

## A JUDICIALIZAÇÃO DO DIREITO A SAÚDE NA PANDEMIA DA COVID 19

### THE JUDICIALIZATION OF THE RIGHT TO HEALTH IN THE COVID 19 PANDEMIC

Clécio Wdson Campos<sup>1</sup>  
Dartagnan Plínio Souza Santos<sup>2</sup>

**RESUMO:** O direito a saúde é reconhecido constitucionalmente como um dever que o Estado tem de garanti-lo face a omissão de políticas voltadas ao seu fornecimento. Pois, com o desamparo, o cidadão necessita recorrer de forma judicial para reaver seu direito, gerando com isso o aumento das demandas no poder judiciário, contextualizado como judicialização. Esse fato foi recorrente em especial na época de pandemia, causado pela disseminação do vírus COVID-19 ao qual a população necessitava de medidas preventivas para evitar a superlotação de hospitais e postos. Por tanto, objetiva-se analisar a judicialização da saúde dentro do contexto da pandemia do Convid-19 no Brasil. Justifica-se que o direito à saúde foi inserido na nossa Constituição Federal no rol dos direitos sociais fundamentais visando o bem-estar e à qualidade de vida do cidadão de forma digna, onde o Estado deve formular políticas públicas e econômicas com objetivos a promover, proteger a saúde de toda a população. O método utilizado na pesquisa foi o bibliográfico através de pesquisas em livros, teses e artigos, jurisprudências, com método de abordagem dedutivo que permitiu buscar informações acerca do problema, obtendo-se os resultados esperados quanto a ausência de planejamento por parte do Estado em promover o acesso da saúde a todos de forma digna e igualitária, suprindo as necessidades de toda a população.

1313

**Palavras-chave:** Saúde. Judicialização. Pandemia.

**ABSTRACT:** The right to health is constitutionally recognized as a duty that the State has to guarantee it in the face of the omission of policies aimed at its provision. Because, with the helplessness, the citizen needs to appeal in a judicial way to recover his right, generating with this the increase of the demands in the judiciary, contextualized as judicialization. This fact was recurrent, especially during the pandemic, caused by the spread of the COVID-19 virus, in which the population needed preventive measures to avoid overcrowding hospitals and posts. Therefore, the objective is to analyze the judicialization of health within the context of the Covid-19 pandemic in Brazil. It is justified that the right to health was inserted in our Federal Constitution in the list of fundamental social rights aiming at the well-being and quality of life of the citizen in a dignified way, where the State must formulate public and economic policies with objectives to promote, protect the health of the entire population. The method used in the research was the bibliographic one through research in books, theses and articles, jurisprudence, with a deductive method of approach that allowed to search for information about the problem, obtaining the expected results regarding the absence of planning by the State in promoting access to health for all in a dignified and equal manner, meeting the needs of the entire population.

**Keywords:** Health. Judicialization. Pandemic.

<sup>1</sup>Discente do curso de Direito da Faculdade de Ilhéus, Centro de Ensino Superior, Ilhéus, Bahia.

<sup>2</sup>Docente do curso de Direito da Faculdade de Ilhéus, Centro de Ensino Superior, Ilhéus, Bahia.

## 1. INTRODUÇÃO

O direito à saúde no Brasil está elencado como direito fundamental no artigo 6º e artigos 196 ao 200 da Constituição Federal de 1988, sendo dever do Estado e da sociedade para com o cidadão, efetivado por meio de políticas econômicas e sociais direcionadas a reduzir o risco de doenças e moléstias, cujo objetivo é garantir o acesso universal e igualitário às práticas e serviços para o fomento e proteção deste direito.

Neste sentido, a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) visa estabelecer a coordenação e execução de políticas públicas para promover e proteger a saúde no Brasil, atuando com ações de vigilância sanitária e epidemiológica. Assim, quando esse direito não é totalmente garantido ou de fácil acesso, ocorre o fenômeno da judicialização, entendido como uma via por meio judicial que o cidadão tem para resolver questões de ordem política e social.

Partindo dessa premissa, o presente trabalho constrói a seguinte problemática: “Na pandemia do covid-19, por que houve aumento da judicialização da saúde?”.

Considerando a natureza do presente artigo, tem por objetivo geral analisar a judicialização da saúde dentro do contexto da pandemia do Covid-19 no Brasil. Tal objetivo se divide em objetivos específicos destacados em partes. Dessa forma, a primeira parte irá mostrar um breve histórico sobre o Sistema Único de Saúde (SUS) desde a sua formação com a carta magna em 1988 até os dias atuais. A segunda vai analisar o crescimento das demandas judiciais durante o covid-19 bem como a responsabilidade e competência dos entes federativos, e por fim, a terceira parte irá abordar como o Poder público necessita de políticas preventivas de enfrentamento a crises sanitárias para evitar falhas e consequentemente demandas no judiciário.

Desse modo, em termos metodológicos, a pesquisa é bibliográfica, baseada na legislação atualizada, doutrina, jurisprudências, juntamente com a exploração de artigos científicos existentes acerca do tema. Tem como método de abordagem, o dedutivo, através de um procedimento estruturalista que permitiu buscar informações acerca do problema, obtendo-se as conclusões adequadas.

Portanto, é relevante trazer o tema para discussão pois contribui de forma significativa para o conhecimento de todos, mostrando que o Estado tem a responsabilidade de garantir esse direito subjetivo, considerando que, mesmo antes da pandemia, a saúde

pública brasileira já continha falhas, tanto pela escassez de recursos, quanto pela ineficácia da gestão pública, cujo cidadão, desassistido, já se via obrigado a demandar na justiça tal direito. Tornando isso importante pois, será mostrado de que forma o aumento e procura da judicialização pode ser evitado, mediante implementação de políticas públicas de enfrentamento a crises.

## 1.O DIREITO A SAUDE NO BRASIL

O conceito de saúde envolve aspectos tanto objetivos quanto subjetivos. Conforme Werner (2018) saúde é o “estado de completo bem-estar físico, mental e social, não consistindo somente da ausência de uma doença ou enfermidade”, ou seja, é um equilíbrio entre o indivíduo e o meio ambiente, ao qual irá permitir que esse ser humano desenvolva seu papel social, familiar e laboral de forma digna:

A saúde é a expressão da qualidade de vida resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse de terra e acesso aos serviços de saúde. Assim, o resultado das formas de organização social da produção pode gerar desigualdades nos níveis de vida, ocasionando o adoecimento, sequelas e até a morte. (TOMÉ; RIZZO 2022, pág. 22).

A saúde é fator primordial para o desenvolvimento da sociedade, constando na Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948 onde define que todo ser humano tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar-lhe a sua família, saúde e bem-estar, bem como alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis, por isso, a vida saudável além de ser responsabilidade do indivíduo no âmbito privado, deve ter proteção e tutela também do Poder Público, sendo indissociável do direito à vida, que tem por inspiração o valor de igualdade entre as pessoas.

