÇÃO

A inscrição da saúde no artigo 6º revela que sua proteção não constitui favor administrativo nem benefício reservado a determinados grupos, na medida em que a Constituição a apresenta como condição para o exercício de liberdades, para a participação social e para a própria possibilidade de uma existência digna. Ao lado da assistência curativa, o mandamento constitucional abrange providências que muitas vezes não aparecem em decisões sobre tratamentos individuais, como o acompanhamento de condições crônicas e a redução de fatores que favorecem o adoecimento (Brasil, 1988).

O artigo 196 aprofunda o compromisso ao afirmar que a saúde é direito de todos e dever do Estado, a ser garantido mediante políticas voltadas à prevenção e ao acesso universal e igualitário. Sua interpretação, portanto, precisa unir a possibilidade de exigir cuidados individualmente à exigência de uma rede pública estruturada para toda a população (Brasil, 1988).

Na fórmula constitucional, universalidade e igualdade não são expressões equivalentes, pois a primeira define quem deve ser atendido, enquanto a segunda impede distinções arbitrárias na oferta das ações e dos serviços. A referência à redução do risco de doença exige intervenções preventivas, sanitárias e ambientais, muitas vezes invisíveis na análise de uma ação voltada exclusivamente a obter determinado medicamento (Dallari, 1988).

O alcance normativo dos direitos fundamentais sociais não depende de sua conversão integral em regras detalhadas pelo legislador. Existe uma dimensão de exigibilidade diretamente relacionada à proteção contra ações incompatíveis com a Constituição e à possibilidade de combater omissões que afetem posições essenciais da pessoa (Sarlet, 2007).

Essa distinção se torna concreta quando duas demandas aparentemente semelhantes escondem situações jurídicas diferentes: uma pessoa não recebe o que o próprio sistema já assegurou, enquanto a segunda requer afastamento de avaliação administrativa fundamentada. Isso não significa, contudo, que toda pretensão fundada em necessidade médica tenha resposta jurídica predeterminada, uma vez que o conteúdo da prestação depende, em diversas hipóteses, de processos normativos, evidências clínicas e estruturação administrativa, exigindo diálogo com a organização pública encarregada de realizá-lo (Sarlet, 2007).

A dignidade humana reforça a impossibilidade de abandonar pacientes em situações de risco grave, sobretudo quando há tratamento disponível nas próprias políticas oficiais. Quando um medicamento padronizado deixa de ser entregue por deficiência de estoque ou falha de coordenação, o problema não reside na necessidade de inovar a política terapêutica, mas no cumprimento de prestação que a administração já reconheceu como devida (Barroso, 2009).

A relação entre direitos individuais e proteção coletiva impede que a saúde seja interpretada apenas como soma de vontades particulares, especialmente porque a decisão sobre incorporação de uma tecnologia repercute sobre grupos de pessoas com o mesmo diagnóstico, sobre protocolos de tratamento e sobre recursos destinados a diferentes linhas de cuidado. Quando a Constituição reconhece o acesso igualitário, não atribui ao primeiro indivíduo que obtenha decisão judicial uma posição automática de preferência diante dos demais, exigindo que situações clínicas equivalentes recebam consideração institucional coerente e que as prioridades possam ser justificadas publicamente (Ferraz, 2019).

Ao discutir a exigibilidade dos direitos sociais, é necessário afastar a oposição simplificadora entre direito plenamente obrigatório e política inteiramente discricionária. A Constituição vincula a ação estatal à realização progressiva e não discriminatória dos direitos, mas deixa espaço para decisões administrativas sujeitas a controle de legalidade, motivação e razoabilidade (Wang, 2021).

Uma negativa administrativa, por exemplo, pode ser juridicamente controlada sem que o magistrado precise definir sozinho qual tecnologia será incorporada à rede pública, uma vez que a existência formal de determinada política não a torna legítima quando seus critérios são aplicados de maneira desigual ou quando a via administrativa impede a apresentação de informações essenciais. Esse controle exige exame do processo decisório e não simples substituição do planejamento por preferências individuais (Wang, 2021).

O dever estatal formulado no artigo 196 dirige-se à estrutura federativa em sua integralidade e impede que o cidadão seja tratado como responsável pela solução de conflitos burocráticos entre gestores. A distribuição de atribuições cumpre função organizacional, enquanto o núcleo da garantia constitucional permanece direcionado à proteção das pessoas, razão pela qual a repartição interna de competências não pode resultar em abandono assistencial (Brasil, 1988).

Falar em acesso universal envolve reconhecer as desigualdades de informação e de capacidade de mobilização que interferem na procura por tratamentos. O cidadão com dificuldades de transporte, de acesso a especialistas ou de orientação jurídica pode encontrar barreiras maiores que aquelas vividas por pessoas em melhores condições econômicas (Vieira, 2023).

A leitura constitucional que sustenta este estudo considera a jurisdição um dos mecanismos de realização do direito à saúde, jamais sua única forma de cumprimento, embora a proteção judicial seja importante por conferir exigibilidade a deveres estatais e permitir o enfrentamento de negativas injustificadas. A diferença aparece de maneira clara quando a ordem judicial restabelece um fornecimento interrompido: a proteção imediata beneficia um indivíduo, mas a identificação da causa do desabastecimento pode impedir que dezenas de pessoas enfrentem a mesma dificuldade (Dallari, 1988).

