

A JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE NA CORTE INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS: A JURISPRUDÊNCIA DO SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL DIANTE DOS STANDARDS PROTETIVOS DA CORTE INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS

THE JUDICIALIZATION OF HEALTH IN THE INTER-AMERICAN COURT OF HUMAN RIGHTS: THE JURISPRUDENCE OF THE FEDERAL SUPREME COURT IN THE FACE OF THE PROTECTIVE STANDARDS OF THE INTER-AMERICAN COURT OF HUMAN RIGHTS

Anderson Carlos Bosa^A

<https://orcid.org/0000-0003-2336-4344>

Rosana Helena Maas^B

<https://orcid.org/0000-0002-9930-309X>

^AAdvogado. Doutorando e mestre pelo Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Direitos Sociais e Políticas Públicas da Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC (Santa Cruz do Sul-RS, Brasil). Bolsista PROSUC/CAPES. Integrante do Grupo de pesquisa "Jurisdição Constitucional aberta: uma proposta de discussão da legitimidade e dos limites da jurisdição constitucional - instrumentos teóricos e práticos".

^BPós-doutorado pela Paris Lodron Universität Salzburg (2018) e doutorado em Direito pela Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC (2016), com doutorado sanduíche na *Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald, Rechts – und Staatswissenschaftliche Fakultät* (2016). Professora concursada da Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC, no Curso de Direito e na Pós-Graduação em Direito, onde ministra matérias relacionadas ao Direito Civil, ao Direito Constitucional e a Teoria do Direito. É integrante do grupo de estudos “Jurisdição Constitucional aberta” coordenado pela Profa. Pós-Doutora Mônia Clarissa Hennig Leal, vinculado e financiado pelo CNPq. É autora de livros e artigos publicados no Brasil e no exterior.

Correspondência: andersonn.bosa@gmail.com; rosana@unisc.br

DOI: <https://doi.org/10.12957/rfd.2026.75208>

Artigo submetido em 24/04/2023 e aceito para publicação em 15/04/2026.

Resumo: Este trabalho tem como objetivo realizar um levantamento acerca dos casos envolvendo a justiciabilidade direta do direito à saúde na Corte Interamericana de Direitos Humanos, analisando os standards de proteção desse direito impostos pelo Tribunal Interamericano, frente e em comparação à jurisprudência do Supremo Tribunal Federal (STF), o qual estabelece critérios e parâmetros para os casos envolvendo a judicialização da saúde. Assim, busca-se responder à seguinte problemática: a partir do levantamento dos casos em

que a Corte Interamericana de Direitos Humanos reconhece a justiciabilidade direta do direito à saúde com fundamento no artigo 26 da Convenção Americana sobre Direitos Humanos, a jurisprudência do Supremo Tribunal Federal (STF) está em conformidade com os standards interamericanos de proteção, ou revela a necessidade de adequação por meio de um controle de convencionalidade? Aplica-se o método dedutivo e a técnica de pesquisa bibliográfica e jurisprudencial, com ênfase na jurisprudência a respeito da matéria publicada pelos cadernos de jurisprudência da Corte Interamericana de Direitos Humanos e nos casos julgados do Supremo Tribunal Federal (STF) decorrentes da audiência pública da saúde de 2009, quais sejam: Suspensão de Tutela Antecipada n. 175, Recursos Extraordinário 657.718 e Recurso Extraordinário 566.471, julgado de forma conjunta com o Recurso Extraordinário 1.366.243. A importância deste trabalho se designa no fato da necessidade de compreender os novos movimentos internacionais de proteção dos direitos humanos, observando se o judiciário nacional está em consonância com a promoção dos direitos humanos, aqui em especial, o direito à saúde.

Palavras-chaves: Corte Interamericana de Direitos Humanos; judicialização da saúde; justiciabilidade do direito à saúde; Supremo Tribunal Federal.

Abstract: This study aims to conduct a survey of cases involving the direct justiciability of the right to health before the Inter-American Court of Human Rights, analyzing the protection standards for this right established by the Inter-American Tribunal, in comparison with the jurisprudence of the Brazilian Federal Supreme Court, which sets criteria and parameters for cases involving the judicialization of health. Accordingly, the research seeks to address the following question: based on the survey of cases in which the Inter-American Court of Human Rights recognizes the direct justiciability of the right to health under Article 26 of the American Convention on Human Rights, is the jurisprudence of the Brazilian Federal Supreme Court in compliance with the Inter-American protection standards, or does it reveal the need for alignment through a conventionality control? The deductive method is applied, along with bibliographic and case law research techniques, with emphasis on the case law published by the jurisprudence notebooks of the Inter-American Court of Human Rights and on the rulings of the Brazilian Federal Supreme Court following the 2009 public health hearing, namely: Suspension of Preliminary Injunction No. 175, Extraordinary Appeal No. 657.718, and Extraordinary Appeal No. 566.471, judged jointly with Extraordinary Appeal No. 1.366.243. The relevance of this work lies in the need to understand the emerging international movements for the protection of human rights and to assess whether the national judiciary is aligned with the promotion of human rights, in particular the right to health.

Key words: Inter-American Court of Human Rights; judicialization of health; Federal Supreme Court.

1. INTRODUÇÃO

O direito à saúde é considerado, conforme doutrina majoritária, pertencente ao rol dos direitos humanos – fundamentais e sociais. Os direitos humanos são vistos como todos aqueles inerentes à própria condição da pessoa humana, transfigurando-se em fundamentais quando expressamente reconhecidos pela ordem constitucional de um determinado Estado. No Brasil, o direito à saúde está positivado em diversas passagens da Constituição Federal de 1988. Do mesmo modo, estão previstos em muitos tratados e documentos de proteção de direitos humanos. Na seara do Sistema Interamericano de Direitos Humanos (SIDH), destaca-se a previsão do art. 26 da Convenção Americana sobre Direitos Humanos (CADH) (OEA, 1969) tratado mais importante do SIDH, ao qual o Brasil é signatário, tendo a Corte Interamericana de Direitos Humanos (Corte IDH) como seu último intérprete.

Até pouco tempo, devido ao fato de o art. 26 da CADH (OEA, 1969), de maneira objetiva, dispor apenas de uma proteção progressiva dos Direitos Econômicos, Sociais, Culturais e Ambientais (DESCA), estando o direito à saúde elencado no rol dos direitos sociais, a Corte IDH não realizava à sua justiciabilidade direta, tutelando o direito à saúde de maneira indireta através dos direitos civis e políticos e quando da proteção dos direitos aos grupos em situação de vulnerabilidade. Entretanto, em 2018, com o julgamento do caso *Poblete Vilches vs. Chile* (Corte IDH, 2018a), a Corte IDH passou a reconhecer a justiciabilidade direta do direito à saúde por intermédio do art. 26 da CADH (OEA, 1969).

Desse modo, a Corte IDH abre um precedente à judicialização da saúde em seu âmbito. Somado a isso, elencou *standards* mínimos de proteção do direito à saúde, os quais devem ser observados pelos Estados-partes. No Brasil, a doutrina, bem como a jurisprudência do Supremo Tribunal Federal (STF), já havia firmado o entendimento de que o direito à saúde se trata de um direito subjetivo público, o que, de forma nítida, está no julgamento da Suspensão de Tutela Antecipada (STA) 175 (Brasil, 2010).

Por ser um Estado-parte da CADH, inclusive por ter aderido à força jurisdicional da Corte IDH, o Brasil está obrigado a realizar o controle de convencionalidade em relação às suas deposições e ações internas partindo de uma confrontação entre o direito interno e internacional, o que gera a obrigação de observar os *standards* desenvolvidos pela Corte.

Diante do ponderado, pretende-se, com este trabalho, realizar um levantamento acerca dos julgados envolvendo a justiciabilidade direta do direito à saúde na Corte IDH entre os anos de 2018 e 2024, identificando os *standards* de proteção desse direito impostos pelo

Tribunal Interamericano, frente e em comparação à jurisprudência do STF – o qual estabelece critérios e parâmetros para julgamento dos casos relacionados ao fenômeno da judicialização da saúde. Nessa seara, busca-se responder à seguinte problemática: a partir do levantamento dos casos em que a Corte IDH reconhece a justiciabilidade direta do direito à saúde com fundamento no art. 26 da CADH (OEA, 1969), a jurisprudência do STF está em conformidade com os *standards* interamericanos de proteção ou revela a necessidade de adequação por meio de um controle de convencionalidade? A temática reside, então, na análise da justiciabilidade do direito à saúde na Corte IDH e na conformação de um controle de convencionalidade do STF diante dos *standards* protetivos interamericanos do direito à saúde no que se pressupõe a sua jurisprudência envolvendo a judicialização da saúde.

Para tanto, aplica-se o método dedutivo e a técnica de pesquisa bibliográfica e jurisprudencial, com ênfase na jurisprudência a respeito da matéria publicada pelos cadernos de jurisprudência da Corte IDH¹ e nos casos julgados pelo STF decorrentes da audiência pública da saúde de 2009, especificamente a STA 175 (Brasil, 2010), e Recurso Extraordinário (RE) 657.718 (Brasil, 2019) e o RE 566.471 (Brasil, 2018), julgado de forma conjunta com o RE 1.366.243 (Brasil, 2024), os quais referem-se à jurisprudência paradigma do STF em matéria de saúde, impondo requisitos de repercussão geral a serem observados pelo Poder Judiciário brasileiro nas demandas correlacionadas ao fenômeno da judicialização da saúde.

