

FACULDADE SANTA LUZIA - FSL CURSO DE DIREITO

**DIREITO MÉDICO PREVENTIVO E SUA CONTRIBUIÇÃO PARA A
REDUÇÃO DA JUDICIALIZAÇÃO: ANÁLISE DOUTRINÁRIA E
JURISPRUDENCIAL.**

**ORIENTANDO: DOMINGOS SOUSA DO NASCIMENTO
ORIENTADOR: PROF. FILIPE DA SILVA COELHO**

SANTA INÊS - MA

2025

DOMINGOS SOUSA DO NASCIMENTO

**DIREITO MÉDICO PREVENTIVO E SUA CONTRIBUIÇÃO PARA A
REDUÇÃO DA JUDICIALIZAÇÃO: ANÁLISE DOUTRINÁRIA E
JURISPRUDENCIAL.**

Artigo Científico apresentado à
disciplina Trabalho de Conclusão de
Curso II, do Curso de Direito da
Faculdade Santa Luzia
- FSL.

Prof. Orientador: Filipe Da Silva
Coelho

SANTA INÊS-MA

2025



FACULDADE
Santa Luzia

(19374) FACULDADE SANTA LUZIA – FSL
CREDENCIAMENTO - MEC / PORTARIA MINISTERIAL Nº 1.166 DE

DOMINGOS SOUSA DO NASCIMENTO

DIREITO MÉDICO PREVENTIVO E SUA CONTRIBUIÇÃO PARA A
REDUÇÃO DA JUDICIALIZAÇÃO: ANÁLISE DOUTRINÁRIA E
JURISPRUDENCIAL.

Data da Defesa: 28 de 11 de 25

BANCA EXAMINADORA

Filipe da Silva Coelho

Orientador

PROF. FILIPE DA SILVA COELHO

Mariana Azerêdo Rodrigues de Almeida

Examinador 1

Nome Completo e Titulação

Caio Fábio Rodrigues de Camargo

Examinador 2

Nome Completo e Titulação

Nota: 10,0

RESUMO

O artigo examina o Direito Médico Preventivo como ferramenta capaz de reduzir a crescente judicialização da medicina no Brasil, tomando como problema de pesquisa a questão: em que medida essa abordagem preventiva pode diminuir litígios envolvendo profissionais de saúde? O estudo, de natureza qualitativa e bibliográfica, demonstra que a maior parte das ações judiciais decorre menos de erro técnico e mais de falhas de comunicação, ausência de consentimento informado e registros clínicos incompletos. A análise do Código Civil, do Código de Defesa do Consumidor e do Código de Ética Médica revela que deveres de informação, transparência e diligência estruturam a responsabilidade civil médica e funcionam como bases para práticas preventivas. O trabalho também articula contribuições da bioética, do biodireito e da jurisprudência, evidenciando que condutas como comunicação clara, prontuários precisos, consentimento formalizado e governança institucional fortalecem a autonomia do paciente e reduzem riscos jurídicos. Conclui-se que o Direito Médico Preventivo é instrumento essencial para aprimorar a segurança assistencial, reduzir conflitos e promover relações clínicas mais equilibradas e confiáveis.

Palavras-Chave: Direito Médico; Judicialização; Responsabilidade Médica; Prevenção; Segurança do Paciente.

ABSTRACT

This article examines Preventive Medical Law as a tool capable of reducing the growing judicialization of medicine in Brazil, taking as its research problem the question: to what extent can this preventive approach reduce litigation involving healthcare professionals? The study, of a qualitative and bibliographical nature, demonstrates that most lawsuits stem less from technical error and more from communication failures, lack of informed consent, and incomplete clinical records. The analysis of the Civil Code, the Consumer Protection Code, and the Medical Ethics Code reveals that duties of information, transparency, and diligence structure medical civil liability and serve as the basis for preventive practices. The work also articulates contributions from bioethics, biolaw, and jurisprudence, showing that conduct such as clear communication, accurate medical records, formalized consent, and institutional governance strengthen patient autonomy and reduce legal risks. It concludes that Preventive Medical Law is an essential instrument for improving healthcare safety, reducing conflicts, and promoting more balanced and reliable clinical relationships.

Keywords: Medical Law; Judicialization; Medical Liability; Prevention; Patient Safety.