Ainda assim, a Constituição atribui à atuação governamental cotidiana a responsabilidade primária pelo planejamento e pela execução de políticas sanitárias. A qualidade dessa política se mede sobretudo por sua capacidade de chegar antes do conflito, de prevenir adoecimentos e de oferecer respostas consistentes

para coletividades inteiras, o que não pode ser integralmente reproduzido por decisões proferidas em processos individuais (Dallari, 1988).

2.2 ORGANIZAÇÃO DO SUS, INTEGRALIDADE DO CUIDADO E RESPONSABILIDADE FEDERATIVA

A Lei nº 8.080, de 1990, concretizou o desenho constitucional do Sistema Único de Saúde ao disciplinar condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, organização e funcionamento dos serviços. Sua estrutura demonstra que a assistência não se restringe a procedimentos curativos, pois incorpora vigilância epidemiológica, ações sanitárias e articulação de diferentes níveis de atenção, afastando a compreensão do usuário como destinatário de atendimentos desconectados (Brasil, 1990).

A assistência requer articulação entre serviços e níveis de complexidade, com encaminhamentos que sejam compreensíveis e com continuidade depois de consultas ou internações. A integralidade precisa ser lida como compromisso com o cuidado necessário e articulado, dentro das balizas organizacionais do sistema, e não como obrigação automática de custear toda tecnologia solicitada sem avaliação científica ou critérios de incorporação (Brasil, 1990).

A descentralização confere aos entes públicos atribuições específicas na execução da assistência, porém não altera a titularidade universal do direito. O Sistema Único de Saúde se organiza mediante diretrizes de regionalização, hierarquização e participação da comunidade, de modo que a rede deve permitir o trânsito racional do usuário entre níveis de complexidade, com financiamento cooperativo e fluxos assistenciais definidos entre as esferas municipal, estadual e federal (Brasil, 1990).

A assistência farmacêutica depende de decisões anteriores à aquisição de determinado produto, entre elas a identificação das tecnologias com benefício comprovado, das doenças que exigem protocolos específicos, das condições de financiamento e das informações que devem acompanhar a prescrição. A Lei nº 12.401, de 2011, incorporou à legislação do SUS regras próprias de assistência terapêutica e avaliação de tecnologias, fortalecendo a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (Brasil, 2011).

A avaliação de uma tecnologia em saúde exige análise de eficácia, segurança, efetividade e comparação com alternativas disponíveis. Há diferença entre o produto que apresenta resultados promissores em condições controladas e aquele cujo benefício clínico foi suficientemente demonstrado para justificar o uso rotineiro em uma rede populacional, de maneira que a avaliação não pode encerrar-se na simples existência de algum estudo favorável (Brasil, 2011).

Importa conhecer a população investigada, as comparações feitas, a magnitude dos benefícios e as limitações dos resultados. O procedimento de incorporação necessita combinar informação científica atualizada, avaliação econômica e participação pública, inclusive porque novos produtos podem chegar ao

mercado com preços elevados e vantagens terapêuticas ainda incertas, circunstância que explica a necessidade de um processo verificável e sujeito a justificativas examináveis posteriormente (Brasil, 2011).

A presença de um medicamento nas listas oficiais de dispensação significa que a política pública reconheceu as condições para sua oferta, observados os protocolos respectivos. Uma negativa decorrente exclusivamente de desorganização do estoque merece análise diferente daquela baseada no fato de que a tecnologia pretendida não integra o conjunto de alternativas padronizadas, uma vez que essa distinção possui natureza jurídica e administrativa, e não apenas econômica (Lima, 2017).

O princípio da integralidade costuma ser invocado como fundamento para qualquer tratamento prescrito, mas uma leitura cuidadosa não permite ignorar a estrutura jurídica que organiza sua implementação. A integralidade diz respeito à continuidade do cuidado e à articulação das ações que atendem à necessidade clínica, dentro de um sistema planejado para garantir respostas abrangentes (Brasil, 1990).

A aplicação dos protocolos, contudo, não dispensa atenção às pessoas cuja evolução clínica diverge daquela esperada para a maioria. A definição de protocolos clínicos serve justamente para orientar tratamentos com base em conhecimento científico, reduzir variações injustificadas e criar referências comuns entre profissionais e usuários, de forma que o afastamento de tais critérios exige fundamentação particularizada, e não mera afirmação de preferência pela alternativa solicitada (Brasil, 1990).

O financiamento da assistência à saúde é compartilhado e opera sob limites concretos, embora a insuficiência orçamentária abstratamente alegada não seja justificativa bastante para negar toda prestação. Recursos públicos destinados a compras excepcionais deixam de ser empregados em ações previamente programadas, e esse deslocamento merece análise quando for demonstrável (Vieira, 2023).

Os conflitos entre entes federativos passaram a receber tratamento específico na jurisprudência constitucional, que, ao reconhecer a responsabilidade solidária, não afastou a necessidade de observar a distribuição administrativa das tarefas, inclusive para ordenar o cumprimento e permitir o ressarcimento à entidade que suportou encargo atribuível a esfera diversa (Brasil, 2019b).

Se uma decisão atribui o cumprimento a ente diverso daquele que financia regularmente determinada prestação, a solução processual precisa considerar os instrumentos de compensação cabíveis. Essa combinação protege o usuário sem transformar a solidariedade em indiferença às regras de financiamento, enquanto a identificação do ente responsável pode exigir, do magistrado, exame de documentos sobre o medicamento, o componente de assistência farmacêutica e os acordos que integram o funcionamento do SUS (Brasil, 2019b).