No plano internacional, o Brasil é signatário do Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais das Nações Unidas e do Protocolo Adicional à Convenção Americana sobre Direitos Humanos, ao qual estabelece o artigo 12 do pacto que os Estados reconhecem o direito de toda pessoa de desfrutar o mais elevado nível possível de saúde física e mental, e o artigo 10 do protocolo determina que toda pessoa tem direito à saúde, compreendendo-se como saúde o gozo do mais alto nível de bem-estar físico, mental e social.

No contexto brasileiro, o direito à saúde foi uma conquista do movimento da Reforma Sanitária que com o advento da Carta Magna, foi estabelecido garantias fundamentais para que todo cidadão tenha as mínimas condições de gozar seus direitos:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988, online)

A saúde está relacionada ao rol de direitos sociais por estar diretamente ligada ao direito à vida e à existência digna, sendo considerado pela doutrina e ordenamento jurídico brasileiro um dever do Estado e uma garantia de todo cidadão.

Menciona-se a repercussão geral no STF de número 793: “Os entes da federação, em decorrência da competência comum, são solidariamente responsáveis nas demandas prestacionais na área da saúde, e diante dos critérios constitucionais de descentralização e hierarquização”. (SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL, 2019, online).

São classificados pela doutrina pátria como direitos de segunda dimensão, ao qual exige uma atuação ativa do Poder Público em favor dos menos favorecidos e dos setores economicamente mais debilitados da sociedade. (TAVARES, 2003 apud MALLMAN, 2012).

Como se trata de direito fundamental, refletiu a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) pela Constituição, baseado nos princípios da igualdade, do acesso universal e da integralidade. Este é considerado um dos maiores sistemas públicos de saúde existentes no mundo conforme descrito pelo Ministério da Saúde e disposto no artigo 198 da Constituição Federal: “As ações e os serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes” (BRASIL, 1998).

Dessa forma, a formação do SUS foi através de um processo de redemocratização que mesmo com muitos problemas que o torna deficiente, representou um avanço no cenário anterior a Constituição de 1988. A historicidade do direito a saúde é marcada por grandes períodos.

O primeiro período é chamado Brasil colônia datado de 1500 a 1822 durante o período colonial quando predominava as práticas religiosas cujas doenças eram vistas como castigo ou provação:

Através da manipulação de plantas, uso de banhos, inalação de vapores e outras práticas, as práticas de saúde eram desenvolvidas por pajés, físicos boticários e cirurgiões barbeiros. Com a vinda dos padres jesuítas ao Brasil, surgiram as primeiras Santas Casas de Misericórdia, em Santos (1543) e em Salvador (1549). A partir de então, a saúde passou a ter um caráter assistencialista, no qual algumas doenças passaram a ser tratadas nas enfermarias das santas casas. Neste período, predominava a noção de assistência à saúde como prática de caridade. Em 1808, com a chegada da Família Real ao Brasil, instituiu-se no país políticas médicas de intervenção na condição de vida e saúde da população, com ênfase na vigilância e

controle de epidemias. Nesta época, havia forte influência da teoria miasmática na Europa, o que repercutiu no modelo de saúde vigente, creditando aos meios físicos como a água e o ar a origem das doenças. Em 22 de janeiro de 1810 foi publicado um Alvará Sanitário que determinava a criação de um lazareto para a quarentena de viajantes e de escravos portadores de moléstias epidêmicas, sendo uma medida de controle dos portos e das cidades. Apenas a autoridade sanitária poderia conceber o visto de entrada de pessoas nas cidades. (PEREIRA, 2021, online).

Após esse período, há o Brasil império, datado de 1822 a 1889, época em que descobriu o microscópio e a existência de microrganismos. “Essa concepção estimulou as ações de prevenção de diversas doenças infecciosas, trazendo sucesso no controle de doenças como a cólera.” (PEREIRA, 2021, online).

Entre 1889 e 1930 houve a República Velha, época da medicina higienista advinda da infestação de doenças infecciosas devido as condições precárias de higiene e saneamento com o surgimento da industrialização e do capitalismo.

Em 1903, Oswaldo Cruz é nomeado Diretor Geral de Saúde Pública, tendo como principal desafio no começo de sua atividade no órgão implementar medidas de controle dos surtos de varíola. Em 1904, iniciou a campanha de vacinação compulsória contra a varíola, na qual a brigada sanitária entrava nas casas das pessoas e as vacinavam compulsoriamente. Essa forma de agir gerou uma revolução popular conhecida como revolta da vacina. A partir do sucesso no controle dos surtos de varíola, passou-se a adotar principalmente o modelo sanitaria-campanhista como modelo de assistência à saúde, centrando as ações de saúde pública nas práticas de vigilância sanitária, notificação de doenças, vacinação obrigatória, saneamento e higiene urbana. Em 1920, a Diretoria Geral de Saúde Pública foi extinguida, dando lugar ao Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), sob direção do médico, pesquisador e sanitaria Carlos Chagas. ” (PEREIRA, 2021, online)

Logo após, veio a era Vargas de 1930 a 1964 onde houve a criação do Ministério da Educação e Saúde (MESP) e o Instituto de Aposentadoria e Pensões (IAP), bem como o Ministério da Saúde, com objetivo de dar assistência as pessoas não seguradas da previdência.

O Autoritarismo de 1964 a 1985 dividiu as ações da Previdência em órgãos especializados:

Criou-se o Sistema Nacional de Previdência Social (SINPAS), que congregou o Instituto de Administração da Previdência e Assistência Social (IAPAS), o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), criado pela fusão das IAPs, e o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS). Em 1974, foi criado o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), que implementou o Plano de Pronta Ação, possibilitando às clínicas e hospitais privados contratados pela Previdência a atender casos de urgência de qualquer indivíduo, segurados ou não pela Previdência. Em 1975, é proposta a criação do Sistema Nacional de Saúde através da lei 6.229/75 durante a V Conferência Nacional de Saúde. A realização da Conferência de Alma-Ata, em 1978, ampliou

mundialmente o debate sobre os modelos de atenção à saúde, discutindo a importância da Atenção Primária à Saúde, o que repercutiu também no Brasil. Em 1982, é instituído o Plano CONASP, que extinguiu o pagamento por unidades de serviços ao setor privado contratado pelo INAMPS, implantou as autorizações para internação hospitalar (AIH) e possibilitou, através das Ações Integradas de Saúde (AIS), o acesso aos serviços previdenciários e de saúde pública, para a população não segurada. Durante a década de 1970, setores da sociedade começaram a organizar o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRS), que contava com estudantes, profissionais de saúde, sindicatos, associações de moradores e intelectuais, dando destaque ao CEBES e à ABRASCO. Esse movimento ganhou força ao final da década de 70 e início dos anos 1980, quando foram ampliados os debates sobre a necessidade de criação de um Sistema Único de Saúde para o Brasil e os textos base para a construção da VIII Conferência Nacional de Saúde foram elaborados. (PEREIRA, 2021, online)

Por fim, há o período da nova República datado de 1985 a 1988. “Em 1986, a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde permitiu a participação da sociedade civil organizada no processo de construção de um novo modelo de saúde, norteada pelo princípio da “Saúde como direito de todos e dever do Estado. ”” (PEREIRA, 2021, online).