INTRODUÇÃO

A judicialização da medicina tornou-se um fenômeno expressivo no Brasil, revelando desafios crescentes na relação entre profissionais de saúde, pacientes e o sistema jurídico. Em um contexto de ampliação dos direitos fundamentais, maior acesso à informação e crescente complexidade tecnológica e assistencial, a atividade médica passou a ser avaliada não apenas pelo aspecto técnico, mas também pelos seus elementos éticos, documentais e jurídicos. Observa-se que parcela significativa dos litígios não decorre de erro médico propriamente dito, mas de falhas comunicacionais, ausência de consentimento informado adequado e registros clínicos incompletos, fatores que fragilizam a confiança e impulsionam o recurso ao Judiciário. Esse cenário evidencia a necessidade de práticas preventivas que reduzam riscos e fortaleçam a segurança jurídica no exercício profissional.

Diante dessa realidade, o presente artigo formula o seguinte problema de pesquisa: em que medida o Direito Médico Preventivo pode atuar como mecanismo eficaz para reduzir a judicialização da medicina no Brasil? A relevância do estudo decorre do impacto crescente das demandas judiciais na prática clínica, na organização institucional dos serviços de saúde e na sustentabilidade do sistema, exigindo estratégias que conciliem qualidade assistencial, autonomia do paciente e segurança jurídica.

O objetivo geral consiste em analisar a importância do Direito Médico Preventivo como instrumento capaz de mitigar litígios e aprimorar a relação médico-paciente. Como objetivos específicos, busca-se: (i) identificar as principais causas da judicialização da medicina, especialmente aquelas relacionadas ao dever de informar e à documentação clínica; (ii) examinar o arcabouço normativo que orienta a conduta preventiva, com ênfase no Código Civil, no Código de Defesa do Consumidor e no Código de Ética Médica; e (iii) apresentar diretrizes e estratégias capazes de fortalecer práticas preventivas no âmbito individual e institucional.

O artigo está organizado em três partes. A primeira aborda os fundamentos conceituais e éticos do Direito Médico Preventivo. A segunda analisa as causas da judicialização da medicina e os limites da intervenção judicial na área da saúde. A terceira parte apresenta diretrizes práticas de prevenção jurídica, destacando comunicação qualificada, consentimento informado, registros clínicos completos e governança institucional como pilares para a redução de litígios e a promoção da segurança

METODOLOGIA

O presente trabalho adota uma abordagem qualitativa, de natureza exploratória e analítica, voltada à compreensão do fenômeno da judicialização da medicina e à investigação dos fundamentos jurídicos, éticos e normativos que embasam o Direito Médico Preventivo. Optou-se por esse tipo de abordagem por permitir uma análise interpretativa e contextual das normas, princípios e decisões judiciais relacionadas à conduta médica, de modo a identificar como a integração entre o Direito e a prática clínica pode contribuir para a redução dos litígios e para o fortalecimento da segurança jurídica nas relações entre médico e paciente.

Do ponto de vista técnico, o estudo caracteriza-se como pesquisa bibliográfica e documental, desenvolvida com base em doutrinas consagradas do Direito Civil, do Biodireito e da Bioética, bem como em legislações, códigos e resoluções que regulamentam a conduta médica no Brasil.

O método de análise empregado é o dedutivo, partindo de conceitos gerais da responsabilidade civil e dos princípios éticos do exercício profissional da medicina para chegar à compreensão específica do Direito Médico Preventivo como instrumento jurídico capaz de mitigar litígios e promover a segurança do paciente. Tal escolha metodológica justifica-se pelo propósito de articular teoria e prática, permitindo a interpretação sistemática das normas em conjunto com a doutrina e a jurisprudência, em consonância com os objetivos do trabalho.

DESENVOLVIMENTO

Conforme Cabral, Arquette e Moreira (2024), a relação médico-paciente deixou de ser marcada por um modelo hierárquico, no qual o profissional detinha total autoridade decisória, para assumir uma estrutura horizontalizada, em que prevalece a autonomia do paciente, a dignidade da pessoa humana e a necessidade de atuação conjunta e comunicativa entre ambas as partes. Essa alteração decorre da evolução da bioética e do biodireito, que deslocaram o foco exclusivamente beneficente da prática clínica para um modelo baseado no respeito à individualidade, à autodeterminação e aos direitos existenciais.

