# RESSALVA

Atendendo solicitação do autor, o texto completo desta tese será disponibilizado somente a partir de 31/03/2028.

**UNESP - Universidade Estadual Paulista**
**"Júlio de Mesquita Filho"**
**Faculdade de Odontologia de Araraquara**

**Gabriel de Oliveira Silva**

# Acesso à saúde e sua judicialização: análise de legislações nacionais e demandas judiciais no Brasil, Espanha, Portugal e Estados Unidos à luz do direito comparado

**Araraquara**

**2026**

**UNESP - Universidade Estadual Paulista**

**"Júlio de Mesquita Filho"**

**Faculdade de Odontologia de Araraquara**

**Gabriel de Oliveira Silva**

# Acesso à saúde e sua judicialização: análise de legislações nacionais e demandas judiciais no Brasil, Espanha, Portugal e Estados Unidos à luz do direito comparado

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Área de Biociências e Ciências Forenses, da Faculdade de Odontologia de Araraquara da Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho" como requisito para obtenção do título de Doutor em Odontologia.

**Orientadora: Profª. Drª. Mônica da Costa Serra**

**Araraquara**

**2026**

S586a

Silva, Gabriel de Oliveira

Acesso à saúde e sua judicialização : análise de legislações nacionais e demandas judiciais no Brasil, Espanha, Portugal e Estados Unidos à luz do direito comparado / Gabriel de Oliveira Silva. -- Araraquara, 2026

90 p. : il.

Tese (doutorado) - Universidade Estadual Paulista (UNESP), Faculdade de Odontologia, Araraquara

Orientadora: Mônica da Costa Serra

1. Saúde. 2. Judicialização. 3. Direito Internacional. 4. Estados Unidos. 5. Espanha. I. Título.

Sistema de geração automática de fichas catalográficas da Unesp. Dados fornecidos pelo autor(a).

**Gabriel de Oliveira Silva**

**Acesso à saúde e sua judicialização: análise de legislações nacionais e demandas judiciais no Brasil, Espanha, Portugal e Estados Unidos à luz do direito comparado**

**Comissão Julgadora**

**Tese apresentada para obtenção do grau de Doutor em Odontologia**

Presidente e Orientadora: Profª. Drª. Mônica da Costa Serra

2º Examinador: Prof. Dr. José Scarso Filho

3º Examinador: Prof.ª Dr.ª Carla Aparecida Arena Ventura

4º Examinador: Prof.ª Dr.ª Maria Inês Guimarães

Araraquara, 31 de março de 2026.

## DADOS CURRICULARES

### Gabriel de Oliveira Silva

NASCIMENTO: 02 de julho de 1992 – Guarulhos-São Paulo

FILIAÇÃO: Karina de Oliveira Silva
José Fernandes da Silva Filho

2010-2014

Graduação em Direito pela Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo/SP.

2020-2022

Mestre em Direito e Gestão de Conflitos, pela Universidade de Araraquara – UNIARA, Araraquara/SP

2022-2026

Doutorando em Odontologia, área de concentração Ciências Forenses, pela Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Faculdade de Odontologia de Araraquara – FOAr/UNESP, Araraquara/SP.

## AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Prof.ª Dr.ª Mônica da Costa Serra, pelos ensinamentos, paciência e companheirismo durante a minha jornada. Com os devidos respeito e reverência, levo daqui uma amizade para a vida.

Estendo igualmente meus agradecimentos ao Prof. Clemente, cuja presença constante e apoio, muitas vezes nos bastidores deste trabalho acadêmico, contribuíram de forma generosa e significativa para o desenvolvimento desta trajetória.

Aos alunos de Ciências Forenses da FOAr: Paulo, Joingle, Adrielly, Ana, Lucas.

Às demais amizades que fiz na UNESP: André, Jéssica, Bruno, Bolival e tantos outros que cruzaram meu caminho no doutorado.

À Defensoria Pública da União, agradecimento que faço na pessoa da minha ex-chefe e amiga Célia Patrícia. Se não fosse sua compreensão pessoal e institucional, jamais conseguiria trilhar o caminho acadêmico.