Em 1987, enquanto se discutiam “o financiamento e a operacionalização do Sistema Único de Saúde, o Governo cria o Sistema Único Descentralizado de Saúde (SUDS), que representou a descentralização das ações para o âmbito dos estados e municípios. ” (PEREIRA, 2021, online). Assim, em 1988, criou o Sistema Único de Saúde por meio dos artigos 194 a 200 da Constituição Federal, ao qual foi regulamentado em 1990 através das Leis de n. ° 8.080/90 e 8.142/90. Logo, o direito à saúde foi reconhecido como direito subjetivo público, competindo ao Estado garantir a saúde de todos os cidadãos.

**Quadro 1: A evolução das políticas voltadas ao direito a saúde após 1988**

ANO	ACONTECIMENTOS
1988	Criação do Cinasems; Promulgação da Constituição Federal e reconhecimento do direito universal de saúde por meio do SUS: "Saúde é direito de todos e dever do Estado."
1990	Desmobilização do inamps; Lei do SUS n.º 8.080 e Lei n.º 8.142 regulam os serviços, a participação da sociedade e as bases do funcionamento do SUS;
1991	NOB 21; FUNASA; Programa Agentes Comunitários de Saúde; Comissão de Intergestores Tripartite; PNI recebe o prêmio criança e Paz da UNICEF;
1992	Plano nacional de eliminação do sarampo; 9º conferência nacional de saúde;
1993	Projeto Aids; Descentralização NOB93;
1994	Programa saúde da Família; Repasse fundo a fundo;
1995	I Congresso dos Secretários Municipais da saúde das américas; Redução da mortalidade na infância;

1996	Medidas de combate ao consumo de cigarros; Rede interagencial de informações para saúde (Ripsa); Criação da central nacional de armazenagem e distribuição de imunobiológicos(CENADI); Criação do CPMF; Descentralização NOB93; Lei dos antirretrovirais;
1997	Expansão do PSF; Sistema Nacional de transplantes; piso de Atenção Básica (PAB); Lei dos planos de saúde;
1998	Política nacional dos medicamentos;
1999	Criação da ANVISA; Política Nacional de medicamentos genéricos; Criação do subsistema de atenção à saúde Indígena
2000	ANS; Emenda Constitucional n° 29
2001	Lei da reforma psiquiátrica; NOAS
2002	Programa Nacional de controle de Dengue
2003	Política Nacional de Atenção às Urgências; Câmara de regulação de mercado de medicamentos (CMED); PCNM; Programa bolsa família; 12° Conferência Nacional da saúde;
2004	Programa Farmácia Popular do Brasil; Política Nacional de saúde bucal; Política nacional de Atenção integral a saúde da mulher; Hemobras;
2005	Política Nacional de direitos sexuais e reprodutivos
2006	Pacto pela saúde: Municipalização x Regionalização
2007	Primeira quebra de patente de medicamento no Brasil;
2008	Implantação das UPAs; Núcleo de apoio à saúde da família;
2009	Primeira audiência pública sobre judicialização da saúde; Política nacional de atenção integral à saúde da população negra e do homem;
2010	Estratégia nacional de vacinação contra o H1N1; Secretaria especial de saúde indígena; Universidade aberta do SUS; Redes de atenção à saúde (RAS);
2011	Regulamentação do cartão Nacional de saúde; Estratégia da rede cegonha; Regulamentação da Lei 8.080; Rede de Atenção Psicossocial;
2012	Lei complementar n° 141;
2013	Programa mais médicos;
2015	Setor de saúde abre-se ao capital estrangeiro; Política nacional de atenção integral à saúde da criança
2016	Emenda Constitucional do teto de gastos públicos
2018	Planejamento regional integrado (PRI)

Diante do que foi exposto, tem-se que o sistema público de saúde antes da promulgação da Constituição, atendia a quem contribuía para a Previdência Social, sendo centralizado e de responsabilidade federal. Após a carta magna, passou a ser para todos, sem discriminação pois trata-se de um direito descentralizado. Por isso, é necessário que as políticas públicas façam uma melhor distribuição dos recursos, objetivando que as necessidades principais da população sejam prioridade, como a saúde para evitar as demandas judiciais como meio de tornara eficaz o acesso a esse direito, principalmente em situações como a pandemia do Convid-19 que se disseminou de forma rápida, gerando uma situação caracterizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como pandemia de âmbito mundial.

### **1.1O papel do Estado enquanto garantidor do direito à saúde**

Como foi abordado, a saúde está relacionada ao rol de direitos sociais por estar diretamente ligada ao direito à vida e à existência digna, sendo considerado pela doutrina e ordenamento jurídico brasileiro um dever do Estado e uma garantia de todo cidadão. Assim, deve o Estado assegurar o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, nos termos dispostos no artigo 196 da Constituição Federal de 1988.

1320

Ficando incumbido ao Poder Público “sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado” (BRASIL, 1988). Assim, é de responsabilidade da União, estados, Distrito Federal e municípios adotar medidas sanitárias e sociais adequadas, de maneira que as prestações sejam positivas para o seu cumprimento:

O Estado precisa cumprir alguns mandamentos relacionados ao direito à saúde, tais como: i) o princípio da dignidade humana; ii) o direito ao mínimo existencial em saúde, que se refere a “um conjunto de bens indispensáveis para satisfação dos seus direitos fundamentais primários”; iii) a vedação do retrocesso social, que impede que haja redução da atuação estatal que já tenha sido consolidada socialmente; e iv) o dever de progresso, que diz respeito à melhoria qualitativa e quantitativa das prestações de saúde. Trata-se de um direito de satisfação progressiva que não é absoluto, ou seja, não comporta como dever do Estado a garantia de acesso pelos indivíduos a toda e qualquer prestação de saúde existente. (SCHULZE, 2019, p. 29 apud VIEIRA, 2020, p.10).

Dessa forma, tem-se que o artigo 198 determina que:

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: i) descentralização, com direção única em cada esfera de

governo; ii) atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; e iii) participação da comunidade (BRASIL, 1988, online)

Portanto, a garantia de prestação de serviços de saúde é devida a todas as pessoas que dela necessitem, devendo atender os indivíduos de forma igual no que seja necessário mediante a implementação de políticas públicas para assegurarem os direitos constitucionais inerente a pessoa humana em especial diante a realidade brasileira que foi vivenciada na época do covid-19 no ano de 2019, onde percebeu-se a existência de diversas barreiras que impediam o cidadão de exercer seu direito fundamental diante o aumento desenfreado da doença e seu acesso à saúde, que por muitas vezes se tornou negligenciado e limitado, sendo obrigados a reavê-los de forma judicial.

### 1.1 O Mecanismo da judicialização

Levando em consideração a saúde pública brasileira antes da pandemia, entende-se que esta já continha falhas, tanto pela escassez de recursos, quanto pela ineficácia da gestão pública, cujo cidadão, desassistido, já se via obrigado a demandar na justiça tal direito. Assim, após a pandemia, em função do aumento do acionamento do Poder Judiciário por parte dos cidadãos que requerem do Estado a garantia de acesso a medicamentos, exames, internações e serviços, o direito a saúde vem sendo bastante discutido e colocado em pauta devido a prestação dessas garantias não estarem sendo efetivadas.