Nessa perspectiva, o Direito Médico Preventivo surge como resposta ao aumento

da judicialização da medicina e às novas exigências éticas que recaem sobre o profissional da saúde. Segundo França (2014), a atividade médica envolve responsabilidades de elevada sensibilidade humana, razão pela qual seus agentes precisam estar pautados em regras éticas e jurídicas que busquem evitar abusos, prevenir riscos e proteger a integridade do paciente. O ato médico, para ser legítimo, deve fundamentar-se em condutas prudentes, diligentes e transparentes, evidenciando que a prevenção não é mero adendo, mas parte estrutural da boa prática clínica.

Conforme Cabral, Arquette e Moreira (2024), a medicina preventiva, em seu sentido clínico tradicional, objetiva reduzir a incidência de doenças e promover a saúde coletiva, sem relação direta com questões jurídicas. A medicina defensiva, por outro lado, refere-se à adoção de condutas motivadas pelo temor da responsabilização civil ou penal, levando o profissional a solicitar exames desnecessários ou evitar procedimentos mais complexos. Diferentemente dessas duas, o Direito Médico Preventivo não encoraja práticas defensivas nem se limita à prevenção biomédica, mas propõe mecanismos ético-jurídicos que buscam diminuir o risco de litígios através da comunicação clara, do consentimento adequadamente formalizado e da documentação precisa.

Nesse contexto, a responsabilidade civil e a boa-fé objetiva desempenham papéis centrais. De acordo com França (2014), a relação médico-paciente é marcada pela confiança, elemento essencial que vincula diretamente o profissional ao dever de agir de maneira leal, cuidadosa e transparente. Esse dever coincide com os princípios da boa-fé objetiva, que, conforme reforçam Cabral, Arquette e Moreira (2024), impõem obrigações laterais de prudência, cooperação e informação. Assim, o Direito Médico Preventivo encontra fundamento no entendimento de que, sendo o paciente detentor de direitos existenciais, somente poderá exercer sua autonomia quando receber informações adequadas e compreensíveis acerca de seu estado de saúde e das condutas terapêuticas propostas.

A evolução da ética médica para a bioética e o biodireito aprofundou ainda mais esse movimento preventivo. Conforme Cabral, Arquette e Moreira (2024), a bioética introduziu princípios que ultrapassam o paternalismo e passaram a exigir do profissional postura dialógica e respeitosa em relação às escolhas do paciente. Essa transição resultou na incorporação do consentimento informado como condição indispensável para a validade jurídica e ética do ato médico. Para França (2014) a ausência de informação adequada ou o desrespeito à autonomia configura não apenas falha ética, mas potencial violação jurídica capaz de gerar responsabilidade civil, mesmo quando não há erro técnico

na conduta clínica.

Assim, os fundamentos do Direito Médico Preventivo articulam-se a partir de quatro eixos principais: a transformação da relação médico-paciente pela prevalência da autonomia e da dignidade; a necessidade de comunicação efetiva e registro documental como instrumentos de segurança; a compreensão da responsabilidade civil como mecanismo pedagógico e preventivo; e a incorporação de princípios da bioética e do biodireito como parâmetros de validade do exercício profissional. Como ressaltam Cabral, Arquette e Moreira (2024), a prevenção, no âmbito jurídico, não se limita a evitar litígios, mas pretende promover relações mais éticas, transparentes e seguras.

PRINCIPAIS CAUSAS DA JUDICIALIZAÇÃO DA MEDICINA

O Código Civil Brasileiro estabelece o arcabouço normativo da responsabilidade civil médica ao definir, em seu artigo 186, que aquele que, por ação ou omissão voluntária, negligência ou imprudência, causar dano a outrem comete ato ilícito. O artigo 927 complementa ao impor o dever de indenizar aquele que, mediante conduta ilícita, provocar prejuízo a terceiro, enquanto o artigo 951 delimita a responsabilidade dos profissionais liberais, que somente respondem quando demonstrada culpa. Dessa forma, o ordenamento brasileiro consagra a regra da responsabilidade subjetiva para os profissionais da saúde, exigindo a comprovação de culpa, dano e nexo causal.