A relevância deste trabalho decorre da necessidade de compreender os novos movimentos internacionais de proteção aos direitos humanos e de verificar em que medida o Judiciário nacional tem acompanhado essa promoção – em especial no que se refere ao direito à saúde. Isso porque a judicialização da saúde figura entre as demandas mais complexas e onerosas enfrentadas pelo ordenamento jurídico brasileiro.

2. A JUSTICIALIDADE DIRETA DO DIREITO À SAÚDE PERANTE A CORTE IDH: *STANDARDS* MÍNIMOS DE PROTEÇÃO E O DEVER DE CONTROLE DE CONVENCIONALIDADE

A justiciabilidade direta do direito à saúde a partir do art. 26 da CADH (OEA, 1969) é algo recente no cenário do SIDH, sendo que, até o julgamento do caso Poblete Vilches vs. Chile (Corte IDH, 2018a), em 2018, era possível examinar uma tutela indireta do direito à

saúde, consistente em uma proteção a partir da invocação do direito à vida (art. 4 da CADH) e da integridade pessoal (art. 5 da CADH) (OEA, 1969; Villarreal, 2019), por exemplo.

Em complemento, Piovesan (2009) menciona que havia três diferentes estratégias de argumentos na proteção dos direitos sociais, sendo elas: 1) dimensão positiva de direito à vida; 2) a utilização do princípio da aplicação progressiva dos direitos sociais, especialmente para a proteção de grupos socialmente vulneráveis e 3) proteção indireta dos direitos sociais mediante a proteção de direitos civis e políticos. Esse foi o cenário de proteção do direito à saúde até 2018.

A matéria da justiciabilidade dos DESCAs – a partir do art. 26 da CADH (OEA, 1969) – passou a tomar uma nova dimensão após o reconhecimento da Corte IDH a respeito da viabilidade da aplicação direta do respectivo dispositivo no caso *Lagos Del Campo vs. Peru*¹ (Corte IDH, 2017), o qual tratou sobre direitos trabalhistas; sendo que, no ano seguinte, no julgamento do caso *Poblete Vilches vs. Chile* (Corte IDH, 2018a), a Corte IDH enfrentou, pela primeira vez, de maneira autônoma e direta, a tutela do direito à saúde.

Consoante a hermenêutica aplicada pela Corte IDH à tutela indireta do direito à saúde por intermédio dos direitos previstos na CADH, antes de adentrar especificamente a respeito da jurisprudência correlacionada à justiciabilidade direta do direito à saúde, torna-se importante mencionar o caso *Ximenes Lopes vs. Brasil* (Corte IDH, 2006). O caso toma destaque por ter sido a primeira condenação brasileira na Corte IDH e por se tratar um precedente relevante referente ao direito à saúde. No seu julgamento, o tribunal interamericano desenvolveu sua fundamentação em um nexo direto entre o direito à saúde e o direito à vida e à integridade pessoal (Burgorgue-larsen, 2011).

Em síntese, o caso foi julgado devido à vítima, Damião Ximenes Lopes, pessoa com deficiência mental, ter sofrido torturas que acarretaram sua morte durante o período em que estava sob custódia do Estado brasileiro para tratamento psiquiátrico em uma clínica no estado do Ceará. A Corte IDH auferiu a responsabilidade internacional do Brasil, justificando que houve omissão na promoção de cuidados médicos necessários a fim de salvaguardar a saúde da vítima e seu direito à vida e à integridade pessoal (Corte IDH, 2006).

¹ A sentença discutiu o caso da dispensa discricionária do trabalhador Alfredo Lagos del Campo devido as suas manifestações como presidente do Comitê Eleitoral da Comunidade Industrial da empresa Ceper-Pirelli e a respeito de atos de ingerências indevidas de empregadores no funcionamento das organizações representativas dos trabalhadores da empresa e na realização de eleições internas da Comunidade Industrial.

Entre as medidas de reparações impostas ao Brasil – além das relacionadas aos danos materiais e imateriais (danos morais), dever de investigar os fatos e necessidade de publicação da sentença no Diário Oficial – a que mais ganha destaque foi a imposição para que o Estado passasse a estabelecer programas de capacitação para profissionais que atuassem na área da saúde mental (Corte IDH, 2006), imposição alinhada, como se observará a seguir, com os *standards* protetivos do direito à saúde – posteriormente elencados pela Corte IDH a partir do julgamento do caso Poblete Vilches vs. Chile (Corte IDH, 2018a). Nesse aspecto, o Brasil cumpriu integralmente com as medidas impostas (Lourenço, 2016).

Logo, até o julgamento do caso Lagos Del Campos vs. Peru (Corte IDH, 2017), o art. 26 da CADH (OEA, 1969) carecia de aplicação direta nos casos contenciosos do SIDH. Nesse aspecto, o respectivo dispositivo passou por críticas pelo fato de que em seus arts. 1 e 2 da CADH² (OEA, 1969) não existe distinção de tratamentos por parte dos Estados entre direitos civis e políticos e o DESCAs (Villarreal, 2019). Nada obstante, o art. 29² da CADH (OEA, 1969) também veda a limitação de interpretação de direitos previstos em seu texto (Bosa; Maas, 2021).

O texto proposto pela CADH no art. 26³ (OEA, 1969), dispositivo único que compõe seu Capítulo III, denominado “Direitos Econômicos, Sociais e Culturais”, restringe-se, sob um olhar objetivo, a previsão de que os Estados signatários devem empregar todas as ações necessárias para garantir à implementação progressiva dos DESCAs, concretizando a plena efetividade, dentre outros, dos direitos sociais constantes da Carta da Organização dos Estados Americanos (OEA, 1969), buscando auxílio de cooperadores internacionais, essencialmente no que condiz a temas econômicos, técnicos e de medidas internas para tal objetivo (OEA, 1969). Por conseguinte, tal previsão de progressividade, em uma primeira análise, resultava no entendimento da impossibilidade da justiciabilidade do direito à saúde

² “Artigo 29: Nenhuma disposição desta Convenção pode ser interpretada no sentido de: [...] d) limitar o gozo e exercício de qualquer direito ou liberdade que possam ser reconhecidos de acordo com as leis de qualquer dos Estados Partes ou de acordo com outra convenção em que seja parte um dos referidos Estados [...]” (OEA, 1969).

³ “Artigo 26. Os Estados Partes comprometem-se a adotar providências, tanto no âmbito interno como mediante cooperação internacional, especialmente econômica e técnica, a fim de conseguir progressivamente a plena efetividade dos direitos que decorrem das normas econômicas, sociais e sobre educação, ciência e cultura, constantes da Carta da Organização dos Estados Americanos, reformada pelo Protocolo de Buenos Aires, na medida dos recursos disponíveis, por via legislativa ou por outros meios apropriados” (OEA, 1969).

perante a Corte IDH, uma vez que a CADH é o instrumento com força jurídica mais importante do SIDH, cabendo ao Tribunal Interamericano o papel de seu último intérprete.

Nada obstante ao previsto pelo art. 26 (OEA, 1969), com o desígnio de que os países signatários arquitetem mecanismos domésticos para a tutela dos DESCAs, a CADH também retrata, em seu art. 2 (OEA, 1969), a necessidade da criação de disposições legislativas para proteção de direitos e garantias. Entretanto, elas não são, fundamentalmente, medidas suficientes para garantir o ideal respeito a esses direitos, devendo os países se comprometerem a proceder com políticas públicas e ações governamentais voltadas aos DESCAs (Piovesan; Fachin; Mazzuoli, 2019).

Logo, após 39 anos de atuação, a Corte IDH, tendo como pressuposto o julgamento do caso Lagos Del Campos vs. Peru (Corte IDH, 2017), deu um importante passo quanto a proteção internacional e, inclusive, nacional (devido ao fato de sua jurisprudência ter caráter vinculante), para a promoção e proteção do direito à saúde com o julgamento do caso Poblete Vilches vs. Chile (Corte IDH, 2018a). No caso concreto, por conta do descaso clínico enfrentado pela vítima, Poblete Vilches, no tempo em que esteve internado no Hospital Público do Chile, a Corte IDH determinou a responsabilidade internacional do Estado do Chile pela falta de garantia, em favor da vítima, do direito à saúde sem discriminação diante de serviços básicos e urgentes, observando sua condição especial de vulnerabilidade por se tratar de pessoa idosa em sofrimento decorrente do déficit de atenção médica (Corte IDH, 2018a).

Desta forma, a Corte passou a desenvolver jurisprudência sobre a justiciabilidade direta do direito à saúde com base no art. 26 da CADH (OEA, 1969), adotando uma interpretação extensiva desse e de outros tratados interamericanos. Para isso, ela parte de um exame conjunto entre o art. 1 (obrigação de respeitar os direitos), o art. 2 (dever de adotar disposições de direito interno), o art. 29 (vedação a interpretações restritivas das normas da CADH) e o próprio art. 26, de modo a abranger todo o *corpus iuris* interamericano relativo ao direito à saúde (OEA, 1969; Corte IDH, 2018a).