A criação de canais administrativos compreensíveis para solicitar medicamentos, apresentar documentação e receber resposta fundamentada reduz a ocorrência de litígios originados em falhas de comunicação. O usuário precisa conhecer as razões de uma negativa e as alternativas existentes, inclusive

o procedimento para reavaliação diante de novas evidências ou de mudança clínica, pois uma administração que explica suas decisões permite qualificar a discordância antes que ela alcance o Judiciário (Conselho Nacional de Justiça, 2023).

2.3 JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE: ACESSO À JUSTIÇA, CAUSAS E EFEITOS DISTRIBUTIVOS

A judicialização da saúde designa a transferência de conflitos ligados ao acesso a prestações sanitárias para a apreciação judicial, abrangendo causas diversas que impedem interpretá-la exclusivamente como crescimento de demandas motivadas por medicamentos de custo elevado. A qualificação do tipo de demanda antecede qualquer avaliação sobre seus efeitos (Barroso, 2009).

Uma ação para obter insumo padronizado e indisponível por falha logística indica problema diferente daquele envolvido em pedido de produto experimental, já que os processos podem envolver tratamentos padronizados, vagas de internação, cirurgias e produtos ainda não incorporados às políticas oficiais. A natureza do pedido interfere na análise de legitimidade e na compreensão dos efeitos da sentença, pois a ordem que exige cumprir protocolo existente não possui o mesmo alcance institucional da determinação para custear terapia sem avaliação pública concluída (Barroso, 2009).

Para o paciente, a demanda judicial frequentemente representa a última instância possível depois de tentativas administrativas frustradas, sobretudo porque a combinação entre adoecimento, insegurança e dificuldade de obter informação aumenta a expectativa de que uma decisão urgente ofereça resposta definitiva. O processo, contudo, tende a concentrar o debate sobre documentos produzidos para o litígio e pode deixar em segundo plano o acompanhamento de longo prazo (Lima, 2017).

O problema distributivo surge porque a possibilidade formal de ingressar em juízo não assegura condições materiais equivalentes para fazê-lo. Pessoas com maior acesso a especialistas, informações médicas detalhadas e apoio jurídico podem estruturar demandas mais rapidamente, embora necessidades igualmente graves existam entre grupos menos visíveis, o que não autoriza presumir que a pessoa assistida por advogado ou médico particular não necessite de cuidado (Ferraz, 2019).

A questão consiste em verificar se o percurso institucional oferece oportunidades semelhantes a quem dispõe de recursos distintos, pois, quando decisões individuais se tornam o principal caminho de acesso a tecnologias, a posição no sistema de justiça passa a interferir na distribuição de recursos que deveriam obedecer a critérios clínicos e sanitários. A tutela individual tem legitimidade, mas não deve converter-se em mecanismo persistente de prioridades não discutidas publicamente (Ferraz, 2019).

Pesquisas sobre judicialização exigem cautela metodológica, pois as características observadas em certo estado ou período não descrevem automaticamente todos os litigantes brasileiros. As variações relativas ao tipo de medicamento, ao perfil dos demandantes, à representação processual e ao resultado das

decisões desaconselham a interpretação de números isolados, que pode induzir conclusões exageradas sobre privilégio econômico ou sobre benefício generalizado à população vulnerável (Wang, 2021).

A prescrição médica constitui elemento essencial para caracterizar a necessidade terapêutica, mas não concentra todo o conhecimento exigido em controvérsias sobre políticas públicas. O profissional que acompanha o paciente observa particularidades clínicas decisivas, enquanto órgãos de avaliação comparam evidências populacionais, diferentes intervenções e critérios de custo e efetividade. Essas perspectivas não são necessariamente incompatíveis, ainda que respondam a perguntas distintas, mas a dificuldade surge quando o documento médico é tomado como razão suficiente para afastar protocolos sem explicar por que alternativas disponibilizadas seriam inadequadas no caso concreto, relação que a decisão judicial precisa verificar com fundamento técnico (Lima, 2017).

A discussão sobre custo não pode ser conduzida como confronto moral entre um paciente identificável e pessoas abstratas representadas por números orçamentários. Os recursos que financiam uma tecnologia judicialmente determinada provêm do mesmo sistema responsável por vacinas, exames, atendimentos básicos e tratamentos de diferentes pacientes, razão pela qual a comparação exige maior cuidado quando os resultados terapêuticos são incertos ou há opções já financiadas pelo SUS (Vieira, 2023).

Nesses casos, o debate sobre despesa pública está ligado à probabilidade de benefício clínico e à possibilidade de atender pessoas em condição semelhante. Nem todo gasto excepcional, contudo, é desproporcional ou indevido, especialmente quando a administração descumpriu obrigação legal, motivo pelo qual a análise deve procurar dados de efetividade, estimativas confiáveis e informações sobre alternativas, evitando tanto o desinteresse pelo impacto coletivo quanto a negativa automática baseada em escassez genérica (Vieira, 2023).

Uma dificuldade recorrente reside na transformação do litígio em fonte de informação para a gestão. Ao identificar repetidas negativas pelo mesmo motivo, a administração encontra indicação de falha passível de correção coletiva, como problemas de abastecimento, regulação ou divulgação de critérios (Conselho Nacional de Justiça, 2023).