No entanto, conforme Venosa (2017), o exercício da medicina não pode ser analisado sob os mesmos critérios aplicáveis a outras atividades técnicas, já que lida com a incerteza biológica e com fatores imprevisíveis. Por essa razão, a responsabilidade do médico é caracterizada como obrigação de meio, e não de resultado. O profissional da saúde compromete-se a empregar diligência, prudência e conhecimento técnico, sem garantir a cura. Essa natureza jurídica diferencia a atuação médica de outras profissões, em que o resultado é o elemento central da prestação.

Ao abordar a responsabilidade civil médica sob a perspectiva dos conceitos bioéticos, a autora destaca que esse tema possui grande relevância no campo da bioética, especialmente quando, na relação médico-paciente, ocorre a falta ou a ruptura de confiança, elemento essencial dessa interação. Além disso, essa questão também está inserida no âmbito jurídico, pois envolve as legislações materiais e processuais dos diferentes países, especialmente diante de eventuais controvérsias ou demandas judiciais relacionadas. Um exemplo de quebra de confiança na relação médico-paciente, que pode

gerar a responsabilização cível do profissional, é apresentado na ementa a seguir:

Ementa: APELAÇÃO CÍVEL. RESPONSABILIDADE CIVIL. MÉDICA. AÇÃO DE INDENIZAÇÃO POR DANOS MATERIAIS, MORAIS E ESTÉTICOS. TRATAMENTO DERMATOLÓGICO FACIAL COM TÉCNICA ABRASIVA. 51 DEMORA NA RECUPERAÇÃO. FALHA NA PRESTAÇÃO DO SERVIÇO CONFIGURADA. CONDOTA MÉDICA ADOTADA SEM O CONSENTIMENTO ESCLARECIDO DA PACIENTE. A responsabilidade civil médica fundamenta-se na culpa, seja por força do art. 14, §4º, do CDC, quanto do art. 951 do Código Civil. No caso em tela, a perícia técnica comprovou que o réu utilizou técnica adequada para a realização do procedimento de peeling por dermoabrasão, sendo esse também o tratamento recomendado para a patologia sofrida pela autora (acne severa). Contudo, ficou igualmente assentado que a autora apresentava particularidades, que poderiam influenciar no resultado do tratamento, e inclusive em sua recuperação. E não obstante o réu tenha colhido o “consentimento escrito” da paciente, o fato é que se trata de um documento genérico, padronizado, que não esclarece especificamente os riscos do procedimento contratado. Logo, falhou, o réu, por não esclarecer pontualmente o risco possível (e até esperado) de ocorrer recuperação lenta, de a autora poder passar por longo período de recomposição da pele de seu rosto (e, nesse, com sua aparência bastante prejudicada – rosto ‘em carne viva’). Não houve informação, também, de que apesar de todos esses riscos, o resultado do procedimento poderia vir a ser “pobre”, praticamente inexistente, o que poderia influenciar diretamente na sua opção por não realizar o referido tratamento. A simples aposição de uma assinatura num termo de consentimento informado constitui um bom indício de ter havido o esclarecimento, não serve como prova plena de que efetivamente houve o necessário esclarecimento prévio do paciente, para o qual é imprescindível um diálogo minucioso entre médico e paciente. No caso em tela, o documento de fl. 128 não cumpre a finalidade de informar a autora pontualmente sobre os riscos decorrentes do procedimento contratado. Trata-se de um documento padronizado, com letras miúdas e de teor genérico, que se aplica a todo e qualquer tratamento médico, mas que não traz informações específicas quanto aos riscos inerentes ao caso específico do tratamento ao qual a autora iria se submeter. O relato do próprio médico demandado refere uma série de detalhes sobre os tipos de acne que a autora possuía [comedônica, pápulo-pustulosa], os tipos de drenos necessários, a imprescindibilidade de se combinar o procedimento mecânico com a terapia medicamentosa, a possibilidade de ‘alguma correção em caso de recidiva de acne, o que deveria ocorrer em torno de 6 meses’, os cuidados pósprocedimento que deveriam ser adotados, a