1321

Com isso, o cidadão precisa acionar o Poder Judiciário de forma judicial, objetivando obrigar o Poder Público a fornecer os elementos necessários a manutenção do direito constitucional. (VIERIA, 2020, p. 10). Dessa forma, ocorre a judicialização do direito à saúde cujos cidadãos estão legitimados para reivindicar seus direitos por meio de ação judicial contra o Sistema Único de Saúde.

Nesse sentido, faz com que estabeleça diretrizes para que o Poder Judiciário possa lidar com essas demandas de maneira mais assertiva e rápida perante à sociedade. (VIEIRA, 2020, p. 11)

Surgiu no Brasil quando a população com HIV/AIDS necessitava de medicamentos retrovirais que não eram fornecidos de forma gratuita pelo SUS, e diante essa situação precisavam acionar o STF através do Recurso Extraordinário nº 271.286/RS, ao qual concedia com base no dever previsto no artigo 5º e 196 da Constituição Federal de 1988.

Logo, no que se refere a judicialização:

Trata-se de um fenômeno mundial por meio do qual importantes questões políticas, sociais e morais são resolvidas pelo Poder Judiciário ao invés de serem solucionadas pelo poder competente, seja este o Executivo ou o Legislativo. O fenômeno da judicialização significa levar ao conhecimento do Judiciário matéria que não foi resolvida, como deveria, pelo Poder Executivo ou pelo Poder Legislativo. (MANSUR, 2017, online)

O direito à saúde no Brasil trata-se de um direito público subjetivo ao qual os indivíduos podem exigir do Estado a garantia desse direito, sendo necessário que as políticas públicas façam uma melhor distribuição dos recursos, objetivando que as necessidades principais da população sejam prioridade, como a saúde para evitar as demandas judiciais como meio de tornara eficaz o acesso a esse direito.

Portanto, o aumento da procura da judicialização poderia ser evitado mediante implementação de políticas públicas de enfrentamento às crises, tendo em vista que a prestação da saúde envolve recursos escassos em uma sociedade complexa, devendo haver planejamentos anteriores, que precisam ser analisados levando em consideração ocorrências passadas, onde a incidência de litígios desta natureza cresceu de forma exponencial, evidenciando ainda mais, as falhas estruturais da saúde brasileira.

1322

## 1.A PANDEMIA DO COVID 19 NO BRASIL

O Covid-19 surgiu na cidade chinesa de Wuhan no ano de 2019, relacionado aos casos de pneumonia com origem desconhecida. A doença causada pelo novo Coronavírus ou SARS-CoV-2 começou a se espalhar em escala global, chegando no Brasil em março de 2020.

A pandemia, ocasionou “repercussões não apenas de ordem biomédica e epidemiológica em escala global, mas também repercussões e impactos sociais, econômicos, políticos, culturais e históricos sem precedentes.” (OPAS, 2022, online)

“A covid-19 é, por definição, uma infecção respiratória aguda causada pelo vírus SARS-CoV-2, que pertence à família dos coronavírus. Trata-se de um vírus de fácil transmissão e que afeta o sistema respiratório, ocasionando sintomas como tosse, febre, cansaço, dores pelo corpo e dificuldade para respirar.” (OPAS, 2022, online)

Na época, o Brasil começou a enfrentar as consequências geradas pela disseminação do vírus, quais sejam, a morte de milhares de pessoas, sobrecarregamento dos sistemas de saúde, a urgência de testagem de medicamentos e vacinas, escassez de recursos diante o

grande número de pessoas infectadas de forma sintomática ou assintomática, que por vezes estas últimas dificultavam o controle da doença.

A medida mais urgente tomada pela Organização Mundial da Saúde e do Governo foi decretar estado de quarentena, atrelado ao distanciamento social para toda a população e isolamento total para quem estivesse infectado, juntamente com o uso obrigatório de máscara. Essa medida gerou grande choque econômico que impactou diretamente o mercado de trabalho e suas relações trabalhistas, ocasionando instabilidade para muitos:

A estimativa de infectados e mortos concorre diretamente com o impacto sobre os sistemas de saúde, com a exposição de populações e grupos vulneráveis, a sustentação econômica do sistema financeiro e da população, a saúde mental das pessoas em tempos de confinamento e temor pelo risco de adoecimento e morte, acesso a bens essenciais como alimentação, medicamentos, transporte, entre outros. (GUITARRARA, 2023, online)

Com isso, os efeitos do coronavírus vão além do impacto social e sanitário que se ver até os dias atuais, onde o Estado deve reagir diante as dificuldades da população que cada vez mais depende do Sistema Único de saúde e outros órgãos a eles vinculados.

### **1.1 A crise sanitária e a escassez de recurso**

“Todo o sistema de Seguridade Social no Brasil, criado com a Constituição Federal de 1988, foi colocado em prova diante da equação dos problemas nas áreas da Saúde, Assistência Social e Previdência” (TELES, 2021, online). Diante a nova realidade trazida pelo vírus, havia instabilidade em diversos setores devido à falta de preparo e ações preventivas com a ocorrência da crise sanitária que o Brasil passava:

O avanço da pandemia pelo território nacional levou à superlotação de hospitais e ao colapso do sistema de saúde em muitas regiões do país, o que resultou na falta de leitos de UTI para pacientes graves bem como na escassez de materiais de segurança (EPI) para profissionais de saúde e também de elementos básicos para o tratamento dos doentes — como foi o caso da crise de oxigênio em Manaus, no estado do Amazonas, marcada pela falta de cilindros de oxigênio nos hospitais no mês de janeiro de 2021. (GUITARRARA, 2023, online)

O setor da saúde se encontrava fragilizado, pois o número de pessoas contaminadas era maior do que o SUS poderia suportar, tendo em vista que a maioria da população não tem plano de saúde e depende exclusivamente dos serviços do Sistema Único.

O insuficiente conhecimento científico, sua alta velocidade de disseminação e capacidade de provocar mortes em populações vulneráveis, geram incertezas sobre quais seriam as melhores estratégias a serem utilizadas para o enfrentamento da epidemia.

(GUITARRARA, 2023, online). Por não saberem que tipo de vírus era, os profissionais se viam trabalhando no “escuro” devido a insegurança científica e social do momento.