A Corte IDH firmou a compreensão de que o direito à saúde disposto no rol dos DESCAs do art. 26 (OEA, 1969), tendo em vista que tal dispositivo se remete a Carta da OEA, “[...] se trata de aquel derecho que se deriva de las normas económicas, sociales y sobre educación, ciencia y cultura contenidas en la Carta de la OEA [...]” e que seus artigos 34.I e

34.1, entre outros objetivos básicos para o seu desenvolvimento integral, prevê a “[...] defesa del potencial humano mediante la extensión y aplicación de los modernos conocimientos de la ciencia médica, así como de las condiciones que hagan posible una vida sana, productiva y digna [...]”. Ainda, que o art. 45.h do mesmo documento destaca que “[...] la persona solo puede alcanzar la plena realización de sus aspiraciones mediante la aplicación de principios y mecanismos”, entre ellos el: “Desarrollo de una política eficiente de seguridad social [...]” (Corte IDH, 2018a). Além disso, a Corte manifestou-se no sentido de reconhecer o caráter fundamental e indispensável da saúde para o exercício adequado dos demais direitos humanos, tendo em vista a indivisibilidade entre eles (Bosa; Maas, 2021).

Quanto à sua atuação, a Corte interpretou que a soma do previsto pelo art. 29 da CADH (OEA, 1969) e no inciso IV, do art. 31, da Convenção de Viena (Brasil, 2009): “[...] resulta un acto de creación normativa y de expansión de competencias como quizás nunca antes habría visto la comunidad internacional”, assim a “Corte tendría competencia para declarar la responsabilidad internacional del Estado cuando califique que ha violentado un DESCAs reconocido en alguna norma de derecho nacional o internacional, sin mayores consideraciones de orden formal [...]” (Corte IDH, 2018a).

No inteiro teor de sua decisão, a Corte IDH procede com diversas menções a distintos documentos internacionais com proteção ao direito à saúde. Todavia, dá especial destaque ao art. 11 da Declaração Americana dos Direitos e Deveres do Homem (OEA, 1948a)⁴, apontando que suas disposições “[...] resulta relevante para definir el alcance del artículo 26”, dado que “la Declaración Americana, constituye, en lo pertinente y en relación con la Carta de la Organización, una fuente de obligaciones Internacionales” (Corte IDH, 2018a).

Nesse íterim, o Tribunal interamericano fixou os seguintes *standards* mínimos de proteção do direito à saúde, os quais foram repetidos em todos os casos sobre o tema julgados após o caso Poblete Vilches vs. Chile (Corte IDH, 2018a) e que devem ser observados pelos Estados-partes: (i) disponibilidade; (ii) acessibilidade, a qual se subdivide em não discriminação, garantia de acessibilidade física, acessibilidade econômica e acesso a informações; (iii) aceitabilidade; e (iv) qualidade (Corte IDH, 2018a).

⁴ “Artigo XI. Toda pessoa tem direito a que sua saúde seja resguardada por medidas sanitárias e sociais relativas à alimentação, roupas, habitação e cuidados médicos correspondentes ao nível permitido pelos recursos públicos e os da coletividade” (OEA, 1948a).

Disponibilidade na perspectiva de que cada país deverá contar com um número satisfatório de bens, estabelecimentos e serviços públicos de saúde, devendo a prestação de saúde variar por conta de diversos fatores, em especial, o desenvolvimento e particularidades de cada país. Todavia, as prestações de saúde necessitam observar algumas determinantes fundamentais, como pessoal médico e demais profissionais bem treinados e remunerados, condições sanitárias satisfatórias e medicamentos básicos determinados no Programa de Ação sobre Medicamentos da Organização Mundial da Saúde (OMS), observando as peculiaridades de cada Estado-parte (Corte IDH, 2018a).

No que tange à acessibilidade, o Tribunal interamericano passou a compreender que os estabelecimentos, bens e serviços voltados à saúde devem ser, excluindo qualquer tipo de restrição, acessíveis a todos no terreno de cada país, subdividindo tal *standard* em quatro aspectos distintos: (i) de não discriminação, com atenção específica aos setores mais vulneráveis e marginalizados da população de cada Estado; (ii) de garantia a acessibilidade física, no sentido de que os serviços de saúde devem estar ao alcance geográfico de todos os setores da população, em especial a grupos em situação de vulnerabilidade, viabilizando também o acesso satisfatório das pessoas com deficiência aos locais de prestação de saúde; (iii) de garantia a acessibilidade econômica, garantindo o acesso à saúde para pessoas economicamente hipossuficientes e (iv) de acesso à informação, tendo os países que garantir o direito de receber, solicitar e disseminar informações e opiniões a respeito de questões relacionadas à saúde, devendo ser respeitada a confidencialidade de dados pessoais os quais possam prejudicar determinadas pessoas. A acessibilidade e seus subgrupos devem considerar as particularidades de cada Estado-parte (Corte IDH, 2018a).

Em relação à acessibilidade, os países precisam asseverar que todos os bens, estabelecimentos e serviços de saúde possuem uma atuação estruturada na ética médica, aceitando a cultura dos mais variados grupos sociais existentes, o que também inclui questões de gênero. Por fim, no que se remete a qualidade, os bens, serviços e estabelecimentos de saúde também necessitam estar adequados sob a ótica científica e médica, configurada pela boa qualidade, entre outras questões condicionadas a medicamentos e equipamentos hospitalares, dentro das peculiaridades próprias de cada país (Corte IDH, 2018a).

Villarreal (2019, p. 281-282), cita em sua doutrina que a Corte IDH “aludió a um “consenso regional” em custo a la consagración de derecho a la salud em nível nacional”,

deixando “pendiente la cuestion relativa a la aplicación de este derecho a casos particulares, pues es necessário tomar em cuenta las características de cada país em cuanto a las modalidades de provisión de servicios de salud”.

A jurisprudência sobre a possibilidade da justiciabilidade direta do direito à saúde pelo art. 26 da CADH (OEA, 1969) no caso Poblete Vilches vs. Chile (Corte IDH, 2018a) foi reforçada nos demais casos examinados pela Corte IDH envolvendo tal temática, tanto em casos julgando especificamente o direito à saúde, quanto em casos que também tratavam de outros direitos elencados pelos DESCAs. Na tabela a seguir, cita-se os casos julgados pela Corte IDH até 2021, conforme os cadernos jurisprudências da próprio Tribunal, dividindo-os por seus nomes, temas das sentenças e ano de julgamento⁵.

Tabela 1 - CASOS ENVOLVENDO A TUTELA AUTÔNOMA DO DIREITO À SAÚDE ATRAVÉS DO ART. 26 DA CADH (OEA, 1969)

CASO	TEMA DA SENTENÇA	ANO
Caso Poblete Vilches e outros vs. Chile	Ações e omissões na prestação de saúde de emergência que ocasionou a morte de vítima idosa que necessitava de atenção médica específica	2018
Caso Cuscul Pivaral e outros vs. Guatemala	Ações e omissões que violaram diversos direitos de 49 pessoas portadoras de HIV	2018
Caso Hernández vs. Argentina	Omissões no tratamento de doenças de vítima que estava privada de liberdade	2019
Caso Muelle Flores vs. Perú	Direito ao recebimento de obter seguro de saúde nos termos da legislação de seguridade social do Estado e negativa na prestação de seguridade social	2019
Caso Manuela e outros vs. El Salvador	Criminalização do aborto (aborto espontâneo e desproporcionalidade da pena) e falta de cuidados médicos da vítima portadora de câncer enquanto cumpria pena.	2019

⁵ Os direitos e fatos elencados nos temas das sentenças não são taxativos, mas meramente demonstrativos.

Caso Spoltore vs. Argentina	Demora e negativa no acesso à justiça em contexto de processo trabalhista decorrente de enfermidades adquiridas na prestação de serviços	2020
Caso Guachalá Chimbo e outros vs. Equador	Desaparecimento de vítima com deficiência mental enquanto encontrava-se em hospital público psiquiátrico da cidade de Quito e ausência de consentimento informado para a respectiva internação e tratamento recebido	2021
Caso Buzos Miskitos vs. Honduras	Cuidados de saúde de pessoas que realizam atividade de mergulho e proteção de seguridade social em matéria de saúde	2021
Caso Vera Rojas e outros vs. Chile	Falta de regulação, controle e sistemas de reclamação adequados para observar a decisão de seguradora de saúde a respeito de regime de hospitalização domiciliar de vítima diagnosticada com síndrome de Leigh que resultou em diversas violações de saúde	2021
Caso Valencia Campos e outros vs. Bolívia	Omissões no diagnóstico, acompanhamento e tratamento adequado de doença oncológica em paciente privada de liberdade, resultando na morte da vítima e na violação dos direitos à vida, à integridade pessoal e à saúde.	2022
Caso Brítez Arce e outros vs. Argentina	Falta de atenção médica adequada durante atendimento obstétrico a gestante com feto natimorto, resultando em morte materna e configurando violação dos direitos à saúde, à vida e à integridade pessoal, agravada por ausência de investigação diligente e acesso efetivo à justiça.	2022

Caso Beatriz e outros vs. El Salvador	Ausência de protocolos médicos e insegurança jurídica sobre a legalidade da conduta médica em caso de gravidez de alto risco com feto inviável, resultando em violência obstétrica e na violação dos direitos à saúde, à integridade pessoal e ao acesso à justiça.	2024
--	---	------

Fonte: elaboração própria com base nos cadernos de jurisprudência da Corte IDH.