necessidade de retorno à clínica dentro de 10 a 15 dias após a intervenção, etc. Nenhuma dessas informações, contudo, constou no termo de fl. 128. Além disso, os campos “abertos/em branco” não foram preenchidos apenas com a caligrafia da autora. Danos materiais limitados ao valor gasto com o tratamento que não surtiu efeito desejado, devendo ser restituído à autora o que essa pagou aos réus, de forma simples, acrescida dos consectários legais. Dano estético transitório, que não justifica indenização autônoma, na peculiaridade do caso. Dano moral configurado, considerado in re ipsa, diante não só do estado deplorável do rosto da autora, durante razoável período de tempo, mas também do fato da violação da sua autodeterminação, pois concordou com determinado procedimento sem ter sido devidamente esclarecida sobre todas as circunstâncias relevantes. Quantum indenizatório fixado em R\$10.000,00, quantia que se tem como condizente com as circunstâncias do caso, especialmente levando-se em conta que a responsabilização do réu não tem como fundamento algum erro médico propriamente dito, mas sim a ausência de adequado esclarecimento sobre os riscos presentes, antes de obter o consentimento da paciente. APELAÇÃO PARCIALMENTE PROVIDA.(Apelação Cível, Nº 70082465196, Nona Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Eugênio Facchini Neto, Julgado em: 20-11-2019)

Em sentido semelhante, Stoco (2014) entende que a maioria das ações de responsabilidade médica não decorre de erro técnico, mas de falhas na comunicação entre o médico e o paciente. A linguagem excessivamente técnica, a falta de empatia e a omissão de informações relevantes geram insegurança e desconfiança, conduzindo o paciente ao Judiciário. Para o autor, a relação médico-paciente é essencialmente fiduciária e, quando essa confiança é abalada, o vínculo jurídico se fragiliza. A falha comunicativa, portanto, constitui não apenas um problema ético, mas um descumprimento jurídico do dever de informar, que é inerente à boa-fé objetiva. Ao omitir ou simplificar informações sobre os riscos do tratamento, viola o princípio da transparência e o dever de esclarecimento previstos implicitamente no artigo 422 do Código Civil.

Dessa forma, quando o paciente não é adequadamente informado, a sua manifestação de vontade perde validade, e o consentimento informado deixa de existir em sentido jurídico. O autor ressalta que essa lacuna informacional é uma das maiores fontes de litígio, pois o paciente, diante de um resultado indesejado, entende que foi enganado ou privado do direito de decidir livremente sobre o tratamento a que se submeteu.

Venosa (2017) complementa esse raciocínio ao afirmar que o consentimento

informado é um dos pilares da ética médica moderna e também um instrumento de prevenção de litígios. O dever de esclarecimento é uma decorrência direta do princípio da autonomia da vontade, e seu descumprimento caracteriza violação do dever jurídico de cuidado. A inexistência de um documento formal e assinado pelo paciente, especificando os riscos, alternativas e consequências de um procedimento, compromete a prova de diligência e abre margem à responsabilização civil. Assim, a falta de consentimento informado não apenas vulnera o direito do paciente, mas também fragiliza a defesa do profissional, evidenciando a importância de uma conduta jurídica preventiva.

Sobre esse aspecto, Stoco (2014) faz uma crítica contundente ao comportamento reativo de muitos profissionais de saúde, que só se preocupam com a prova documental após o surgimento de uma demanda judicial. Para ele, a medicina contemporânea exige uma postura ativa de prevenção do risco jurídico, e isso implica registrar cada ato médico de forma clara, precisa e completa.

“O prontuário médico, os relatórios clínicos e os formulários de consentimento não são meros acessórios administrativos, mas verdadeiras garantias de segurança jurídica para o profissional. A ausência de registros adequados constitui falha grave, pois impede o médico de demonstrar que agiu de forma diligente e conforme os protocolos aceitos. Documentar é prevenir; não documentar é renunciar à própria defesa” (STOCO, 2014, p. 1110).

Esse entendimento reforça a tese de que a documentação médica é parte integrante da obrigação de meio. Coelho (2017) compartilha dessa visão ao argumentar que, em uma sociedade cada vez mais orientada pela transparência e pelo direito à informação, o médico que não registra adequadamente suas condutas deixa de cumprir o aspecto formal da diligência exigida pela lei. O autor observa que, embora a responsabilidade médica continue sendo subjetiva, a prova da diligência se tornou elemento central na defesa do profissional, especialmente diante do fortalecimento da posição jurídica do paciente como consumidor de serviços de saúde.