A distinção entre controle de legalidade e criação judicial de política sanitária é especialmente importante, pois o juiz dispõe de competência para impedir condutas arbitrárias e exigir o cumprimento das regras constitucionais e legais, sem substituir, na ausência de justificativa específica, as estruturas criadas para valorar evidências de segurança e efetividade. Isso requer uma fundamentação que deixe explícito se a intervenção corrige ausência de resposta administrativa, erro de aplicação do protocolo ou falha na avaliação de dados clínicos (Wang, 2021).

Em determinados casos, determinar uma nova decisão fundamentada poderá ser juridicamente mais adequado que substituir imediatamente a escolha terapêutica realizada pelos órgãos responsáveis. Tal solução não pressupõe deferência automática a toda manifestação administrativa, que pode conter falhas de

instrução, motivação e prazo, exigindo fundamentação judicial capaz de identificar o vício concreto, demonstrar suas consequências para o paciente e escolher providência proporcional, sem alterar indiretamente todo o planejamento terapêutico por meio de um único caso (Wang, 2021).

A tutela de urgência torna visível a dificuldade temporal do processo, pois, diante de risco de agravamento irreversível, aguardar a instrução completa pode tornar o julgamento final ineficaz, razão pela qual medidas provisórias são indispensáveis em determinadas situações. Sua concessão, porém, não precisa prescindir de informações mínimas sobre diagnóstico, alternativas existentes, histórico terapêutico e segurança do medicamento (Lima, 2017).

A legitimidade de exigir um tratamento não exclui o dever de examinar a judicialização à luz da igualdade, uma vez que, em um regime constitucional de acesso universal, o êxito de demandas individuais pode reproduzir diferenças entre quem dispõe e quem não dispõe de condições materiais para demandar. O direito de ação não pode ser limitado pela simples suspeita de repercussão orçamentária, mas o desenho das providências judiciais pode ser aperfeiçoado para produzir informações úteis à administração e evitar privilégios injustificáveis. O horizonte normativo permanece a realização do direito social por meio de serviços comuns, acessíveis e contínuos (Ferraz, 2019).

2.4 PARÂMETROS DO SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL PARA MEDICAMENTOS E COMPETÊNCIA

A jurisprudência constitucional passou por processo de sistematização no qual o fornecimento de medicamentos deixou de ser discutido somente à luz de afirmações abrangentes sobre a proteção da vida. A consolidação de teses de repercussão geral buscou definir condições, responsabilidades e limites para decisões proferidas em casos individuais, sem que a força desses precedentes decorra da imposição de fórmulas indiferentes à realidade clínica (Brasil, 2024).

Seu alcance está na exigência de que o processo apresente elementos verificáveis sobre a situação do paciente, a resposta da administração e o conhecimento científico disponível. Esse movimento reconhece a possibilidade de controle judicial, mas procura impedir que a ausência de critérios técnicos produza determinações incompatíveis com a segurança sanitária e a estrutura do SUS, exigindo que os precedentes sejam aplicados a partir da situação do medicamento nas políticas públicas e do fundamento concreto para eventual concessão excepcional (Brasil, 2024).

No Tema 793, associado ao Recurso Extraordinário nº 855.178, o Supremo reafirmou a responsabilidade solidária dos entes federados pelas prestações de saúde. A tese não autoriza ignorar as regras de descentralização e hierarquização do SUS, pois a autoridade judicial deve direcionar o cumprimento conforme a repartição de competências e determinar o ressarcimento a quem suportou encargo correspondente a ente diverso (Brasil, 2019b).

O Tema 500, julgado no Recurso Extraordinário nº 657.718, estabeleceu que o Estado não pode ser obrigado a fornecer medicamentos experimentais. A falta de registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária impede, como regra, o fornecimento por ordem judicial, sendo necessário manter claramente separadas essa proibição e as hipóteses excepcionais reconhecidas no próprio julgamento (Brasil, 2019a).

Uma necessidade clínica urgente, isoladamente, não transforma um produto não registrado em prestação exigível do Estado. A tese admite exceção restrita em hipóteses de demora irrazoável na análise do pedido de registro e condiciona essa possibilidade a requisitos específicos relacionados ao procedimento de registro, à aprovação em agências reguladoras estrangeiras reconhecidas e à inexistência de alternativa terapêutica registrada no Brasil, devendo as ações nessas condições ser propostas contra a União (Brasil, 2019a).

A distinção entre ausência de registro e ausência de incorporação é indispensável para evitar raciocínios juridicamente imprecisos. O registro sanitário envolve a autorização regulatória para comercialização e uso de um medicamento, enquanto a incorporação considera sua oferta no sistema público segundo critérios clínicos e econômicos, razão pela qual um produto pode estar registrado na Anvisa e, ainda assim, não integrar os protocolos e listas do SUS (Brasil, 2019a).

O Tema 6, concluído no Recurso Extraordinário nº 566.471 com fixação da tese em 2024, adotou como regra a impossibilidade de concessão judicial de medicamentos não constantes das listas de dispensação do SUS, independentemente do custo. A regra não é absoluta, pois o julgamento reconheceu uma via excepcional para medicamentos registrados na Anvisa e não incorporados à política pública. A excepcionalidade desloca a análise do simples valor do produto para um conjunto de requisitos clínicos, administrativos e científicos, cuja comprovação deve ser feita pela parte autora, não sendo suficiente, para a concessão, que o tratamento tenha sido prescrito ou apresente preço elevado (Brasil, 2024).