Em todos os casos supracitados, denota-se uma subjetivação do direito à saúde, vez que, exceto no caso Cuscul Pivaral e outros vs. Guatemala e Buzos Miskitos vs. Honduras (Corte IDH, 2018b) (os quais tratam do direito à saúde a partir de um exame coletivo), todos os demais casos referem-se a violações do direito à saúde de maneira individualizada, ou seja: trata-se de casos específicos de violação do direito à saúde de maneira subjetiva onde a Corte IDH foi instada a atuar na tutela de tal direito. Outrossim, todos os casos em questão reforçaram os *standards* protetivos mínimos de proteção do direito à saúde auferidos pelo julgamento paradigmático do caso Poblete Vilches vs. Chile (Corte IDH, 2018a).

Dessa forma, o escopo central do SIDH concerne, não apenas na proteção e garantia dos direitos previstos em seu *corpus iuris*, fundamentalmente na CADH, mas também na consonância do direito interno dos Estados-partes em relação a essas previsões e, por consequência, na jurisprudência da Corte IDH, guardiã da CADH.

O dever dos Estados em observar a jurisprudência da Corte IDH se dá, de duas formas distintas: (i) de maneira direta, associada à vinculação interna, resultado de uma condenação do Estado-parte – efeito da coisa julgada e (ii) de maneira vinculada à *ratio decidendi*⁶, que é aplicada mesmo que o Estado-parte não tenha ocupado o polo passivo da ação, resultando que estes elementos apresentem eficácia *erga omnes*, por sua vez, tratando-se de uma vinculação indireta. A primeira é promovida desde o início do SIDH devido ao art. 68.1⁷ da CADH (OEA, 1969); a segunda é fruto do desenvolvimento de uma teoria amplificada das

⁶ A partir de um exame da estrutura jurídica do *Common Law*, a *ratio decidendi* relaciona-se às razões de decidir ou, então, razões que fundamentam e sustentam a decisão; é a parte obrigatória do precedente jurisprudencial que deve ser respeitada e observada por outras decisões análogas (Macêdo, 2014).

⁷ “Artigo 68: 1. Os Estados Partes na Convenção comprometem-se a cumprir a decisão da Corte em todo caso em que forem partes” (OEA, 1969).

decisões da Corte IDH⁸, na lógica de vincular, no que se refere a sua fundamentação (*ratio decidendi*), todos os países que tenham aderido à sua jurisdição (Leal; Moraes, 2021).

Nessa conjectura, a Corte IDH detém o papel de interpretar o texto da CADH sob uma óptica evolutiva a qual respeita e compreende todo o *corpus iuris* latino-americano, elaborando, com isso, *standards* protetivos mínimos de direitos humanos para a região.

A Corte IDH constitui um órgão soberano dos compromissos dos Estados-parte e a CADH, uma norma suprema que deve ser observada no plano doméstico de todas as autoridades estatais. Para tanto, a Corte IDH apresenta, em sua jurisprudência, o dever de controle de convencionalidade no qual os Tribunais nacionais devem agir em consonância com a CADH e jurisprudência do próprio Tribunal interamericano.

O controle de convencionalidade se traduz como um mecanismo de proteção processual exercido a partir da perspectiva de que o direito interno dos Estados-partes – Constituição, leis, atos administrativos e judiciais e demais práticas estatais – devem estar em compatibilidade com os objetivos da CADH e demais tratados internacionais. Desse modo, o controle de convencionalidade é exercido mediante um exame de confrontação normativa (direito interno *vs.* direito internacional) em um caso concreto, como, por exemplo, em uma sentença judicial, revogação, anulação ou mudança de normas e demais práticas internas, tendo como norte a proteção dos direitos humanos, buscando almejar a garantia da supremacia da CADH no SIDH.

Por conseguinte, a Corte IDH procede com o controle de convencionalidade concentrado, sendo a última intérprete da CADH. Já os magistrados nacionais exercem o controle de convencionalidade difuso. Em decorrência disso, o controle de convencionalidade pode ser considerado uma manifestação concreta de uma nova dimensão regional do Estado de Direito e dos direitos humanos em uma sociedade democrática.

A Corte IDH realiza o controle de convencionalidade em situações em que os Estados violaram os direitos humanos, utilizando como base os tratados e convenções que eles

⁸ A teoria amplificada das decisões da Corte IDH é uma abordagem aplicada pelo próprio Tribunal interamericano em sua jurisprudência, buscando ampliar a proteção dos direitos humanos na região latino-americana e estabelecer um papel mais ativo a própria Corte IDH na promoção e tutela destes direitos. A título exemplificativo, cita-se o caso Comunidad Yakye Axa Indigenous Community v. Paraguay (Corte IDH, 2005), onde a Corte IDH reconheceu que a aplicação da CADH e de outros instrumentos internacionais de direitos humanos exige uma interpretação ampla e evolutiva que leva em consideração o contexto social, político e cultural dos Estados-partes.

ratificaram. Nesse sentido, o controle de convencionalidade é uma forma de verificação normativa paralela ao controle de constitucionalidade, ambos sendo tipos de verificação normativa diferentes, mas também coincidentes ou paralelos. A atuação da Corte IDH no controle de convencionalidade é subsidiária, sendo realizada somente após as formas de verificação interna de constitucionalidade e conformidade falharem, tornando-se a última opção para aqueles os quais tiveram seus direitos humanos violados (Leal; Moraes, 2021).

Todavia, o controle de convencionalidade no Brasil ainda enfrenta obstáculos que decorrem da ausência de uma prática consolidada entre os magistrados, da resistência cultural e institucional à aplicação de normas internacionais de direitos humanos, da interpretação restritiva do STF quanto à hierarquia dos tratados e da tímida internalização da jurisprudência da Corte IDH nas mais diversas temáticas, apesar do arcabouço normativo e teórico que respalda sua efetividade (Antunes, 2023). Sob essa lógica, Leal e Moraes (2021), evidenciam a incipiente aplicação do controle de convencionalidade pelo Tribunal constitucional e a ausência de um diálogo institucional efetivo com a Corte IDH. As autoras demonstram que prevalece, no âmbito da jurisdição constitucional brasileira, uma concepção de soberania que reforça a ideia de “última palavra” do STF, dificultando a internalização dos *standards* interamericanos.

Inobstante, iniciativas do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), com a colaboração de institutos de pesquisa voltados à temática dos direitos humanos e do controle de convencionalidade, como o *Max-Planck-Institute for Comparative Public Law and International Law*, têm buscado fortalecer o papel do Judiciário na proteção multinível de direitos humanos. Uma dessas iniciativas é a Recomendação nº 123 (CNJ, 2022a), que orienta expressamente os órgãos do Poder Judiciário brasileiro a observarem os tratados e convenções internacionais de direitos humanos em vigor no país, bem como a aplicarem a jurisprudência da Corte IDH como parâmetro interpretativo e de controle de convencionalidade das leis internas (Bosa; Leal; Maas, 2024).

Trata-se de um instrumento normativo orientador, sem força vinculante, mas com relevante impacto institucional, especialmente por ter servido de base para a criação do Pacto Nacional do Judiciário pelos Direitos Humanos (CNJ, 2022b). Este pacto, elaborado com o apoio do Instituto Max Planck, tem como objetivo estruturar ações formativas, de monitoramento e cooperação voltadas à consolidação de uma cultura judiciária

comprometida com os standards interamericanos, reforçando o papel dos juízes como agentes do controle de convencionalidade no Brasil (Bosa; Leal; Maas, 2024).

Posto isto, o Brasil ganha destaque no âmbito do direito à saúde devido às suas previsões constitucionais e infraconstitucionais, assim como seu contexto social. Contudo, devido a problemas estruturais do país, que mesmo havendo características próprias, assemelha-se a diversas outras problemáticas dos países latino-americanos, tem-se no fenômeno da judicialização da saúde uma dificuldade constante do judiciário brasileiro, o qual ganhou novos contornos a partir do início dos anos 2000, com especial destaque à audiência pública da saúde de 2009, que apresentou parâmetros a serem observados pelo Poder Judiciário em ações de saúde. A seguir, passa-se a analisar tal conjuntura brasileira, observando se os critérios definidos pelo STF estão em consonância com a jurisprudência da Corte IDH na compreensão e aplicação de um controle de convencionalidade.

3. A JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL: OS CRITÉRIOS DEFINIDOS PELO STF ESTÃO DE ACORDO COM OS *STANDARDS* ELENCADOS PELA CORTE IDH?

O termo “judicialização” se corporifica a partir do resultado de um processo histórico, estruturando-se por múltiplos fatores, como, por exemplo, na centralidade da Constituição e sua hierarquia normativa, conectando-se a outros aspectos voltados à sua índole principiológica, à soberania e à dimensão objetiva dos direitos fundamentais, os quais juntos, levam a uma ampliação e uma transformação da raiz de atuação da jurisdição constitucional. Sua característica fundamental reside em um protagonismo do Poder Judiciário, consequência de uma conglomeração de fatores que resultam em uma transferência de decisões estratégicas a respeito de temas fundamentais, normalmente reservadas à esfera política e deliberativa, transformando o direito em um direito judicial elaborado no caso concreto pelos juízes (Leal; Maas, 2014).