Já que a doutrina jurídica se atualizou para reconhecer a existência de “famílias multiespécies”, à Jojo, que surgiu em nossas vidas como verdadeira forma de apoio emocional em tempos difíceis.

À minha família. Mas, especialmente, à minha avó, que não passa uma semana sem perguntar como andam as coisas, mesmo sem entender absolutamente nada do que eu estava fazendo na pós-graduação.

Por fim – e mais importante – ao amor da minha vida, Evelin. Não seria metade do homem que sou sem você.

Silva GO. Acesso à saúde e sua judicialização: análise de legislações nacionais e demandas judiciais no Brasil, Espanha, Portugal e Estados Unidos à luz do direito comparado [tese de doutorado]. Araraquara: Faculdade de Odontologia da UNESP; 2026.

**RESUMO**

O presente trabalho tem como objetivo principal a análise do grau de judicialização do acesso à saúde no Brasil em comparação com os Estados Unidos, a Espanha e Portugal. Fundamentado no Direito Comparado, o estudo busca verificar o que as Constituições e legislações ordinárias desses países preveem como direito ao acesso à saúde e analisar a demanda judicial em cada um, levantando dados sobre o número de processos e comparando-os. A pesquisa está estruturada em três publicações, sendo que as duas primeiras já apresentaram resultados comparativos consolidados. A Publicação 1 comparou a legislação e a judicialização entre Brasil e Espanha (de 2020 a 2024). A análise legislativa demonstrou que ambos os países consagram o direito à proteção da saúde, com o Brasil estabelecendo o Sistema Único de Saúde (SUS) universal e integral, e a Espanha estruturando o Sistema Nacional de Salud (SNS) universal e de gestão descentralizada. Contudo, observou-se uma disparidade acentuada na intensidade do litígio: o Brasil apresentou um crescimento exponencial no número de processos judiciais, com a proporção de ações por população triplicando, impulsionado pelo setor de saúde suplementar. Em contraste, a Espanha demonstrou estabilidade e um volume absoluto muito inferior de litígios, mantendo a proporção de ações judiciais por população baixa e constante. A Publicação 2 realizou a análise comparativa entre Brasil e Portugal (de 2020 a 2023). Semelhante à Espanha, Portugal garante o direito à proteção da saúde por meio do Serviço Nacional de Saúde (SNS), que é universal e tendencialmente gratuito. O estudo reforçou a tendência brasileira de crescimento exponencial e volátil no número de processos judiciais, no qual a proporção de ações por habitante triplicou. Por outro lado, Portugal apresentou um aumento contínuo, porém estável e em volume absoluto relativamente baixo de ações, sugerindo maior previsibilidade institucional e menor permeabilidade ao acionamento judicial. As conclusões das duas primeiras publicações indicam que o fenômeno da judicialização no Brasil é desproporcionalmente mais intenso e acelerado do que na Espanha e em Portugal. A Publicação 3 realizou a análise comparativa entre o Brasil e os Estados Unidos no período de 2020 a 2024, evidenciando diferenças estruturais relevantes entre os sistemas de saúde. Enquanto o Brasil consagra constitucionalmente a saúde como direito fundamental, organizado por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), os Estados Unidos não reconhecem expressamente esse direito em nível constitucional, adotando um modelo predominantemente privado, complementado por programas assistenciais segmentados, como Medicare e Medicaid. A análise empírica indicou que o Brasil apresentou crescimento expressivo e contínuo da judicialização do acesso à saúde, com aumento da proporção de ações em relação à população. Em contraste, os Estados Unidos registraram volume absoluto inferior de litígios e relativa estabilidade ao longo do período analisado.

**Palavras-chaves:** Saúde; Judicialização da saúde; Direito internacional; Estados Unidos; Espanha; Portugal.

Silva GO. Access to Health Care and Its Judicialization: analysis of National legislations and legal claims in Brazil, Spain, Portugal, and the United States in light of comparative law [tese de doutorado]. Araraquara: Faculdade de Odontologia da UNESP; 2026.