Entre as condições cumulativas do Tema 6 estão a negativa na via administrativa e a identificação de ilegalidade no ato de não incorporação, de ausência de pedido de incorporação ou de mora na apreciação correspondente. A tese exige verificar o procedimento institucional e a legislação aplicável, tornando inadequada a concessão fundada exclusivamente na gravidade da doença e impondo o exame da conduta administrativa a partir de questões que nem sempre são formuladas na petição inicial (Brasil, 2024).

A reconstrução do procedimento exige verificar se houve pedido de avaliação da tecnologia e se a administração respondeu dentro do prazo aplicável, permitindo identificar ilegalidades sem presumir que todo resultado desfavorável ao requerente seja arbitrário. A negativa deve ser examinada à luz do caso concreto e das razões apresentadas pelo gestor, pois a decisão que ignora essa etapa deixa de distinguir falha operacional, opção técnica fundamentada e descumprimento de dever legal (Brasil, 2024).

A impossibilidade de substituição por medicamento disponível nas listas do SUS constitui condição expressa para a concessão excepcional. O requisito impede que a preferência por marca ou tecnologia mais

recente seja confundida com necessidade clínica insubstituível, cuja comprovação depende do histórico terapêutico, da existência de contraindicações e efeitos adversos e da resposta individual ao tratamento padronizado (Brasil, 2024).

A exigência científica estabelecida no Tema 6 é particularmente rigorosa, pois, para a obtenção de medicamento registrado e não incorporado, a eficácia, a acurácia, a efetividade e a segurança devem estar apoiadas em evidências de alto nível, identificadas na tese como ensaios clínicos randomizados e revisões sistemáticas ou metanálises (Brasil, 2024).

A valorização de evidências robustas não impede que o julgador compreenda a singularidade do quadro clínico, mas estabelece um limite para a inferência realizada a partir desse quadro. Esse padrão busca impedir que a excepcionalidade se apoie em relatos isolados ou em promessas terapêuticas ainda não confirmadas, exigindo atenção às características do estudo apresentado e à pertinência de seus resultados para o quadro do paciente, sem confundir a mera existência de publicação com comprovação científica suficiente (Brasil, 2024).

A imprescindibilidade clínica deve ser demonstrada por laudo médico fundamentado, com descrição dos tratamentos já realizados, e o paciente precisa comprovar incapacidade financeira para suportar o custo. A exigência de fundamentação não equivale a desconsiderar a experiência do profissional assistente, que permanece importante para descrever o quadro individual (Brasil, 2024).

O mesmo Tema 6 estabeleceu deveres específicos para a fundamentação das decisões, exigindo que a autoridade judicial examine o ato administrativo dentro dos limites do controle de legalidade e consulte o Núcleo de Apoio Técnico do Poder Judiciário, sempre que disponível, ou especialistas com conhecimento adequado à matéria. A tese afasta expressamente decisões amparadas apenas na prescrição ou no laudo apresentado pela parte demandante (Brasil, 2024).

O Tema 1.234, examinado no Recurso Extraordinário nº 1.366.243, disciplinou a competência e as responsabilidades públicas nas demandas por medicamentos registrados na Anvisa e não incorporados ao SUS. Para essas ações, a competência é da Justiça Federal quando o valor anual do tratamento, apurado segundo o Preço Máximo de Venda do Governo nos critérios definidos pelo STF, for igual ou superior a 210 salários mínimos (Brasil, 2026).

Esse parâmetro de valor repercute sobre o modo de formular e examinar o pedido, pois não basta indicar que se trata de medicamento de alto custo quando a competência depende do cálculo previsto no julgamento e das circunstâncias processuais que delimitam sua incidência. A fixação do juízo competente não depende apenas do orçamento particular apresentado pela parte, pois exige a observância dos parâmetros oficiais, das distinções entre tecnologias e da modulação estabelecida pela Corte (Brasil, 2026).

O desdobramento de fevereiro de 2026 tornou mais específica a disciplina dos tratamentos oncológicos, quando o Supremo referendou acordo entre os entes federativos que manteve, até nova

pactuação homologada, o ressarcimento pela União de 80% das despesas suportadas por estados e municípios com medicamentos oncológicos fornecidos em cumprimento de decisões judiciais. Quanto aos fármacos oncológicos incorporados ao SUS, as ações relativas à aquisição centralizada pelo Ministério da Saúde pertencem à Justiça Federal, com fornecimento pela União. Nas modalidades de negociação nacional ou aquisição descentralizada, a competência e o fornecimento seguem a organização estadual e municipal (Brasil, 2026).

As regras de transição exigem aplicação cuidadosa, sobretudo porque, em 2024, o Tribunal esclareceu que os efeitos da definição de competência do Tema 1.234 alcançam as ações propostas após a publicação do resultado do julgamento de mérito, preservando a tramitação dos processos anteriores. Dessa forma, uma orientação destinada a uniformizar a competência não deve provocar remessas processuais automáticas sem exame do momento em que a demanda foi proposta (Brasil, 2026).