Em âmbito nacional, o direito à saúde está previsto em várias passagens constitucionais e infraconstitucionais. Sob a ótica constitucional, sem excluir outras previsões, está descrito como direito e garantia fundamental social no art. 6º e como elemento da ordem, junto do desenvolvimento da sociedade brasileira, no art. 196, havendo uma seção específica sobre a matéria no Capítulo IV, Seção II, Da saúde (arts. 196-200), tendo o constituinte

inserido o direito à saúde dentro do título reservado à ordem social. Uma das principais características do direito à saúde no plano jurídico nacional é a sua universalidade (Brasil, 1988) (Bosa; Delazeri, 2022).

Sarlet (2019), da mesma forma que muitos outros doutrinadores, define o direito à saúde como um legítimo direito humano fundamental social, posto que, no viés jurídico-constitucional brasileiro, a saúde aufere dupla dimensão: formal e material, as quais estão embasadas nos direitos e garantias fundamentais dispostos pela Constituição de 1988. Compreende-se por dimensão formal a vinculação do direito à saúde ao direito constitucional, que lhe confere, enquanto direito humano fundamental de natureza social, determinadas especificidades – não excluindo outras: a superioridade hierárquica no ordenamento jurídico, a sujeição aos limites formais e materiais de reforma constitucional, na condição de "cláusula pétrea" e a garantia de sua aplicabilidade imediata. A dimensão material, por sua vez, relaciona-se à relevância do bem jurídico tutelado pela ordem constitucional.

Mendes e Branco (2010), lecionam em sua doutrina que o direito à saúde é um direito de todos, refletido por um direito individual, na ideia de um direito público subjetivo no que tange a políticas públicas as quais tenham como objetivo fim a promoção, proteção e recuperação da saúde. Inobstante, ainda se trata de um direito coletivo, na perspectiva de um direito de proteção à saúde.

No Brasil, o fenômeno da judicialização da saúde, iniciado entre os anos de 1990 e 2000, transfigura-se como um resultado justificado e decorrente do argumento de efetivação da própria Constituição que ganhou forma na medida em que o judiciário passou a dar respostas positivas às demandas requeridas, essencialmente de maneira individual, pelos sujeitos de direitos, transformando-se de um direito originariamente de índole coletiva para também um direito subjetivo individual (Bosa; Delazeri, 2022). As primeiras ações voltadas a judicialização da saúde no Brasil foram propostas por pessoas que vivem com HIV/AIDS (Síndrome Deficiência Imunológica Adquirida) que, em vista da chegada de novos medicamentos anti-HIV/AIDS ao mercado e pela sua indisponibilidade e custo, ingressaram ao judiciário com pedidos de fornecimento, os quais obtiveram resultados positivos embasados nas previsões constitucionais (Torres, 2008).

Ao analisar as métricas referentes à judicialização da saúde, no requerimento de pessoas por medicamentos e tratamentos médicos, conforme números do CNJ, houve um

aumento de 130% no número de demandas de primeira instância relacionadas ao direito à saúde durante o lapso temporal de 2008 a 2017; enquanto na segunda instância esse crescimento foi de 85% no período de 2009 a 2017 (CNJ, 2021). Nisso destaca-se o fornecimento de medicamentos e tratamentos médico-hospitalares na esfera do Sistema Único de Saúde (SUS), envolvendo União, Estados, Distrito Federal e Municípios que, nos termos firmados pela jurisprudência do STF, detêm obrigação solidária na prestação de saúde (Brasil, 2000b).

O reconhecimento da solidariedade dos entes federados quanto as obrigações de direito à saúde se deu por meio do julgamento pelo STF do Agravo Regimental no Recurso Extraordinário n. 271.286 (Brasil, 2000^a), o qual foi o *leading case* sobre a matéria. Na oportunidade, o STF também delineou seu entendimento quanto à fundamentalidade do direito à saúde, seu caráter indisponível, garantida a generalidade das pessoas pela Constituição de 1988, como pressuposto imediato ao direito à vida. Em 2015, o STF voltou a tratar sobre a matéria, reafirmando o entendimento em questão com o julgamento do RE n. 855.178 (Brasil, 2015) (Rodrigues; Lima, 2021).

Devido ao aumento da judicialização da saúde, ainda no início dos anos 2000, que abarcava os mais diversos pedidos, tais como: fornecimento de medicamentos, tratamentos médicos, pedidos de próteses, tratamentos no exterior, tratamentos de alto custo, medicamentos sem registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), dentre outros, determinados norteadores do judiciário em relação ao tema foram firmados pelo STF a partir da audiência pública da saúde, realizada em 2009, sob a presidência do ministro Gilmar Mendes. Na ocasião foram ouvidos diversos representantes da sociedade civil e do judiciário em busca de critérios para a judicialização da saúde (Bosa; Maas, 2020).

Tal audiência pública embasou a decisão da STA 175 211 e 278, a Suspensão de Segurança n 3724, 2944, 2361, 3345 e 3355 e a Suspensão de Liminar n. 47 (Brasil, 2010), as quais foram julgadas de maneira conjunta pelo STF em 17 de março de 2010. Nada obstante, as discussões derivadas da audiência pública refletiram e embasaram de forma direta o julgamento do RE 657.718 (Tema 500) (Brasil, 2019) e RE 566.471 (Tema 6) (Brasil, 2018), julgado de forma conjunta com o RE 1.366.243 (Tema 1234) (Brasil, 2024). Enquanto o RE 657.718 (Brasil, 2019) manteve estrita correlação com as fundamentações trazidas pela audiência pública da saúde de 2009 e com a própria jurisprudência da STA 175 (Brasil, 2010),

o RE 566.471 (Brasil, 2018) teve seu julgamento definitivo apenas em setembro de 2024, sendo julgado de forma conjunta com o RE 1.366.243 (Brasil, 2024), uma vez que ambos os casos trouxeram uma atualização no que tange aos critérios de análise para o fornecimento judicial de medicamentos não incorporados pelo SUS.

Até o julgamento do RE 566.471 (Brasil, 2018) e RE 1.366.243 (Brasil, 2024), a STA 175 (Brasil, 2010) era o principal referencial quanto aos requisitos para o fornecimento judicial de prestações de saúde. Nessa decisão, firmou-se o entendimento de que a saúde é um direito público subjetivo, sendo de responsabilidade do Poder Público o financiamento de medicamentos e tratamentos de alto custo para pessoas com doenças graves, cabendo ao Poder Judiciário agir nas hipóteses em que o Poder Público deixar de formular políticas públicas ou não as adimplir essencialmente quando emendam da Constituição (Brasil, 2010).

Nesta esteira, a STA 175 (Brasil, 2010) estabeleceu critérios objetivos a serem observados pelos Tribunais brasileiros em demandas judiciais para servirem como norteadores ao deferimento ou não das prestações de saúde requeridas. O primeiro aspecto é se existe uma política pública estatal a qual cubra a assistência à saúde solicitada pela parte. Nesse sentido, se houver uma política formulada pelo SUS, o papel do Poder Judiciário seria garantir o seu cumprimento e não a criar. Caso contrário, se a assistência à saúde requerida não estiver entre as políticas públicas do SUS, seria necessário determinar se a falta de prestação decorre de: 1) falha legislativa ou administrativa; 2) decisão administrativa de fornecimento ou 3) vedação legal à dispensação, ou seja, se o medicamento em questão é proibido pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), sendo justificada a sua não concessão. No entanto, fica claro que a proibição pela Anvisa não é uma regra absoluta, podendo haver casos em que a importação de medicamentos não autorizados pela Autarquia seja permitida (Brasil, 2010).

O segundo parâmetro diz respeito à presença de argumentos para a não oferta de uma determinada ação de saúde pelo SUS. Esse parâmetro se desdobra em duas hipóteses distintas: a primeira é quando o SUS fornece um tratamento substitutivo, entretanto, inapropriado ao indivíduo; a segunda é quando o SUS não possui um tratamento específico para determinada enfermidade. Segundo a deliberação, o ideal é privilegiar a primeira opção, isto é, o tratamento substitutivo ofertado pelo SUS. Contudo, o Ministro Relator, Gilmar Mendes, aponta para possíveis exceções nas quais o Poder Judiciário ou a própria

administração pública poderão decidir que outra medida, diversa daquela financiada pelo SUS, deva ser provida a alguém que evidencie, por razões particulares do seu organismo, que o tratamento oferecido não é efetivo para o seu caso (Brasil, 2010).

O terceiro e último critério está relacionado à afirmação de que não há tratamento disponível e, nessa situação, é necessário distinguir entre tratamentos experimentais (sem evidência específica de eficácia) e aqueles os quais são considerados não testados pelo sistema público, mas já estão acessíveis no setor privado. No primeiro caso, a omissão administrativa no tratamento de determinada enfermidade pode ser questionada judicialmente por meio de ações individuais ou coletivas, porém, é importante destacar que deve haver uma instrução processual com ampla produção de provas (Brasil, 2010).