**Figura 1:** Número de casos e óbitos da Covid-19 até 31 de março de 2023



**Fonte:** Ministério da saúde, 2023.

**Figura 2:** Número de casos e óbitos da Covid-19 por estado até março de 2023

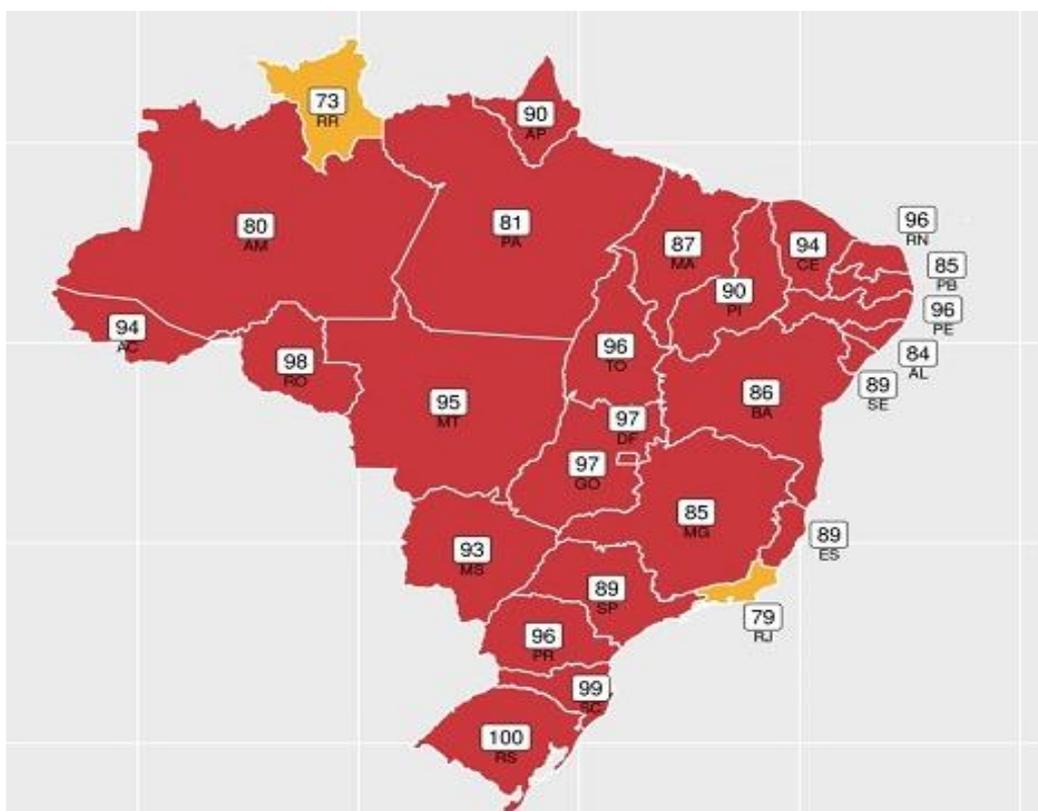
	Casos	Óbitos	Incidência/100mil hab.	Mortalidade/100mil hab	Atualização
✓ Brasil	37.258.663	700.239	17729,8	333,2	31/03/2023 11:28
> Centro-Oeste	4.299.683	66.049	26383,2	405,3	31/03/2023 11:28
> Sul	7.913.520	110.768	26399,5	369,5	31/03/2023 11:28
> Norte	2.891.136	51.570	15686,3	279,8	31/03/2023 11:28
> Nordeste	7.331.567	134.805	12846,2	236,2	31/03/2023 11:28
> Sudeste	14.822.757	337.047	16773,2	381,4	31/03/2023 11:28

**Fonte:** Ministério da saúde, 2023.

Esse painel mostra como as mortes refletem o despreparo em que a saúde brasileira se encontra, além disso, a má gestão dos recursos financeiros e a interdependência da rede pública municipal e estadual, dificultam o processo. Isso faz com que haja um grande aumento no número de demandas judiciais para fazer valer o direito constitucionalmente garantido e sem acesso.

Assim, diante o colapso ao qual a saúde enfrentava, faltavam recursos para ampliar as UTIs de imediato pois, compreendem uma area bastante complexa que requer tempo e investimento.

**Figura 3:** Taxa de ocupação de leitos de UTI no SUS em %



Fonte: CASTRO, 2021

O mapa abaixo relata a ocupação das UTIs do SUS no ano de 2021 mostrando que das “27 unidades federativas, 24 estados e o Distrito Federal estão com taxas de ocupação iguais ou superiores a 80%, sendo 15 com taxas iguais ou superiores a 90%. Em relação às capitais, 25 das 27 estão com essas taxas iguais ou superiores a 80%, sendo 19 delas superiores a 90%.” (CASTRO, 2021, online)

Nesse sentido, tanto as pessoas quanto os profissionais se viam desamparadas pois a medida em que o vírus avançava, mais crítico ficava a situação que necessitava

urgentemente de uma melhora na capacidade de atendimento e infraestrutura adequada para conseguir atender a demanda.

## 1.A JUDICIALIZAÇÃO DO DIREITO A SAÚDE NA PANDEMIA DO COVID 19

No que tange ao dever do Estado, este deve garantir o direito à saúde conforme o nosso sistema democrático de direito prever. Porém, tendo em vista as falhas na prestação dos serviços do SUS, e também da omissão do Poder Público, esse direito passou a ser demandado através da via judicial quando não garantido.

A grave crise sanitária ocasionada pela pandemia do covid-19 tornou propício o crescente aumento da judicialização, onde muitos tentavam assegurar o cumprimento por parte do poder Público dos direitos fundamentais previstos, ou ainda assegurar as aplicações das medidas de segurança que estavam sendo impostas para minimizar os riscos de contaminação:

Analisar a judicialização, nesse momento de pandemia, traz à tona o fato de haver um enorme contingente da sociedade brasileira que não é devidamente assistido pelo Poder Público, ressaltando a fragilidade do sistema, a potencialização do agravamento da COVID-19, bem como a possível elevação do número de óbitos decorrentes dessa enfermidade. (JÚNIOR; PIMENTEL, 2021, p. 20)

Essa situação marcou a sociedade pela desigualdade e diferença da concentração de renda no país onde muitos se viam obrigados a demandar na justiça seu direito devido o despreparo em que se encontrava a saúde no Brasil.

Conforme Conselho Nacional de justiça apontados pelo professor e desembargador do Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul, Ingo Sarlet, mostra que “desde março de 2020, há mais de 8,5 mil ações em andamento referente à Covid-19; mais de 10,6 mil decisões e mais de cinco mil processos classificados como de alta complexidade em impacto e repercussão. ” (CNJ, 2021, online).

“Na Justiça Federal houve aumento no número de processos em 2020 cujos tribunais regionais federais possuíam 265.468 processos entre 2015 e 2020, contabilizando ainda que em 2015, havia 36.673 casos novos, mas, em 2020, foram 58.744. ” (SIMPOJUD, 2021, online).

Dessa forma, o Supremo Tribunal Federal criou um site onde é possível acompanhar dados atualizados sobre todos os processos em curso relacionados à pandemia, bem como ter ciência das decisões já tomadas pela Corte até presente momento, visto que o site é atualizado a cada instante.