**ABSTRACT**

The present study has as its main objective the analysis of the degree of judicialization of access to healthcare in Brazil compared with the United States, Spain, and Portugal. Based on Comparative Law, the research seeks to examine what the constitutions and ordinary legislation of these countries establish regarding the right to healthcare access and to analyze the judicial demand in each of them by gathering data on the number of lawsuits and comparing them. The study is structured into three publications, the first two of which have already presented consolidated comparative results. Publication 1 compared the legislation and the judicialization of healthcare between Brazil and Spain (from 2020 to 2024). The legislative analysis showed that both countries enshrine the right to health protection, with Brazil establishing the Unified Health System (SUS), which is universal and comprehensive, and Spain structuring the National Health System (SNS), which is universal and decentralized. However, a marked disparity was observed in the intensity of litigation: Brazil exhibited exponential growth in the number of lawsuits, with the proportion of cases per population tripling, driven largely by the supplementary health sector. In contrast, Spain showed stability and a much lower absolute volume of litigation, maintaining a low and constant proportion of lawsuits per inhabitant. Publication 2 conducted a comparative analysis between Brazil and Portugal (from 2020 to 2023). Similar to Spain, Portugal guarantees the right to health protection through the Serviço Nacional de Saúde (SNS), which is universal and tends to be free of charge. The study reinforced the Brazilian trend of exponential and volatile growth in the number of judicial cases, in which the proportion of lawsuits per inhabitant tripled. Portugal, on the other hand, presented steady and continuous growth, though in a relatively low absolute volume, suggesting greater institutional predictability and lower susceptibility to judicial intervention. The conclusions of the first two publications indicate that the phenomenon of judicialization in Brazil is disproportionately more intense and accelerated than in Spain and Portugal. Publication 3 conducted a comparative analysis between Brazil and the United States from 2020 to 2024, highlighting relevant structural differences between their healthcare systems. While Brazil constitutionally enshrines health as a fundamental right, organized through the Unified Health System (SUS), the United States does not expressly recognize health as a constitutional right, adopting a predominantly private model supplemented by segmented public assistance programs such as Medicare and Medicaid. The empirical analysis indicated that Brazil experienced a significant and continuous increase in the judicialization of access to healthcare, with a rising proportion of lawsuits relative to the population. In contrast, the United States showed a lower absolute volume of litigation and relative stability throughout the analyzed period.

**Keywords**: Health; Health's judicialization; International law; United States; Spain; Portugal.

**SUMÁRIO**

**1 INTRODUÇÃO .....8**

**2 PROPOSIÇÃO .....13**
**2.1 Objetivo Geral.....13**
**2.2 Objetivos Específicos .....13**

**3 PUBLICAÇÕES.....14**
**3.1 Publicação 1.....14**
**3.2 Publicação 2.....35**
**3.2 Publicação 3.....58**

**4 CONCLUSÃO .....82**

**REFERÊNCIAS .....85**

**APÊNDICE A .....87**

## 1 INTRODUÇÃO

A Constituição Federal brasileira prevê, em seu artigo 196, que a saúde é direito de todos e dever do Estado. Através do sistema constitucional vigente, todos os entes federativos possuem competência e responsabilidade quanto à estruturação dos serviços de saúde que, conforme expressamente previsto, devem ser universais e integrais[1]. Em razão desta disposição, o Supremo Tribunal Federal mantém posicionamento jurisprudencial pacífico no sentido de que embora de caráter programático, o direito constitucional à saúde deve ser garantido pelo Estado em casos concretos, sendo de responsabilidade solidária da União, Estado e Município[2]. Tal posicionamento da Corte Suprema brasileira se manteve ao longo dos anos, existindo diversas decisões reafirmando a indisponibilidade deste direito[3], bem como o fato de que as políticas públicas para sua concretização devem ser observadas no plano fático:

> O direito à saúde – além de qualificar-se como direito fundamental que assiste a todas as pessoas – representa consequência constitucional indissociável do direito à vida. O poder público, qualquer que seja a esfera institucional de sua atuação no plano da organização federativa brasileira, não pode mostrar-se indiferente ao problema da saúde da população, sob pena de incidir, ainda que por censurável omissão, em grave comportamento inconstitucional. A interpretação da norma programática não pode transformá-la em promessa constitucional inconsequente. O caráter programático da regra inscrita no art. 196 da Carta Política – que tem por destinatários todos os entes políticos que compõem, no plano institucional, a organização federativa do Estado brasileiro – não pode converter-se em promessa constitucional inconsequente, sob pena de o poder público, fraudando justas expectativas nele depositadas pela coletividade, substituir, de maneira ilegítima, o cumprimento de seu impostergável dever, por um gesto irresponsável de infidelidade governamental ao que determina a própria Lei Fundamental do Estado[4].

Estas decisões proferidas pelo Supremo Tribunal Federal concretizam e garantem, portanto, a efetividade de um direito fundamental e humano, preservando a vida digna dos cidadãos brasileiros e migrantes residentes no país. E não poderia ser diferente. Direitos sociais, tal como o direito à saúde, devem ser considerados direitos fundamentais, assim como os direitos de natureza política. Isso porque direito sociais apresentam uma dimensão positiva (já que, para sua garantia, o Estado e sociedade devem atuar) e negativa (como forma de proteção de indevidas intervenções por parte de terceiros). A partir de tal perspectiva, passou-se a discutir

na doutrina e jurisprudência pátria, a contraposição de duas teses distintas quanto à efetivação do direito à saúde: a garantia do mínimo existencial e a reserva do possível. Enquanto a primeira posição sustenta a necessidade de o Estado garantir o mínimo necessário para a vida com dignidade, incluindo o direito à saúde, a segunda corrente passa a considerar questões orçamentárias e materiais para a garantia de tais direitos, afirmando que direitos que exigem uma prestação positiva do Estado devem ser limitados à própria possibilidade fática e econômica em garanti-los. Contudo, tanto a posição da doutrina especializada quanto das Cortes Superiores é no sentido de que a reserva do possível não é argumento suficiente para negar acesso a direitos que garantem o mínimo existencial para uma vida digna, especialmente quanto ao direito à saúde[5].

Importante ressaltar que, em sua gênese, o direito à saúde foi concebido a partir da crise econômica ocorrida nos países ocidentais no final dos anos 60, levando a consequências nas áreas de políticas públicas de proteção social. Hoje, temos basicamente duas correntes que enxergam a saúde de maneira distintas. Enquanto a primeira trata a saúde de uma perspectiva prioritariamente pública, adotando princípios como o da equidade para a concretização de tal política, a segunda corrente lida com a saúde através de um paradigma econômico, pregando a necessidade de seletividade da ação pública na área[6].

No Brasil, entretanto, apesar da existência das mesmas discussões aqui apresentadas, sempre ficou claro que o modelo de saúde escolhido na atual Constituição Federal é prioritariamente público. Quando da elaboração do texto constitucional, houve efetiva participação social, inclusive nas disposições sobre o direito à saúde. Organizações da sociedade civil, profissionais da área, ativistas e demais representantes do povo apresentam intensa contribuição decisiva para o estabelecimento do modelo constitucional implementado em 1988 e existente até os dias de hoje. Desde então, pesquisadores alertam sobre a necessidade de se concretizar o direito à saúde, devendo o Estado instrumentalizar suas políticas públicas de forma que estas sejam efetivas e alcancem a população. Dessa forma, não há como se falar que o direito à saúde no Brasil deve observar a mera vontade do administrador público[7]. Entretanto, é sabido da existência de verdadeiro abismo entre o que a Constituição Federal prevê como ideal e o cotidiano quanto ao acesso à saúde no Brasil, especialmente da população mais pobre[8].

Como consequência da adoção de tal modelo pelo Brasil, diversas ações judiciais são propostas diariamente em nome daqueles que não conseguem acesso ao devido tratamento médico no sistema público de saúde brasileiro, a fim de que o direito fundamental à saúde seja garantido pelo Poder Judiciário, na omissão do Poder Executivo. Observe-se, contudo, que o aumento da judicialização da saúde nos últimos anos não tem como causa necessariamente a precarização dos serviços assistenciais públicos. Parte considerável do aumento dos casos levados ao Poder Judiciário é imputada pela doutrina à maior conscientização da população quanto a seus direitos, principalmente da população mais vulnerável[9].