No ajuste específico da assistência oncológica, referendado em 19 de fevereiro de 2026, os novos parâmetros de competência têm eficácia prospectiva para ações ajuizadas depois de 22 de outubro de 2025. Posteriormente, na sessão virtual encerrada em 25 de setembro de 2026, foram rejeitados novos embargos de declaração, de modo que a aplicação do entendimento exige considerar a espécie de medicamento e a data do ajuizamento antes de qualquer deslocamento processual (Brasil, 2026).

Embora próximos, os Temas 6 e 1.234 enfrentam questões distintas, já que o primeiro estabelece requisitos materiais para o deferimento excepcional de medicamentos registrados e não incorporados, exigindo comprovação administrativa, clínica e científica. O segundo organiza competência, custeio, ressarcimento e procedimentos de análise, com atualizações específicas para a oncologia (Brasil, 2026).

2.5 EQUIDADE, EVIDÊNCIA CIENTÍFICA E CAMINHOS DE APERFEIÇOAMENTO INSTITUCIONAL

A compatibilização entre tutela individual e universalidade do SUS depende de compreender a equidade como critério concreto de organização do cuidado. Pessoas com necessidades clínicas diferentes podem exigir respostas diferentes, mas essas distinções precisam ser justificadas por razões públicas e aplicáveis a situações equivalentes, especialmente porque o processo judicial individual não conhece necessariamente todas as demandas que disputam os mesmos recursos, o que reforça a importância das avaliações populacionais e dos protocolos clínicos (Ferraz, 2019).

O argumento orçamentário precisa ser submetido a prova e debate, em vez de funcionar como fórmula automática de defesa do poder público. A alegação genérica de indisponibilidade financeira não revela como os recursos estão alocados, se determinada obrigação foi planejada ou se houve falha de execução, exigindo análise sobre a previsão da prestação em protocolo, a eventual interrupção de fornecimento e a existência de avaliação ainda pendente (Vieira, 2023).

A transparência dessas informações permite discutir escolhas concretas, em vez de opor, de modo abstrato, o direito do paciente à sustentabilidade financeira do sistema. Em direção oposta, seria equivocado afirmar que o impacto econômico nunca importa, sobretudo quando uma decisão pode comprometer significativamente programas assistenciais ou preventivos e exige conhecimento sobre suas consequências previsíveis. A discussão juridicamente séria requer dados de custos, alternativas terapêuticas e condições reais de financiamento, preservando a distinção entre despesa necessária e aquisição sem benefício demonstrado (Vieira, 2023).

A ideia de reserva do possível não pode ser tratada como licença para descumprir direitos, pois seu uso constitucionalmente defensável exige explicitar limites materiais concretos e demonstrar que o poder público adotou escolhas transparentes e não discriminatórias diante das necessidades em disputa. Da mesma forma, a referência ao mínimo existencial não dispensa o exame da adequação da prestação requerida (Sarlet, 2007).

A incorporação de tecnologias não pode ser compreendida como ato imutável, uma vez que o desenvolvimento de pesquisas, a demonstração de novas indicações e a alteração de preços podem justificar revisões dos protocolos e das listas oficiais. A possibilidade de revisar decisões de incorporação exige procedimento acessível às novas informações científicas e ao acompanhamento dos resultados produzidos na prática assistencial (Brasil, 2011).

A legislação já prevê procedimentos de avaliação, participação social e prazos para apreciação, justamente para que a administração responda a mudanças no conhecimento científico. Quando esses processos são injustificadamente retardados ou conduzidos em desconformidade com as normas aplicáveis, abre-se espaço para controle judicial que recupere a legalidade sem presumir, desde logo, que a tecnologia deva ser incorporada em todos os casos (Brasil, 2011).

A motivação das negativas administrativas constitui medida de impacto institucional, pois a resposta entregue ao usuário deve identificar se o tratamento está previsto no SUS, qual condição do protocolo não foi preenchida, se existe alternativa disponível e qual procedimento permite revisão do caso. A clareza evita que informações essenciais sejam produzidas somente depois do ajuizamento de ação e permite ao paciente discutir a decisão com seu profissional de saúde (Conselho Nacional de Justiça, 2023).

A política instituída pela Resolução nº 530, de 2023, do Conselho Nacional de Justiça orienta uma atuação coordenada na resolução adequada das demandas de assistência à saúde. Suas diretrizes incluem cooperação entre instituições, apoio técnico científico, acompanhamento de dados e estímulo a métodos consensuais, sem retirar do cidadão a garantia de acesso ao Judiciário, visto que a proposta é melhorar a qualidade das respostas oferecidas, inclusive por meio da prevenção de litígios em situações nas quais o conflito poderia ser resolvido por fluxo administrativo regular, informação adequada ou articulação entre gestores (Conselho Nacional de Justiça, 2023).

As soluções consensuais são particularmente promissoras quando a controvérsia decorre de falta de informação, interrupção de fornecimento ou dificuldade de encaminhamento entre unidades assistenciais. Em situações dessa natureza, um procedimento de diálogo com profissionais de saúde e gestores pode permitir solução mais rápida que a execução fragmentada de sucessivas ordens judiciais, especialmente quando a pessoa recebe explicação clara sobre o motivo da negativa e sobre a alternativa efetivamente disponível, tornando possível atender sua necessidade sem ação judicial (Conselho Nacional de Justiça, 2023).