Em consequência, outros julgamentos conexos se destacam. O RE 657.718 (Brasil, 2019), também de relatoria de Gilmar Mendes, trata a respeito da possibilidade do fornecimento de medicamentos sem registros na Anvisa⁹, tendo seu julgamento concluído, com tese fixada, em 22 de maio de 2019. Na sua origem, tratou do fornecimento de medicamentos sem registros na Anvisa. Em linhas gerais, partindo do direito à saúde como um direito subjetivo público, consubstanciou que a judicialização da saúde resulta em duas faces: a proteção de um direito fundamental e a reserva do possível, uma vez que tal fenômeno acaba por garantir à saúde para os judicializados, mas fragiliza a concretização de políticas públicas gerais. Com isso, os ministros deram ênfase ao papel da Anvisa na análise de novos medicamentos, dando prioridade a segurança destes (Brasil, 2019).

Em conclusão, reforçou-se a tese onde o Estado, em regra, não pode ser obrigado a fornecer medicamentos experimentais, uma vez que a ausência de registro na Anvisa impede o fornecimento de medicamento por decisão judicial. A concessão judicial para dispensa de medicamento sem registro sanitário em decorrência de demora injustificada da Anvisa em avaliar a solicitação (prazo superior ao previsto na Lei 13.411/2016) pode ocorrer desde que preenchidos três requisitos: (i) a existência de solicitação de registro do fármaco no Brasil, exceto para medicamentos órfãos para doenças raras e ultrarraras; (ii) o registro do medicamento em agências de regulação conceituadas no exterior e (iii) a falta de substituto

⁹ Para uma análise mais aprofundada a respeito da judicialização de medicamentos sem registros na Anvisa, consultar Bosa e Maas (2020).

terapêutico registrado no Brasil. Ademais, ações as quais busquem o fornecimento de medicamentos sem registro na Anvisa devem ser necessariamente ajuizadas em face da União (Brasil, 2019).

Outrossim, aponta-se o julgamento do RE 566.471 (Brasil, 2018), de relatoria do Ministro Marco Aurélio, com redator para o acórdão o Ministro Luís Roberto Barroso, cujo desfecho ocorreu cerca de 15 anos após a realização da audiência pública da saúde de 2009, em sessão virtual extraordinária concluída em 20 de setembro de 2024. O recurso discutiu a possibilidade de fornecimento de medicamento de alto custo não incorporado ao SUS. No mérito, negou-se provimento ao recurso, fixando-se tese com repercussão geral. O STF ponderou entre o direito à saúde e os princípios da reserva do possível, igualdade de acesso e deferência à expertise técnica de órgãos, sem excluir outros, como a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (Conitec), reconhecendo que a concessão judicial de medicamentos não incorporados deve se restringir a hipóteses excepcionais, devendo as decisões judiciais serem fundamentadas a partir da medicina baseada em evidência (Brasil, 2024).

Mesmo o julgamento tendo sido concluído muito após a realização da audiência pública da saúde de 2009, esta é expressamente referida pelo relator Marco Aurélio e especialmente destacada no voto condutor do Ministro Luís Roberto Barroso, sendo citada como marco relevante para a compreensão do sistema de saúde pública e dos desafios enfrentados pelo SUS, inclusive no que se refere à incorporação de novas tecnologias e medicamentos. Ressalta-se que as informações nela colhidas foram essenciais para que o Judiciário compreendesse os impactos sistêmicos da judicialização da saúde e a necessidade de dar preferência à avaliação técnico-científica da Conitec – entre outros órgãos competentes –, órgão criado posteriormente à audiência pública como resposta institucional aos problemas diagnosticados naquele espaço. O mesmo ocorre com a jurisprudência firmada na STA 175 (Brasil, 2010), invocada como precedente paradigmático e utilizada para reforçar a tese de que a concessão judicial de medicamentos não incorporados pelo SUS, sem critérios rigorosos, pode comprometer a sustentabilidade do sistema. Com essa lógica, o STF sustentou que o Poder Judiciário não deve substituir o administrador público nas escolhas técnicas da política de saúde, arguindo que decisões judiciais sem critérios rigorosos podem

gerar impactos orçamentários imprevisíveis e desequilíbrio no sistema de prioridades (Brasil, 2024).

Em conjunto ao julgamento do RE 566.471 (Brasil, 2018), o STF julgou o RE 1.366.243 (Brasil, 2024), de relatoria do Ministro Gilmar Mendes, que debateu a responsabilidade solidária da União, dos Estados e dos municípios no que tange ao financiamento e fornecimento de medicamentos registrados na Anvisa, mas não incorporados às listas do SUS, e a competência da Justiça Federal para julgamento dessas demandas. Como dito anteriormente, a solidariedade dos entes federados em matéria de saúde é tese firmada pelo STF, contudo, entre outros pontos, a jurisprudência da Suprema Corte, no julgamento do RE 1.366.243 (Brasil, 2024), limitou a escolha do cidadão quanto a composição do polo passivo de tais demandas, determinando que as ações que tratam sobre o fornecimento de medicamentos não incorporados ao SUS, mas com registro na Anvisa, devem ser protocoladas na Justiça Federal, com a inclusão da União no polo passivo, quando o tratamento médico atinge ou ultrapassa 210 salários mínimos¹⁰ (Brasil, 2024).

Instituiu-se, nesse ponto, uma espécie de reformulação da ideia de solidariedade em matéria de saúde na qual observa-se uma contraposição a solidariedade *stricto sensu*, havendo uma mutação na forma como o STF interpreta e aplica a obrigação solidária dos entes federativos em matéria de saúde. Entre outros pontos relacionados ao custeio e à competência de demandas de saúde por medicamentos não incorporados, no que se refere ao seu deferimento ou indeferimento, o STF, no item quatro da decisão do RE 1.366.243 (Brasil, 2024), firma o entendimento de que, sob pena de nulidade do ato jurisdicional, o Poder Judiciário, ao apreciar pedido de concessão de medicamentos não incorporados, deverá, obrigatoriamente, analisar o ato administrativo comissivo ou omissivo da não incorporação pela Conitec e da negativa de fornecimento na via administrativa. No exercício do controle de legalidade, o Poder Judiciário não pode substituir a vontade do administrador, devendo limitar-se a verificar se o ato administrativo específico do caso concreto está em conformidade com as balizas da Constituição, da legislação de regência e da política pública do SUS (Brasil, 2024).

¹⁰ Esse valor é calculado com base no Preço Máximo de Venda ao Governo (PMVG) divulgado pela Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED).

Esse exame do ato administrativo que nega o fornecimento de medicamento não incorporado ao SUS limita-se à regularidade do procedimento e à legalidade do ato de não incorporação e do ato administrativo questionado em consonância com o controle de legalidade e com a teoria dos motivos determinantes, não sendo viável a incursão no mérito administrativo discricionário. Dessa forma, é ônus do demandante demonstrar, com fundamento na Medicina Baseada em Evidências, a segurança e eficácia do fármaco, bem como a inexistência de substituto terapêutico, uma vez que, conforme a STA 175 (Brasil, 2010), não basta a simples alegação de necessidade do medicamento, mesmo que acompanhada de relatório médico (Brasil, 2024).

Nesse contexto, o RE 566.471 (Brasil, 2018) fixou tese na qual, como regra, a ausência do fármaco nas listas oficiais impede o fornecimento judicial independentemente de seu custo. Excepcionalmente admite-se a concessão desde que cumulativamente analisado os seguintes requisitos: (i) ocorra a negativa de fornecimento do medicamento na via administrativa a partir da aferição da legalidade do ato administrativo nos termos do item 4 do RE 1.366.243 (Brasil, 2024); (ii) seja observada a ilegalidade do ato de não incorporação do medicamento pela Conitec a partir da ausência de pedido de incorporação ou da mora na sua apreciação¹¹; (iii) exista impossibilidade de substituição por outro medicamento constante nas listas do SUS e dos protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas; (iv) seja a necessidade do medicamento comprovada a partir da medicina baseada em evidências; (v) demonstração, a partir de laudo médico fundamentado e, inclusive, com descrição dos tratamentos já realizados, da imprescindibilidade clínica do medicamento e (vi) incapacidade financeira de arcar com o medicamento requerido (Brasil, 2024).

Denota-se que, em razão do crescimento dos números da judicialização da saúde no Brasil, o STF foi obrigado a se movimentar a partir dos casos concretos envolvendo diversas problemáticas a respeito do tema, inicialmente por meio da audiência pública da saúde que resultou em importantes julgados, determinando parâmetros a serem seguidos para o deferimento de prestações de saúde. A partir disso, ao explorar a jurisprudência paradigmática do STF, evidencia-se que os requisitos formulados pelo Tribunal, desde a STA 175 (Brasil, 2010), não foram totalmente superados nos julgados posteriores. Contudo, o

¹¹ Os prazos e critérios a serem observados são os previstos nos art. 19-Q e 19-R da Lei nº 8.080/1990 e no Decreto nº 7.646/2011.

conteúdo foi complementado e densificado, havendo uma evolução jurisprudencial que reflete uma mudança de postura do STF: sai-se de uma proteção subjetiva mais aberta do direito à saúde para um modelo de tutela mais técnico. E com maior ênfase na discricionariedade administrativa no que se refere a tomada de decisões das políticas públicas de saúde através de uma verificação da legalidade do ato que negou o fornecimento de determinado tratamento.