Estudo realizado em 2016 demonstra que, quando às ações judiciais que pleitearam medicamentos, decisões liminares favoráveis ao cidadão autor da respectiva ação são concedidas em praticamente todos os casos[10]. Em estudo realizado junto à 2ª Vara da Fazenda Pública Privativa do Tribunal de Justiça do Distrito Federal, dos processos ajuizados entre 2005 e 2010, a maior parte pediu acesso a vagas de internação junto a UTIs. No mesmo estudo, foi possível observar que a grande maioria dos autores eram representados por defensor público, o que indica a vulnerabilidade social e hipossuficiência econômica das pessoas que buscam o Poder Judiciário neste tema em especial[11]. Já em levantamento realizado no Estado de Minas Gerais, foi possível observar que a Defensoria Pública atuou somente em 23,1% dos processos judiciais relacionados ao acesso à saúde. Entretanto, no mesmo estudo, 37,4% dos autores eram aposentados ou pensionistas; 20,8% donos e donas de casa; 8,4% estudantes; e 5,5% desempregados, o que ratifica o perfil hipossuficiente desta parcela da população[12].

No mesmo sentido, estudo realizado perante os Tribunais de Justiça de Pernambuco, Rio Grande do Sul e Minas Gerais, a defensoria pública atuou em 71,5% dos casos, sendo que as decisões liminares pleiteadas foram atendidas em 91,2% dos casos. No mérito, 97,8% das decisões foram favoráveis aos autores, usuários do sistema público de saúde[13].

Entre 2007 e 2008, no Rio de Janeiro, foi possível constatar três principais características dos processos relacionados à saúde pública: (i) as prescrições médicas são individuais; (ii) existe hipossuficiência econômica das partes autoras; e (iii) existe urgência nas demandas apresentadas[14].

Por outro lado, as ações relacionadas à saúde têm predominância individual, não causando impacto positivo à coletividade, mas somente ao autor do processo

judicial[15]. Ainda, várias das ações judiciais têm como pedido medicamentos não incluídos na lista do SUS. No Rio de Janeiro, 80% das ações julgadas em segunda instância tinha como pedido medicamento não disponibilizado administrativamente pelos entes públicos. Essa prevalência também é encontrada no Espírito Santo e Minas Gerais[16].

Esse aumento considerável de demandas relacionadas à saúde levou ao Poder Judiciário, principalmente através do Conselho Nacional de Justiça (CNJ) a adotar uma série de ações a fim de trazer maior eficiência aos julgamentos, dentre elas, destacamos (i) a elaboração de resolução pelo Conselho Nacional de Justiça para regulamentar a atuação do Judiciário; (ii) o Fórum da Saúde para redução da judicialização; (iii) a criação dos Núcleos de Apoio Técnico (NATs) com a criação de um banco de dados de pareceres médicos na área da saúde; (iv) a elaboração de enunciados e cartilhas para atuação dos juízes e juízas nas áreas de biodireito, saúde pública e privada; e (v) o incentivo a mutirões de conciliação e criação de varas especializadas em saúde pública[17].

Todavia, diversos outros países possuem sistemas próprios de saúde, sejam eles públicos ou não. Na Espanha, a Constituição Federal prevê que todos os cidadãos têm o direito à proteção da saúde. O sistema público espanhol apresenta em sua base uma medicina comunitária e familiar[18]. Assim como no Brasil, a Espanha apresenta um serviço nacional de saúde com acesso universal descentralizado[19].

Em Portugal, sistema parecido é utilizado, com enfoque na intervenção familiar e aproximação com a gestão da doença. O sistema português é caracterizado pela coexistência de três sistemas: O Sistema Nacional de Saúde, vinculado ao Ministério da Saúde; subsistemas públicos de apoio; e entidades privadas[20].