Se a assistência permanece interrompida ou a resposta é insuficiente, o registro dessa tentativa anterior ajuda a delimitar o conflito. O acordo, porém, não pode impor renúncia forçada a direitos nem substituir a avaliação clínica por mera conveniência burocrática, pois a legitimidade da via consensual depende de transparência, registro das decisões e preservação da possibilidade de controle judicial quando subsistir ilegalidade ou risco ao paciente (Conselho Nacional de Justiça, 2023).

O acompanhamento de decisões judiciais deve considerar mais que valores pagos e quantidade de ações encerradas, exigindo a compreensão dos motivos das negativas, do tempo entre solicitação e atendimento, da natureza da tecnologia exigida e da existência de alternativas oferecidas pelos serviços. Sem dados suficientemente desagregados, a administração pode concentrar esforços apenas em despesas visíveis e deixar intocadas causas recorrentes de desassistência (Vieira, 2023).

O debate público sobre judicialização é prejudicado por generalizações que apresentam todas as demandas como conquistas democráticas ou como ameaça às políticas sanitárias. Os estudos disponíveis apontam heterogeneidade de casos e exigem cuidado com conclusões retiradas de amostras restritas, de maneira que a discussão baseada em evidências precisa reconhecer a importância de proteger pessoas diante de omissões e, simultaneamente, investigar as hipóteses em que a litigância altera prioridades de forma regressiva (Wang, 2021).

No plano processual, a fundamentação adequada deve reconstruir o caminho seguido pelo paciente antes da ação, identificando a solicitação administrativa, as providências adotadas pelo serviço, a razão da negativa, o risco de aguardar nova avaliação e as provas sobre eventual inexistência de substituto terapêutico. A documentação organizada beneficia inclusive a análise da urgência, pois permite distinguir a demora que compromete o tratamento daquela que admite instrução mais aprofundada (Brasil, 2024).

A exigência de prova deve permanecer proporcional à situação clínica, sem ignorar obstáculos enfrentados por usuários que não conseguem reunir prontamente todos os registros necessários. Quando se tratar de prestação padronizada, o cumprimento imediato poderá ser suficiente, enquanto os casos de tecnologia não incorporada exigem exame cumulativo e rigoroso dos requisitos jurisprudenciais, sem dispensar a consulta técnica (Brasil, 2024).

A cooperação entre Judiciário, gestores e órgãos técnicos não pode criar espaços de decisão inacessíveis à pessoa que necessita de tratamento. Os mecanismos institucionais precisam preservar a participação das partes, a motivação das avaliações e a possibilidade de contestar informações técnicas insuficientes, pois o conhecimento especializado melhora a qualidade do julgamento quando seus fundamentos se tornam compreensíveis e submetidos ao contraditório (Lima, 2017).

Uma atuação jurisdicional coerente com o artigo 196 deve produzir incentivos institucionais para corrigir falhas coletivas e não apenas multiplicar entregas excepcionais. Sempre que a litigância reiterada demonstrar desabastecimento ou negativa sistemática de direito já assegurado, haverá razão para exigir respostas administrativas capazes de alcançar todos os usuários afetados (Ferraz, 2019).

3 CONCLUSÃO

A investigação demonstrou que a judicialização da saúde decorre do encontro entre uma garantia constitucional exigível e dificuldades concretas de acesso aos serviços e tratamentos. Os artigos 6º e 196 da Constituição não permitem tratar a assistência como liberalidade estatal, pois reconhecem a saúde como direito social de todos e impõem a organização de políticas voltadas à prevenção e ao atendimento universal e igualitário (Brasil, 1988).

A recusa de tratamento previsto no SUS pode demandar cumprimento imediato de obrigação definida, enquanto uma solicitação de medicamento não incorporado exige escrutínio técnico e jurídico mais amplo. Nessa perspectiva, a intervenção judicial encontra fundamento legítimo diante de omissões ou negativas ilegais, especialmente quando o poder público deixa de assegurar prestações já previstas e necessárias à continuidade do cuidado (Brasil, 1988).

A análise da estrutura do Sistema Único de Saúde mostrou que o cumprimento do direito depende de ações coordenadas, de financiamento, de organização regional e de avaliação técnica das tecnologias empregadas. A prestação isolada obtida em juízo pode salvar uma situação concreta, mas não reproduz o funcionamento de uma política pública capaz de alcançar pessoas que sequer tiveram condições de formular uma demanda (Brasil, 1990).

As teses fixadas pelo Supremo Tribunal Federal indicam uma mudança no modo de examinar ações sobre medicamentos. Os parâmetros de registro sanitário, incorporação ao SUS, negativa administrativa, evidência científica e imprescindibilidade clínica permitem distinguir o descumprimento de obrigações existentes dos pedidos excepcionais. A padronização dos critérios, entretanto, não dispensa o exame das razões que levaram o paciente a buscar o Judiciário, sobretudo quando os documentos evidenciam descumprimento de prestação ordinária (Brasil, 2024).

Em outras, será preciso avaliar justificativas clínicas para afastar alternativas padronizadas e demonstrar os requisitos específicos da concessão excepcional. A exigência de consulta técnica e de

fundamentação qualificada tende a reduzir decisões construídas apenas em torno da gravidade da doença e da prescrição apresentada, mas o avanço dessa orientação dependerá de aplicação cuidadosa aos fatos, sem transformar requisitos jurídicos em formalidades incapazes de perceber situações clínicas efetivamente diferenciadas (Brasil, 2024).