Figura 4: Painel de Ações Covid-19

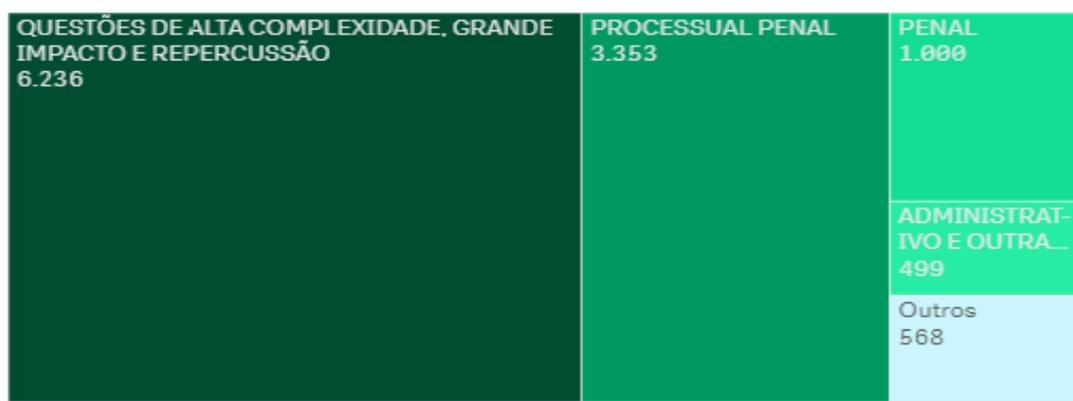


Fonte: STF, 2023.

O site foi uma forma de manter o cidadão ciente do atual momento em que estávamos passando com um dos pilares da seguridade social, a saúde. Serviu também de alerta às futuras possíveis crises que pudessem ocorrer, pois foi possível identificar as falhas existentes.

As demandas tinham como requerentes conforme Júnior, Pimentel (2021) tanto pacientes invocando a garantia do direito à saúde, a vida, acesso a leitos, respiradores e outros equipamentos ou medicamentos como profissionais, acarretando um grande volume processual.

Figura 5: Distribuição referente as áreas de demandas judiciais



Fonte: SFT, 2023.

Diante disso, é importante abordar que muitas foram as dificuldades enfrentadas pelos municípios e estados e com o crescimento de ações ajuizadas contra a União, por isso foi aprovada pelo Senado a Lei Complementar (LC) n. 173, de 27 de maio de 2020, que estabeleceu o Programa Federativo de Enfrentamento ao Coronavírus SARS-CoV-2.

Com a pandemia, foi sendo descoberto a fragilidade das políticas públicas, e a ausência de ações de enfrentamento a crises sanitárias por parte do governo federal, governadores e prefeitos que não possuíam de maneira imediata ações corretivas para sanar tais problemas, tendo como consequência o aumento da judicialização dos casos relacionados ao acesso a saúde devido as falhas na gestão e disfunções dos sistemas.

Por isso, é necessário que as políticas públicas façam uma melhor distribuição dos recursos, objetivando que as necessidades principais da população sejam prioridade, evitando assim o acionamento do poder judiciário como meio de tornar eficaz o acesso a esse direito.

#### 4.1. Decisões judiciais atinentes ao direito à saúde no contexto da pandemia

O papel exercido pelo poder judiciário na pandemia foi importante na efetivação do direito constitucional à saúde. Com isso, medidas foram tomadas na tentativa de conseguirem atender as demandas e minimizar os riscos causados pelo vírus. As matérias que consideradas típicas do âmbito de deliberação do Poder Legislativo ou Executivo vêm sendo, constantemente, resolvidas/decididas/concretizadas pelo Poder Judiciário, mais precisamente pelo Supremo Tribunal Federal (STF). (GARIBOTI, 2022)

Sendo assim, retrata-se que, consoante à Silva (2020, p. 335 apud GARIBOTI, 2022, online), “ o Poder Judiciário ganhou o papel de efetivador de direitos sociais, em especial do direito à saúde, diante da violação ou inércia do Estado, ressaltando que tal direito, diante da sua importância e magnitude, normalmente, anseia por medidas céleres”.

Dentre as medidas atinentes tomadas, pode-se citar que o STF reafirmou a competência de estados e municípios nas tomadas de medidas contra a COVID-19 por meio da ADI n. ° 6.341:

EMENTA: REFERENDO EM MEDIDA CAUTELAR EM AÇÃO DIRETA DA INCONSTITUCIONALIDADE. DIREITO CONSTITUCIONAL. DIREITO À SAÚDE. EMERGÊNCIA SANITÁRIA INTERNACIONAL. LEI 13.979 DE 2020. COMPETÊNCIA DOS ENTES FEDERADOS PARA LEGISLAR E ADOTAR MEDIDAS SANITÁRIAS DE COMBATE À EPIDEMIA INTERNACIONAL. HIERARQUIA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. COMPETÊNCIA COMUM. MEDIDA CAUTELAR PARCIALMENTE DEFERIDA. (STF - MC-ED ADI: 6.341 DF - DISTRITO FEDERAL 0088693-70.2020.1.00.0000, Relator: Min. Marco Aurélio, Data de Julgamento: 15/04/2020, Data de Publicação: DJe-097 23/04/2020).

Ou seja, os estados e os municípios não precisam de autorização da União para adotar medidas de restrição durante pandemia. Cita-se também “os processos ACO’s 3.473, 3.474, 3.475, 3.478 e 3.483, nos quais o Supremo Tribunal Federal ordenou que a

União volte a custear de leitos de UTI nos estados do Maranhão, São Paulo, Bahia, Piauí e Rio Grande do Sul. ” (GARIBOTI, 2022, online), devido ao congestionamento causado pelo grande número de infectados.

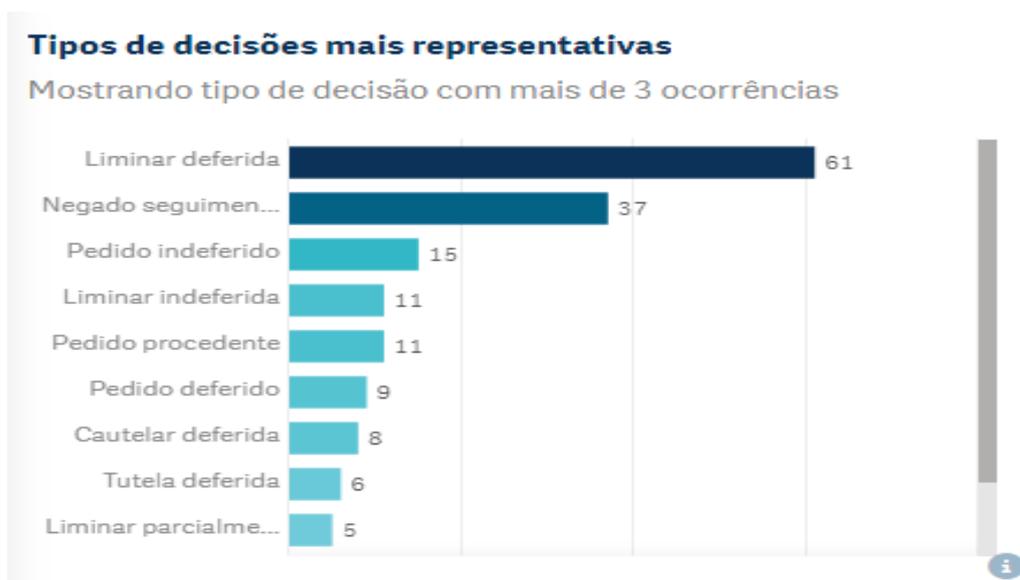
O site da Justiça Federal menciona ainda as medidas e liminares tomadas na à época:

Outras medidas importantes foi o reconhecimento da legitimidade da redução da jornada de trabalho e salário em decorrência da crise (ADI 6363), a Medida Provisória (MP) 966/2020, que trata da responsabilização dos agentes públicos durante a crise de saúde pública, no sentido de que os atos desses agentes durante a pandemia devem observar critérios técnicos e científicos de entidades médicas e sanitárias (ADI 6421). Suspensão pela corte da Medida Provisória 928/2020 que limitava o acesso às informações prestadas por órgãos públicos durante a emergência de saúde pública decretada em razão da pandemia do novo coronavírus (ADIs 6351, 6347 e 6353) (JUSTIÇA FEDERAL (TRF2), 2023, online)

Além disso, para que a população ficasse ciente da realidade ao qual o Brasil enfrentava, o Ministro Alexandre de Moraes promoveu o amplo e livre acesso à informação, “onde determinou que o Ministério da Saúde restabelecesse na integralidade, a divulgação diária dos dados epidemiológicos sobre a pandemia da Covid-19, inclusive no site do órgão (ADPF 690). ” (GARIBOTI, 2022, online)

Nessa perspectiva, deve haver um empenho dos três níveis de governo, para que as normas constitucionais sejam efetivadas, trazendo ao plano concreto a materialização dos direitos fundamentais, a fim de possibilitar uma vida saudável à população.

**Figura 6:** Tipo de decisões tomadas na pandemia do Covid-19



**Fonte:** SFT, 2023.

Tais medidas cumprem não apenas a efetivação de direitos, mas evidenciam o dever ético de governantes e a necessidade de um Estado capaz de promover a equidade.

## 1. IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS RELACIONADAS À SAÚDE

Diante a judicialização do direito à saúde, é necessário que as políticas públicas façam uma melhor distribuição dos recursos, objetivando que as necessidades principais da população sejam prioridade, evitando as omissões do Estado.

“Se a oferta de determinado bem ou serviço está prevista em política pública, constitui dever de o Estado garantir o acesso, competindo ao Poder Judiciário o controle sobre a atuação do Poder Executivo, a fim de garantir que esse bem ou serviço não seja negado.” (VIEIRA, 2020, p. 53)

As políticas que são implementadas, além de visar o acesso a saúde, deve respeitar os princípios constitucionais de universalidade e igualdade de bens e serviços, garantindo a sua atuação nas diversas classes sociais, visto que o Sistema Único de Saúde é fundamental, e a atuação do Estado precisa abrangente.

De acordo com Buss e Pellegrini Filho, considera-se quatro os níveis de políticas que atuam sobre os determinantes sociais da saúde:

1º nível – políticas que atuam sobre os fatores comportamentais e estilo de vida com abrangência nacional; 2º nível – políticas que garantem rede de apoio, envolvendo ações coletivas; 3º nível – políticas que atuam sobre as condições materiais e psicossociais nas quais as pessoas vivem e trabalham (água limpa, esgoto, habitação adequada, alimentos saudáveis e nutritivos, emprego, ambientes de trabalho saudáveis, serviços de saúde e de educação de qualidade, entre outros); e 4º nível – políticas macroeconômicas e de mercado de trabalho, de proteção ambiental e de promoção da cultura de paz e solidariedade. (BUSS; FILHO, 2007, n.p., 2007 apud VIEIRA, 2020, p. 54)

1330

Por isso, a garantia do direito à saúde deve ser garantida por meio da formulação de políticas voltadas a área social e econômica com objetivo de minimizar os fatores que colocam em risco a condição do indivíduo, pois, a divisão dos recursos do Estado é feita de forma discriminatória, resultando em mais desigualdades de acesso a bens e a serviços de saúde no país.

Assim, a judicialização estar ligada a questões ligadas à implementação e manutenção das políticas públicas de saúde já existentes, necessitando de melhoras na execução pelos entes federados. Além disso, o governo precisa se preparar de forma estratégica em ações sociais e sanitárias visando crises pandêmicas futuras.

Dessa forma, o país conseguirá visualizar os riscos e onde deve ser injetado investimentos para conseguir atender as demandas do SUS e com isso, evitar o aumento de

processos judiciais que são consequências da falta de preparo de planos de enfrentamento a crises.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pandemia de covid-19 tornou mais vulnerável o Sistema Único de Saúde, que, desde a sua criação, a população brasileira passou a ter direito à saúde universal e gratuita financiada com recursos da União, Estados, Distrito Federal e municípios.

Durante o período pandêmico que ocorreu no Brasil e no mundo, o uso do SUS pela população brasileira entrou em colapso diante o acesso aos serviços, constituindo um confronto entre direito constitucionalmente garantido e a realidade que se mostrava em um contexto de escassez de recursos, ao qual o Governo que não possuía planos estratégicos imediatos para serem aplicados em momentos de crises sanitárias.

E, considerando a realidade brasileira, percebeu-se que o cidadão, encontrou diversas barreiras para exercer seu direito fundamental diante o aumento desenfreado da doença e seu acesso à saúde, que por muitas vezes se tornou negligenciado e limitado, sendo obrigados a reavê-los de forma judicial.

Nesse sentido, conclui-se que o aumento e procura da judicialização poderia ser evitado mediante implementação de políticas públicas de enfrentamento à crises, tendo em vista que a prestação da saúde envolve recursos escassos em uma sociedade complexa, por tanto deve haver planejamentos anteriores, que devem ser analisados levando em consideração ocorrências passadas na história do SUS, onde a incidência de litígios desta natureza cresceu de forma exponencial, evidenciando ainda mais, as falhas estruturais da saúde brasileira.

1331

## REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. De 05 de outubro de 1988. Brasília. Disponível em < <http://www.planalto.gov.br/constituicao.hmt>> Acesso em 23 de setembro de 2022.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **ADI: 6.341 DF - DISTRITO FEDERAL 0088693-70.2020.1.00.0000**, Relator: Min. Marco Aurélio, Data de Julgamento: 15/04/2020, Data de Publicação: DJe-097 23/04/2020.

BRASIL, **Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais**. 1992. Disponível

em<<https://www.oas.org/dil/port/1966%20Pacto%20Internacional%20sobre%20os%20Direitos%20Econ%C3%B3micos,%20Sociais%20e%20Culturais.pdf>> Acesso em 25 de março de 2023.

BRASIL. **Código Civil de 2002.** Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2002/L10406.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/L10406.htm)>. Acesso em 6 de outubro de 2022.

BRASIL. **Declaração Universal dos Direitos Humanos.** Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/cidadania-e-justica/2009/11/declaracao-universal-dos-direitoshumanos-garante-igualdade-social>>. Acesso em 05 de outubro de 2022.

CNJ. **Pós pandemia: Mediação pode prevenir judicialização na saúde.** 2021. Disponível em<<https://www.cnj.jus.br/pos-pandemia-mediacao-podera-ser-ferramenta-para-prevenir-judicializacao-na-saude/>> Acesso em 06 de novembro de 2022.