Os *standards* mínimos de proteção à saúde definidos pela Corte IDH seguem a mesma lógica, contudo, partem de uma premissa distinta, ou seja, definem parâmetros a serem adotados por políticas públicas, os quais o Judiciário deve observar em suas decisões, tendo como pressuposto a existência ou não de políticas públicas que cumpram tais *standards* e de negativas administrativas que violem esses mesmos standards.

O STF segue uma linha jurisprudencial evolutiva que abarca, de forma distinta, o deferimento de medicamentos e tratamentos incorporados ou não nas políticas públicas de saúde, compreendendo a necessidade da análise da legalidade do ato administrativo que indefere determinado medicamento ou tratamento de saúde. Chega, inclusive, a mencionar, quanto a isso, a necessária conformação do ato com preceitos constitucionais e regulamentares.

Portanto, pode-se dizer que há conformidade da jurisprudência do STF, em matéria de saúde, com os *standards* protetivos desse direito elencados pela Corte IDH. Contudo, essa conformidade concretiza-se a partir da análise judicial específica do ato administrativo que nega o fornecimento de determinado medicamento ou tratamento de saúde, visto que sua legalidade também parte de um controle de convencionalidade. É necessário que cada caso concreto julgado pelo Poder Judiciário, tanto em primeiro grau, quanto em instâncias superiores, seja examinado de maneira individualizada, verificando-se, no caso concreto, a existência de questões que estejam em desconformidade com os *standards* da Corte IDH, procedendo-se, dessa forma, com um controle de convencionalidade.

4. CONCLUSÃO

Em 2018, o caso *Poblete Vilches vs. Chile* (Corte IDH, 2018a) levou a Corte IDH a enfrentar, pela primeira vez, a tutela direta e autônoma do direito à saúde. A Corte IDH

estabeleceu *standards* de proteção mínimos para proteger o direito à saúde: disponibilidade, acessibilidade e qualidade. Esses parâmetros devem ser seguidos pelos Estados-partes, havendo um controle de convencionalidade entre o direito interno em relação ao arcabouço jurídico do SIDH, o que inclui a jurisprudência do STF.

Partindo disso, levantou-se os casos envolvendo a justiciabilidade direta do direito à saúde por meio do art. 26 da CADH (OEA, 1969), que são: Caso Poblete Vilches e outros vs. Chile (Corte IDH, 2018a), Caso Cuscul Pivaral e outros vs. Guatemala (Corte IDH, 2018b), Caso Hernández vs. Argentina (Corte IDH, 2019b), Caso Muelle Flores vs. Perú (Corte IDH, 2019a), Caso Manuela e outros vs. El Salvador (Corte IDH, 2021c), Caso Spoltore vs. Argentina (Corte IDH, 2020), Caso Guachalá Chimbo e outros vs. Equador (Corte IDH, 2021a), Caso Buzos Miskitos vs. Honduras (Corte IDH, 2018b), Caso Vera Rojas e outros vs. Chile (Corte IDH, 2021b), Caso Valencia Campos e outros vs. Bolívia (Corte IDH, 2022a), Caso Brítez Arce e outros vs. Argentina (Corte IDH, 2022b) e Caso Beatriz e outros vs. El Salvador (Corte IDH, 2024).

Nessa lógica, a judicialização da saúde no Brasil, desde o início dos anos 2000, é um fenômeno que tomou relevante espaço no âmbito do Poder Judiciário, resultando em elevados números das mais diversas demandas por saúde. Por conta disso, o STF passou a se manifestar a respeito da necessidade da criação de parâmetros para a judicialização da saúde, buscando efetivar a própria Constituição Federal. Em 2009 foi realizada a audiência pública da saúde, que permanece, até hoje, sendo subsídio de informações para a principal jurisprudência do STF em matéria de saúde, destacando-se neste trabalho a STA 175 (Brasil, 2010), o RE 657.718 (Brasil, 2019), RE 566.471 (Brasil, 2018) e RE 1.366.243 (Brasil, 2024).

Observa-se que o STF tem avançado por meio de uma linha jurisprudencial que busca, de um lado, garantir o direito à saúde nos termos constitucionais e, de outro, manter a sustentabilidade e continuidade das políticas públicas de saúde diante das problemáticas que a judicialização desse fenômeno apresenta, incorporando critérios a serem considerados pelo Poder Judiciário em ações dessa natureza. Ainda que a Corte IDH estabeleça os *standards* mínimos de proteção com base em uma perspectiva voltada à formulação e implementação de políticas públicas, o STF tem se debruçado sobre a existência ou não de políticas públicas de saúde e sobre a legalidade dos atos administrativos que negam medicamentos ou tratamentos, exigindo que estejam alinhados às normas infralegais e constitucionais, tendo

em vista que a força normativa convencional parte de aparatos constitucionais, o que representa uma conformidade com os *standards* interamericanos.

Dessa maneira, é possível afirmar que há compatibilidade entre a jurisprudência do STF e os *standards* definidos pela Corte IDH. No entanto, essa convergência não está efetivada de maneira imediata, visto que depende da atuação concreta do Judiciário brasileiro para examinar a existência ou não de políticas públicas de saúde e a legalidade das negativas administrativas à luz dos compromissos internacionais assumidos pelo Estado para, com isso, aplicar os demais critérios e requisitos elencados pelo STF. Isso implica que o controle de convencionalidade deve ser exercido caso a caso, assegurando que a resposta judicial observe as garantias materiais do direito à saúde, conforme estabelecido pela Corte constitucional brasileira a partir de uma convergência convencional.

REFÊRENCIAS

ANTUNES, Denise. Controle jurisdicional de convencionalidade e o constitucionalismo supranacional. **Revista Jurídica Luso-Brasileira**, Lisboa, ano 9, n. 6, p. 587-612, 2023. Disponível em: https://www.cidp.pt/revistas/rjlb/2023/6/2023_06_0587_0612.pdf. Acesso em: 17 jul. 2025.

BOSA, Anderson Carlos; MAAS, Rosana Helena. O fornecimento de medicamentos sem registro na ANVISA: uma análise frente aos critérios estabelecidos pelo STF. **Revista Direitos Sociais e Políticas Públicas (Unifafibe)**. Bebedouros, v. 8, n. 2, p. 340-370, mai./ago. 2020.

BOSA, Anderson Carlos; MAAS, Rosana Helena. A justiciabilidade do direito à saúde na Corte Interamericana de Direitos Humanos: uma análise do caso Poblete Vilches vs. Chile. **Revista UniRios**, Paulo Afonso, v. 15, n. 31, p. 258-278, 2021. Disponível em: https://www.unirios.edu.br/revistarios/media/revistas/2021/31/a_justiciabilidade_do_direito_a_saude_na_corte_interamericana_de_direitos_humanos.pdf. Acesso em: 4 abr. 2023.

BOSA, Anderson Carlos; DELAZERI, Luiz Henrique. A (im)possibilidade do fornecimento de medicamentos sem registro na ANVISA: um estudo acerca da jurisprudência do TJ-RS e dos critérios estabelecidos pelo STF no julgamento do RE 657.718/MG. *In*: GORCZEVSKI, Clovis; LEAL, Mônia Clarissa Hennig (org.). **Direitos e Políticas Públicas II**. Porto Alegre: Free Press, 2022. p. 459-485.

BOSA, Anderson Carlos; LEAL, Mônia Clarissa Hennig; MAAS, Rosana Helena. **Judicialização do direito à saúde e proteção de grupos vulneráveis**: diálogo multinível e atuação da Corte IDH e dos TRFs na perspectiva de um *Ius Constitutionale Commune Latino-Americano*. Curitiba: Íthala, 2024.

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

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Agravo Regimental no Recurso Extraordinário n. 271.286-8/RS**. Relator: Min. Celso de Mello, 12 de setembro de 2000a. Diário de Justiça, Brasília, DF, 24 nov. 2000.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Agravo Regimental no Recurso Extraordinário nº 255.627**. Relator: Ministro Nelson Jobim. Brasília, DF, 22 de novembro de 2000b. Disponível em: <https://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=AC&docID=617328>. Acesso em: 2 abr. 2023.

BRASIL. **Decreto nº 7.030, de 14 de dezembro de 2009**. Promulga a Convenção de Viena sobre o Direito dos Tratados, concluída em 23 de maio de 1969, com reserva aos artigos 25 e 66. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 15 dez. 2009.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Suspensões de Tutela Antecipada 175, 211 e 278; Suspensões de Segurança 3724, 2944, 2361, 3345 e 3355; Suspensão de Liminar 47**. Relator: Ministro Gilmar Ferreira Mendes. Brasília, DF, 16 de março de 2010.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Recurso Extraordinário n. 855.178/SE**. Repercussão Geral. Relator: Min. Luiz Fux, 5 de março de 2015. Tema 793. Diário de Justiça Eletrônico, Brasília, DF.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Recurso Extraordinário 566.471**. Relator: Ministro Marco Aurélio. Brasília, DF, 11 de setembro de 2018. Disponível em: <https://jurisprudencia.stf.jus.br/pages/search/repercussao-geral43/false>. Acesso em: 3 abr. 2023.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Repercussão Geral no Recurso Extraordinário 657.718**. Relator: Ministro Marco Aurélio. Brasília, DF, 22 de maio de 2019. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=4143144>. Acesso em: 2 jul. 2022.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Recurso Extraordinário 1.336.243**. Relator: Ministro Gilmar Mendes. Brasília, DF, 16 de setembro de 2024. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/jurisprudencia/obterInteiroTeor.asp?idDocumento=762992810>. Acesso em: 16 jul. 2025.