A repartição de responsabilidades federativas e a definição do juízo competente integram a própria efetividade da prestação, razão pela qual o regime firmado pelo Supremo busca impedir que o cidadão suporte as consequências da desarticulação entre os gestores, sem descuidar da identificação do ente responsável pelo custeio. Com o ajuste de 2026 para medicamentos oncológicos, a forma de aquisição e a data da ação passaram a exigir exame específico, enquanto o ressarcimento interfederativo ganhou disciplina expressa (Brasil, 2026).

Os riscos distributivos da judicialização não desaparecem porque uma ordem resolve a situação de quem ajuizou a ação. Quando recursos são mobilizados sem critérios transparentes e sem avaliação do benefício clínico, podem surgir diferenças injustificadas no atendimento de pacientes em condições semelhantes (Vieira, 2023).

A correção das causas recorrentes pode ampliar o alcance da proteção, inclusive para usuários que não participaram das ações analisadas, desde que o enfrentamento dessas repercussões se apoie em dados confiáveis, análise específica das prestações requeridas e medidas voltadas à superação de falhas administrativas reiteradas. O questionamento de determinados efeitos da litigância não implica negar acesso à Justiça, mas reconhecer que o mesmo direito constitucional protege as pessoas que permanecem fora do processo (Vieira, 2023).

Entre as medidas institucionais capazes de aprimorar o cenário, destacam-se respostas administrativas fundamentadas, transparência dos protocolos, funcionamento de canais de revisão, fortalecimento do apoio técnico e cooperação entre instituições. Procedimentos consensuais podem resolver conflitos evitáveis e melhorar o tempo de atendimento, desde que não se convertam em barreira para a apreciação judicial de violações persistentes (Conselho Nacional de Justiça, 2023).

Conclui-se que a judicialização pode constituir garantia constitucional efetiva quando restaura o acesso, exige cumprimento da legalidade e estimula melhorias generalizáveis nas políticas de saúde. Seus resultados devem ser avaliados não apenas pela concessão ou recusa de um tratamento, mas pela qualidade da justificativa, pela segurança clínica e pela preservação de condições igualitárias de cuidado. A tarefa jurídica não consiste em escolher entre o sofrimento individual e o interesse coletivo como se fossem realidades incompatíveis, mas em construir respostas responsáveis que protejam a pessoa sem desconsiderar aquelas que permanecem abrangidas pelo compromisso constitucional de universalidade (Ferraz, 2019).

REFERÊNCIAS

BARROSO, Luís Roberto. Da falta de efetividade à judicialização excessiva: direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros para a atuação judicial. **Jurisprudência Mineira**, Belo Horizonte, v. 60, n. 188, p. 35-50, jan./mar. 2009.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, 1988.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Brasília, DF: Presidência da República, 1990.

BRASIL. **Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011**. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Presidência da República, 2011.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Recurso Extraordinário nº 657.718 (Tema 500):** dever do Estado de fornecer medicamento não registrado pela Anvisa. Relator: ministro Marco Aurélio. Redator para o acórdão: ministro Luís Roberto Barroso. Julgamento em 22 maio 2019. Brasília, DF: STF, 2019a.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Recurso Extraordinário nº 855.178 (Tema 793):** responsabilidade solidária dos entes federados nas demandas de saúde. Relator: ministro Luiz Fux. Redator para o acórdão dos embargos de declaração: ministro Edson Fachin. Julgamento em 23 maio 2019. Brasília, DF: STF, 2019b.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Recurso Extraordinário nº 566.471 (Tema 6):** fornecimento excepcional de medicamento não incorporado ao SUS. Relator: ministro Marco Aurélio. Redator para o acórdão: ministro Luís Roberto Barroso. Tese fixada em setembro de 2024. Brasília, DF: STF, 2024.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Recurso Extraordinário nº 1.366.243 (Tema 1.234):** competência e responsabilidade federativa em demandas por medicamentos. Relator: ministro Gilmar Mendes. Julgamento de mérito em 16 set. 2024, decisão referendada em 19 fev. 2026 e embargos rejeitados em setembro de 2026. Brasília, DF: STF, 2026.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA (Brasil). **Resolução nº 530, de 10 de novembro de 2023**. Institui a Política Judiciária de Resolução Adequada das Demandas de Assistência à Saúde. Brasília, DF: CNJ, 2023.

DALLARI, Sueli Gandolfi. O direito à saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 57-63, 1988.

FERRAZ, Octávio Luiz Motta. Para equacionar a judicialização da saúde no Brasil. **Revista Direito GV**, São Paulo, v. 15, n. 3, e1934, 2019.

LIMA, George Marmelstein. You can't always get what you want: repensando a judicialização da saúde com base no fornecimento de medicamentos. **Revista de Informação Legislativa**, Brasília, v. 54, n. 216, p. 105-130, out./dez. 2017.

SARLET, Ingo Wolfgang. Algumas considerações em torno do conteúdo, eficácia e efetividade do direito à saúde na Constituição de 1988. **Revista Eletrônica sobre a Reforma do Estado**, Salvador, n. 11, set./nov. 2007.

VIEIRA, Fabiola Sulpino. Judicialização e direito à saúde no Brasil: uma trajetória de encontros e desencontros. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 57, artigo 1, 2023.

WANG, Daniel Wei Liang. Revisitando dados e argumentos no debate sobre judicialização da saúde. **Revista Estudos Institucionais**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 849-869, 2021.