CASTRO, Regina. **Observatório Covid-19 aponta maior colapso sanitário e hospitalar da história do Brasil: (Agência Fiocruz de Notícias).** 2021. Disponível em<<https://www.paho.org/pt/covid19/historico-da-pandemia-covid-19>> Acesso em 02 de abril de 2023.

GARIBOTI, Diuster de Franceschi. **Direito constitucional.** 2022. Disponível em<CI[https://www.conteudojuridico.com.br/consulta/artigos/59647/a-judicializacao-da-sade-na-pandemia-uma-anlise-acerca-da-efetivao-do-direito-sade-atravs-da-judicializacao-da-poltica-no-contexto-covid-19](https://www.conteudojuridico.com.br/consulta/artigos/59647/a-judicializacao-da-sade-na-pandemia-uma-analise-acerca-da-efetivao-do-direito-sade-atravs-da-judicializacao-da-poltica-no-contexto-covid-19)> Acesso em 15 de abril de 2023.

1332

GUIARRARA, Paloma. **"Pandemia de covid-19"; Brasil Escola.** Disponível em: <https://brasilecola.uol.com.br/geografia/pandemia-de-covid-19.htm>. Acesso em 02 de abril de 2023.

JULIANO, Iraildes Andrade; SIMÕES; Aliana Ferreira de Souza; SOUZA, Luis Eugenio Portela Fernandes de. **Judicialização da saúde e pandemia de covid-19: novos desafios para os sistemas de saúde e de justiça.** Disponível em<<https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/170717/181060>> Acesso em 15 de abril de 2023.

JUSTIÇA FEDERAL (TRF<sub>2</sub>). **Painel inclui principais decisões do Supremo relacionadas à Covid-19\*.** 2020. Disponível em <

<https://www10.trf2.jus.br/comite-estadual-de-saude-rj/painel-inclui-principais-decisoes-do-supremo-relacionadas-covid-19/>> Acesso em 15 de abril de 2023.

QUAGLIATO, Pedro. **Crise da Covid-19 provoca o aumento da judicialização da saúde no Brasil.** 2022. Disponível em< <https://www.conjur.com.br/2021-mai-17/guagliato-covid-19-provoca-aumento-judicializacao-saude>> Acesso em 06 de outubro de 2022

MALLMAN, Edaurda. **Direito à saúde e a responsabilidade do Estado.** 2012. Disponível em <<https://www.direitonet.com.br/artigos/exibir/7652/Direito-a-saude-e-a-responsabilidade-do-Estado>> Acesso em 05 de outubro de 2022.

MANSUR, Sâmea Luz. **Breves apontamentos sobre o termo "Judicialização", frequentemente citado em informativos do STF e STJ.** 2017. Disponível em<<https://samealuz.jusbrasil.com.br/artigos/389418859/o-fenomeno-da-judicializacao-na-sociedade-contemporanea>> Acesso em 02 de abril de 2023.

Ministério da saúde. **Painel Coronavírus.** 20223. Disponível em<<https://covid.saude.gov.br/>> Acesso em 02 de abril de 2023.

OPAS (Organização pan-americana de saúde). **Pandemia de COVID-19 desencadeia aumento de 25% na prevalência de ansiedade e depressão em todo o mundo.** 2022. Disponível em<<https://www.paho.org/pt/noticias/2-3-2022-pandemia-covid-19-desencadeia-aumento-25-na-prevalencia-ansiedade-e-depressao-em>> Acesso em 02 de abril de 2023.

PARANHOS, Vinícius Lucas. **Efetividade dos provimentos judiciais na garantia do direito à saúde: Estudo sobre as decisões inaudita altera parte no fornecimento gratuito de medicamentos pelo Estado.** 2011. Disponível em <<https://www.sumarios.org/artigo/efetividade-dos-provimentos-judiciais-na-garantia-do-direito-%C3%A0-sa%C3%BAde-estudo-sobre-decis%C3%B5es> > Acesso em 06 de outubro de 2022.

PEREIRA, Camilo Lelis Jota. **Da criação do sus aos problemas éticos no contexto da atenção primária à saúde.** 2021. Disponível em<[https://www.academia.edu/90953001/Da\\_cria%C3%A7%C3%A3o\\_do\\_SUS\\_aos\\_Problemas\\_%C3%A9ticos\\_no](https://www.academia.edu/90953001/Da_cria%C3%A7%C3%A3o_do_SUS_aos_Problemas_%C3%A9ticos_no)> Acesso em 02 de abril de 2023.

PIMENTEL, Douglas Gonçalves; JÚNIOR, Marcos Henrique Fernandes. **A Judicialização da saúde em face da pandemia do Covid-19.** 2021. Disponível em:<<https://repositorio.animaeducacao.com.br/bitstream/ANIMA/13901/1/ARTIGO%20JUDICIALIZA%C3%87%C3%83O%20COVID%20VERS%C3%83O%20DEFINITIVA%20.docx>> Acesso em 19 de novembro de 2022.

RIZZO, Paulo Sérgio; TOMÉ, Leonor Fernandes de Faria. **A JUDICIALIZAÇÃO AO DIREITO À SAÚDE: O papel do Sistema Único de Saúde em tempos de pandemia.** 2022. Disponível em< <file:///C:/Users/User/Downloads/4-Paulo+Rizzo+-+PIC.pdf>> Acesso em 07 de outubro de 2022.

SILVA, José Afonso da. **Curso de direito constitucional positivo.** São Paulo: Malheiros, 2007.

SIMPOJUD. Portal CNJ-Pesquisa aponta impacto da pandemia e traz indicadores para basear Plano Nacional para a saúde. 2021. Disponível em<[https://www.sinpojud.org.br/subpage.php?id=17652\\_09-06-2021\\_portal-cnj-pesquisa-aponta-impacto-da-pandemia-e-traz-indicadores-para-basear-plano-nacional-para-a-sa-de](https://www.sinpojud.org.br/subpage.php?id=17652_09-06-2021_portal-cnj-pesquisa-aponta-impacto-da-pandemia-e-traz-indicadores-para-basear-plano-nacional-para-a-sa-de)> Acesso em 21 de novembro de 2021.

SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. Tema 793 - **Responsabilidade solidária dos entes federados pelo dever de prestar assistência à saúde.**2022. Disponível < <https://portal.stf.jus.br/jurisprudenciaRepercussao/verAndamentoProcesso.asp?incidente>

=4678356&numeroProcesso=855178&classeProcesso=RE&numeroTema=793> Acesso em 05 de outubro de 2022.

SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. **Painel de ações covid-19.** 2023. Disponível em<<https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/170717/181060>> Acesso em 15 de abril de 2023.

WERNER, Patrícia, Ulson Pizarro. **Direito à saúde.** 2018. Disponível em<<https://enciclopediajuridica.pucsp.br/verbete/170/edicao-1/direito-a-saude>> Acesso em 09 de outubro de 2022.

VIEIRA, Fabiola Sulpino. **Direito. À saúde no brasil: seus contornos, judicialização e a necessidade da macrojustiça.** 2020. Disponível em <[https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/9714/1/TD\\_2547.pdf](https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/9714/1/TD_2547.pdf)> Acesso em 25 de março de 2023.