Já nos Estados Unidos, existe a interpretação que funções não expressamente atribuídas ao governo federal são necessariamente de responsabilidade estatal, o que dificulta a existência de um sistema nacional de saúde norte-americano, já que a Constituição não prevê tal responsabilidade federal. Hoje, a saúde é encarada como um problema individual nos Estados Unidos, existindo poucas iniciativas públicas de proteção à saúde. Entre elas, há o destaque aos programas “Medicare” e “Medicaid”. Enquanto o primeiro tem uma proximidade com um seguro social em planos de saúde privados mais baratos, o segundo

programa tem um formato mais assistencial, restrito a pessoas economicamente vulneráveis[21].

Assim, é possível observar desde já, a diferença entre os sistemas de saúde dos países que serão analisados no presente trabalho, bem como um fenômeno de judicialização da saúde forte no Brasil.

Tendo em vista essa característica brasileira de judicialização de questões relacionadas à saúde pública, o presente trabalho tem como objetivo principal a análise do grau de judicialização do acesso à saúde no Brasil em comparação com os Estados Unidos, a Espanha e Portugal. Para atingir tal objetivo, o estudo pretende verificar o que a Constituição e as legislações ordinárias de tais países preveem como direito ao cidadão quanto ao acesso à saúde. Ainda, o estudo analisará a demanda do judiciário em cada um dos países em bancos de dados oficiais e pesquisas desenvolvidas, realizando levantamento de dados quanto ao número de processos judiciais sobre o tema e a postura do Poder Judiciário no deferimento ou não dos pedidos realizados. Por fim, o trabalho realizará a comparação de tais dados e documentos legais, a fim de responder a seguinte pergunta: Qual o nível de judicialização brasileira do acesso à saúde em comparação com os Estados Unidos, a Espanha e Portugal?

Resta clara, portanto, a importância de estudos sobre a judicialização da saúde, seja em razão do expressivo aumento de casos levados ao Poder Judiciário, seja pela sensibilidade do tema. Da mesma forma, estudos comparativos são importantes para a verificação de soluções locais que possam trazer contribuições à complexa situação da judicialização para acesso à saúde pública brasileira.

Interessante observar que, em estudo realizado em 2015, houve a constatação que a judicialização da saúde se apresenta como tema atual e emergente nas pesquisas realizadas nos programas de pós-graduação brasileiros. Contudo, foi verificada a necessidade de maior investimento científico para produção de conteúdo nessa área de conhecimento, tendo em vista que os resultados apresentados ainda são escassos ou incompletos[22].

Portanto, o presente trabalho busca contribuir com soluções ao problema apresentado, trazendo dados e informações significativos.

# 4 CONCLUSÃO

O presente trabalho buscou, como objetivo geral, realizar a análise do grau de judicialização do acesso à saúde no Brasil em comparação com os Estados Unidos, a Espanha e Portugal. Através da metodologia do Direito Comparado, o estudo visa verificar o que as legislações desses países preveem como direito à saúde e analisar a demanda judicial em seus respectivos sistemas. Até o momento, a pesquisa consolidou os resultados de duas publicações comparativas.

A Publicação 1 focou na análise comparativa da legislação e da judicialização entre Brasil e Espanha no período de 2020 a 2024. O estudo demonstrou que as Constituições de ambos os países consagram o direito à proteção da saúde, com o Brasil estruturando o Sistema Único de Saúde (SUS) como universal e integral e forte regulação do setor de saúde suplementar, enquanto a Espanha estabeleceu o Sistema Nacional de Salud (SNS) como um modelo universal, financiado publicamente e de gestão descentralizada. Contudo, a comparação dos dados empíricos revelou uma disparidade acentuada na intensidade do litígio. O Brasil apresentou um crescimento exponencial no número de processos judiciais, impulsionado, principalmente, pelo setor de saúde suplementar, resultando na triplicação da proporção de ações judiciais em relação à população brasileira durante o período analisado. Em forte contraste, a Espanha demonstrou um cenário de notável estabilidade e um volume absoluto muito inferior de litígios, mantendo a proporção de ações judiciais por população extremamente baixa e praticamente constante. A conclusão desta primeira etapa foi que o fenômeno da judicialização no Brasil é desproporcionalmente mais intenso e acelerado do que na Espanha, indicando uma maior dependência do Poder Judiciário para a efetivação do direito à saúde.