BURGORGUE-LARSEN, Laurence. La metamorfosis del trato de los derechos económicos y sociales en la jurisprudencia de la Corte Interamericana de los Derechos Humanos. *In*: BOGDANDY, Armin von; PIOVESAN, Flávia; ANTONIAZZI, Mariela Morales (coords.). **Direitos humanos, democracia e integração jurídica: avançando no diálogo constitucional e regional**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2011.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Judicialização e saúde: ações para acesso à saúde pública de qualidade**. Brasília, DF: CNJ, 2021. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/wp->

content/uploads/2021/06/Relatorio_Judicializacao-e-Sociedade_2021-06-08_V2.pdf. Acesso em: 2 jun. 2022.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA (CNJ). **Recomendação nº 123, de 7 de janeiro de 2022a**. Recomenda aos órgãos do Poder Judiciário a observância dos tratados e convenções internacionais de direitos humanos em vigor no Brasil e a utilização da jurisprudência da Corte Interamericana de Direitos Humanos (Corte IDH). Brasília, DF: CNJ, 2022.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA (CNJ). **Pacto Nacional do Judiciário pelos Direitos Humanos**. Brasília, DF: CNJ, 2022b. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/poder-judiciario/relacoes-internacionais/monitoramento-e-fiscalizacao-das-decisoes-da-corte-idh/pacto-nacional-do-judiciario-pelos-direitos-humanos/>. Acesso em: 3 ago. 2026.

CORTE INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS. **Caso Comunidad indígena Yakye Axa vs. Paraguay**. Sentença de mérito, reparações e custas. San José da Costa Rica, 17 de junho de 2005. Disponível em: https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_125_esp.pdf. Acesso em: 12 abr. 2023.

CORTE INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS. **Caso Ximenes Lopes vs. Brasil**. Sentença de mérito, reparações e custas. San José da Costa Rica, 4 de julho de 2006. Disponível em: https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_149_por.pdf. Acesso em: 11 jan. 2022.

CORTE INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS. **Caso Lagos del Campo vs. Perú**. Sentença de mérito, reparações e custas. San José da Costa Rica, 31 de agosto de 2017. Disponível em: https://www.corteidh.or.cr/corteidh/docs/casos/articulos/seriec_340_esp.pdf. Acesso em: 16 jan. 2022.

CORTE INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS. **Caso Poblete Vilches y otros vs. Chile**. Sentença de mérito, reparação e custas. San José da Costa Rica, 8 de março de 2018a. Disponível em: https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_349_esp.pdf. Acesso em: 11 jan. 2022.

CORTE INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS. **Caso Cuscul Pivaral y otros Vs. Guatemala**. Exceção Preliminar, Mérito, Reparções e Custas. Sentença de 23 de agosto de 2018b. Série C, n. 359.

CORTE INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS. **Caso Muelle Flores Vs. Perú**. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 6 de marzo de 2019a. Serie C, n. 375.

CORTE INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS. **Caso Hernández Vs. Argentina**. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 22 de noviembre de 2019b. Serie C, n. 395.

CORTE INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS. **Caso Spoltore Vs. Argentina.** Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 9 de junio de 2020. Serie C, n. 404.

CORTE INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS. **Caso Guachalá Chimbo y otros Vs. Ecuador.** Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 26 de marzo de 2021a. Serie C, n. 423.

CORTE INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS. **Caso Vera Rojas y otros Vs. Chile.** Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 1 de octubre de 2021b. Serie C, n. 439.

CORTE INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS. **Caso Manuela y otros Vs. El Salvador.** Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 2 de noviembre de 2021c. Serie C, n. 441.

CORTE INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS. **Caso Valencia Campos y otros Vs. Bolivia.** Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 18 de octubre de 2022a. Serie C, n. 469.

CORTE INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS. **Caso Brítez Arce y otros Vs. Argentina.** Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 16 de noviembre de 2022b. Serie C, n. 474.

CORTE INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS. **Caso Beatriz y otros Vs. El Salvador.** Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 22 de noviembre de 2024. Serie C, n. 549.

FIGUEIREDO, Mariana Filchtiner; SARLET, Ingo Wolfgang. **Algumas considerações sobre o direito fundamental à proteção e promoção da saúde aos 20 anos da Constituição Federal de 1988.** Brasília: Supremo Tribunal Federal, 2009. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/processoAudienciaPublicaSaude/anexo/Odireito%20a%20saudeaos20anosdaCFcoletaneaTania%20100409.pdf>. Acesso em: 17 jan. 2022.

LEAL, Mônia Clarissa Hennig; MAAS, Rosana Helena. **O *amicus curiae* e o Supremo Tribunal Federal:** fundamentos teóricos e análise crítica. Curitiba: Multideia, 2014.

LEAL, Mônia Clarissa Hennig; MORAES, Maria Valentina de. **Margem de apreciação nacional e diálogo institucional na perspectiva do Supremo Tribunal Federal e da Corte Interamericana de Direitos Humanos.** São Paulo: Tirant lo Blanch, 2021.

LOURENÇO, Silvia Maria da Silveira. Caso Ximenes Lopes versus Brasil: o cumprimento integral da sentença. **Revista do Instituto Brasileiro de Direitos Humanos**, Fortaleza, v. 12, n. 8, p. 207-226, jul. 2016. Disponível em: <http://revista.ibdh.org.br/index.php/ibdh/article/view/122>. Acesso em: 30 mar. 2023.

MACÊDO, Lucas Buril de. Contributo para a definição de ratio decidendi na teoria brasileira dos precedentes judiciais. **Revista dos Tribunais**, Brasília, DF, v. 234, n. 3, p. 303-327, ago. 2014. Disponível em: <https://bd.tjdft.jus.br/jspui/handle/tjdft/20741>. Acesso em: 17 jul. 2022.

MENDES, Gilmar Ferreira; BRANCO, Paulo Gustavo Gonet. **Curso de direito constitucional**. 6. ed. São Paulo: Saraiva, 2010.

ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS. **Convenção Americana sobre Direitos Humanos, de 22 de maio de 1969**. San José da Costa Rica: Assembleia Geral da OEA, 1969. Disponível em: https://www.cidh.oas.org/basicos/portugues/c.convencao_americana.htm. Acesso em: 24 set. 2020.

ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS. **Declaração Americana dos Direitos e Deveres do Homem**. Bogotá, 1948a. Disponível em: <https://www.oas.org/pt/cidh/mandato/Basicos/declaracao.asp>. Acesso em: 3 ago. 2026.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 10 de dezembro de 1948**. Paris: Assembleia Geral da ONU, 1948b. Disponível em: <https://www.oas.org/dil/port/1948%20Declara%C3%A7%C3%A3o%20Universal%20dos%20Direitos%20Humanos.pdf>. Acesso em: 14 nov. 2020.

PIOVESAN, Flávia. Direitos sociais: proteção no sistema internacional e regional interamericano. **Revista Internacional de Direito e Cidadania**, [s. l.], n. 5, p. 67-80, out. 2009. Disponível em: <https://www.inclusive.org.br/arquivos/12317>. Acesso em: 28 nov. 2021.

PIOVESAN, Flávia; FACHIN, Melina Girardi; MAZZUOLI, Valério de Oliveira. **Comentários à Convenção Americana sobre Direitos Humanos**. Rio de Janeiro: Forense, 2019.

RODRIGUES, Daniel dos Santos; LIMA, Jordão Horácio da Silva. Judicialização da saúde, acesso a medicamentos e diálogos institucionais. **Revista de Direito Administrativo e Constitucional**, Belo Horizonte, v. 21, n. 83, p. 161-180, jan./mar. 2021. Disponível em: <http://www.revistaaec.com/index.php/revistaaec/article/view/1294/896>. Acesso em: 3 abr. 2023.

SARLET, Ingo Wolfgang. Notas sobre a assim designada proibição de retrocesso social no constitucionalismo latino-americano. **Revista TST**, Brasília, DF, v. 75, n. 3, p. 116-149, jul./set. 2019. Disponível em: <http://www.abdpc.com.br/admin/midias/anexos/1440694885.pdf>. Acesso em: 27 jan. 2023.

TORRES, Ricardo. **O mínimo existencial, os direitos sociais e os desafios de natureza orçamentária**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2008.

VILLARREAL, Pedro A. El derecho a la salud en lo individual y en lo colectivo: la calidad en los servicios de salud a partir de Poblete Vilches vs. Chile. *In*: ANTONIAZZI, Mariela Morales; CLÉRICO, Laura (coord.). **Interamericanización del derecho a la salud: perspectivas de la Corte IDH**. México: Instituto de Estudios Constitucionales del Estado de Querétaro, 2019. p. 279-313. Disponível em:

https://www.mpil.de/files/pdf6/Interamericanizacion_del_derecho_a_la_salud..pdf#page=270. Acesso em: 27 mar. 2023.