Na Publicação 2, a análise comparativa foi estendida a Portugal, cobrindo o período de 2020 a 2023. Semelhante ao Brasil e à Espanha, Portugal também consagra o direito à proteção da saúde em sua Constituição (Artigo 64.º da Constituição de 1976), realizando-o por meio do Serviço Nacional de Saúde (SNS), que é universal e tendencialmente gratuito. Mais uma vez, a comparação empírica reforçou que o Brasil apresentou um crescimento exponencial no número de processos judiciais, com as taxas de crescimento sendo significativamente mais intensas e voláteis do que em Portugal. Por sua vez, Portugal apresentou um

aumento contínuo, mas estável e em volume absoluto relativamente baixo de ações. A proporção de ações judiciais por habitante em Portugal manteve-se estável e de baixa intensidade, enquanto no Brasil essa proporção triplicou. A conclusão parcial desta segunda etapa confirmou que a judicialização no Brasil é desproporcionalmente mais intensa e acelerada do que em Portugal.

Em continuidade às duas primeiras publicações, a Publicação 3 realizou a análise comparativa da judicialização do acesso à saúde entre o Brasil e os Estados Unidos, no período de 2020 a 2024. A investigação evidenciou diferenças estruturais relevantes entre os dois sistemas. Enquanto o Brasil consagra constitucionalmente a saúde como direito fundamental e dever do Estado, operacionalizado por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), o modelo norte-americano não reconhece expressamente o direito à saúde em nível constitucional, sendo caracterizado pela centralidade do mercado privado de seguros e pela atuação de programas públicos assistenciais segmentados, como Medicare e Medicaid. A análise empírica demonstrou que o Brasil apresentou um crescimento contínuo e expressivo no número de ações judiciais relacionadas ao acesso à saúde, com aumento proporcional significativo em relação à população. Em contraste, os Estados Unidos registraram um volume absoluto inferior de litígios e um cenário de relativa estabilidade ao longo do período analisado, com baixas taxas de crescimento da judicialização.

A comparação entre os quatro países analisados permite concluir que o fenômeno da judicialização da saúde no Brasil se apresenta de forma singular, tanto em intensidade quanto em velocidade de crescimento. Mesmo quando confrontado com sistemas universalistas europeus, como os da Espanha e de Portugal, ou com um modelo predominantemente privado e não universal, como o dos Estados Unidos, o Brasil revela níveis desproporcionais de litigiosidade. Os dados sugerem que, no contexto brasileiro, a judicialização atua como um mecanismo recorrente de efetivação de um direito constitucionalmente assegurado, refletindo falhas estruturais, limitações administrativas e dificuldades de implementação das políticas públicas de saúde.

Dessa forma, a pesquisa confirma que a elevada judicialização da saúde no Brasil não decorre apenas da existência de um direito constitucional formalmente reconhecido, mas sobretudo da distância entre a normatividade jurídica e a efetividade material desse direito. A análise comparativa evidencia que escolhas

institucionais, modelos de financiamento, arranjos regulatórios e mecanismos administrativos de resolução de conflitos influenciam diretamente o grau de acionamento do Poder Judiciário. Ao final, o estudo reforça a relevância do Direito Comparado como instrumento para compreender a judicialização da saúde e aponta a necessidade de aprimoramento das políticas públicas e dos canais extrajudiciais de resolução de demandas, de modo a reduzir a dependência estrutural do Judiciário para a garantia do acesso à saúde no Brasil.

## REFERÊNCIAS*


1. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Diário Oficial da União, Brasília (1988 out 5).

2. Brasil. Supremo Tribunal Federal. Agravo Regimental no Agravo de Instrumento nº 550.530/SP. Relator: Min. Joaquim Barbosa. Julgado em 26 jun 2012. 2ª Turma. Brasília: STF; 2012.

3. Brasil. Supremo Tribunal Federal. Agravo Regimental no Agravo de Instrumento nº 734.487/PR. Relatora: Ministra Ellen Gracie. 2ª Turma. Julgado em 3 ago 2010. Diário de Justiça Eletrônico nº 156, publicado em 20 ago 2010.

4. Brasil. Supremo Tribunal Federal. Agravo Regimental no Recurso Extraordinário nº 271.286-8/RS. Relator: Min. Celso de Mello. Julgado em 12 set 2000. 2ª Turma. Brasília: STF.

5. Sarlet IW, Figueiredo MF. Reserva do possível, mínimo existencial e direito à saúde: algumas aproximações. Rev Bras Dir Fundam & Just. 2007; 1(1): 171-213.

6. Nogueira VMR, Pires DEP. Direito à saúde: um convite à reflexão. Cad Saude Publica. 2004; 20: 753-60.

7. Dallari SG. O direito à saúde. Rev Saude Publica. 1988; 22(1): 57-63.

8. Oliveira MRM. A judicialização da saúde no Brasil. Tempus–Actas Saude Colet. 2013; 7(1): 79-90.

9. Ferraz OLM. Para equacionar a judicialização da saúde no Brasil. Rev Direito GV. 2019; 15(3): 1-39.

10. Catanheide ID, Lisboa ES, Souza LEPF. Características da judicialização do acesso a medicamentos no Brasil: uma revisão sistemática. Physis: Rev Saude Coletiva. 2016; 26: 1335-56.

11. Diniz D, Machado TRC, Penalva J. A judicialização da saúde no Distrito Federal, Brasil. Cien Saude Coletiva. 2014;19:591-598.

12. MachadoI MAA, Acurcio FA, Brandão CMR,Faleiros DR, Guerra Jr AA, Cherchiglia ML et al. Judicialização do acesso a medicamentos no Estado de Minas Gerais, Brasil. Rev Saude Publica. 2011; 45(3): 590-8.

13. Travassos DV, et al. Judicialização da saúde: um estudo de caso de três tribunais brasileiros. Cien Saude Coletiva. 2013;18:3419-3429.

14. Ventura M, et al. Judicialização da saúde, acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde. Physis: Rev Saude Coletiva. 2010;20:77-100.


* De acordo com o Guia de Trabalhos Acadêmicos da FOAr, adaptado das Normas Vancouver. Disponível no site da Biblioteca: http://www.foar.unesp.br/#biblioteca/manual.

15. Freitas BC, Fonseca EP, Queluz DP. A judicialização da saúde nos sistemas público e privado de saúde: uma revisão sistemática. Interface Comun Saude Educ. 2020;24.

16. Pepe VL, et al. A judicialização da saúde e os novos desafios da gestão da assistência farmacêutica. Cien Saude Coletiva. 2010;15:2405-2414.

17. Schulze CJ, Gebran Neto JP. Direito à saúde: o papel do Conselho Nacional de Justiça na judicialização da saúde. Brasília: CONASS; 2015.

18. De Campos JJB, Forster AC, Freire Filho JR. Lições aprendidas na comparação dos sistemas de saúde brasileiro e espanhol. Espaco Saude. Rev Saude Publica Parana. 2016;17(1):121-129.

19. Giovanella L, Stegmüller K. Crise financeira europeia e sistemas de saúde: universalidade ameaçada – tendências das reformas de saúde na Alemanha, Reino Unido e Espanha. Cad Saude Publica. 2014;30:2263-2281.

20. Sousa PAF. O sistema de saúde em Portugal: realizações e desafios. Acta Paul Enferm. 2009;22:884-894.

21. Pegoraro APA. O sistema de saúde no Brasil e nos Estados Unidos: uma análise comparativa. In: Anais III Fórum Brasileiro de Pós-Graduação em Ciência Política. Curitiba: UFPR; 2013.

22. Oliveira MRM, et al. Judicialização da saúde: para onde caminham as produções científicas? Saude Debate. 2015;39:525-535.