Para os autores, a obrigação deve ser compreendida como um dever jurídico primário, já que a responsabilidade se caracteriza como um dever jurídico secundário, decorrente da violação da obrigação inicial. Portanto, a responsabilidade surge como consequência do descumprimento de um dever ou da não observância da obrigação estabelecida. A esse respeito, segue a ementa abaixo apresentada:

Ementa: APELAÇÃO CÍVEL. RESPONSABILIDADE CIVIL. MÉDICA. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER C/C INDENIZAÇÃO POR DANOS MATERIAIS E MORAIS. CIRURGIAS ESTÉTICAS. LIPOASPIRAÇÃO ABDOMINAL, DERMOLIPECTOMIA E COLOCAÇÃO DE PRÓTESES MAMÁRIAS. ERRO MÉDICO NÃO CONFIGURADO. Independentemente da divergência sobre ser de meios ou de resultado a cirurgia plástica puramente estética ou embelezadora – e ainda que amplamente predominante a segunda posição – fato é que é indubitável que se trata de uma responsabilidade subjetiva, tanto por força do art. 14, §4º, do CDC, quanto do art. 951 do Código Civil. O que varia é o fato da possibilidade de inversão do ônus da prova mais facilmente no caso de obrigação de resultado. No caso em tela, a perícia técnica comprovou que o réu utilizou técnica adequada para o caso, não tendo, em momento algum, cometido qualquer falha que pudesse ensejar a sua condenação. O resultado final só não foi melhor devido a fatores externos de constituição da própria autora. Ausentes os pressupostos da responsabilização civil, a improcedência do pedido é medida que se impõe. Sentença de improcedência mantida. APELO DESPROVIDO.(Apelação Cível, Nº 70076262203, Nona Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Eugênio Facchini Neto, Julgado em: 21-03-2018

Além das falhas comunicativas e da ausência de consentimento, outro elemento recorrente na judicialização da medicina é a negligência em suas diversas formas. Venosa (2017) explica que a negligência consiste na omissão do dever de cuidado exigido pelas circunstâncias, revelando desatenção, descuido ou passividade diante de uma situação que exigia ação. O autor ressalta que a negligência médica pode se manifestar tanto na falta de acompanhamento adequado do paciente quanto na inobservância de protocolos clínicos, sendo agravada pela ausência de registros que comprovem o cumprimento de tais deveres.

Stoco (2014) acrescenta que a negligência, muitas vezes, é consequência de falhas estruturais e sistêmicas das instituições de saúde. Ele destaca que o erro médico não deve ser analisado isoladamente, mas dentro do contexto em que o profissional atua. A sobrecarga de trabalho, a carência de equipamentos e a ausência de protocolos institucionais claros contribuem para o aumento do risco e, conseqüentemente, da litigiosidade. Para o autor, é indispensável distinguir a culpa individual do médico da responsabilidade das instituições hospitalares, uma vez que estas também têm o dever de assegurar condições adequadas de trabalho e de segurança.

Nesse sentido, Coelho (2017) reconhece que o sistema de saúde brasileiro enfrenta

falhas sistêmicas que potencializam o risco jurídico. Hospitais públicos e privados muitas vezes não dispõem de políticas de compliance médico, de controle documental ou de supervisão técnica, o que fragiliza a governança institucional e aumenta a vulnerabilidade jurídica dos profissionais. Assim, a judicialização decorre também da ausência de uma cultura organizacional voltada à prevenção de riscos e à valorização da segurança do paciente.

As falhas sistêmicas, a negligência e as lacunas informacionais têm como ponto comum o enfraquecimento do vínculo de confiança entre o médico e o paciente. Venosa (2017) observa que, quando a relação deixa de ser pautada pela comunicação e pelo registro transparente das condutas, ela se transforma em um campo fértil para desconfiças e litígios. Essa deterioração da confiança, somada à crescente conscientização dos pacientes sobre seus direitos, contribui para o aumento das demandas judiciais.

No plano jurídico, o resultado dessa conjuntura é uma ampliação do campo da responsabilidade civil médica. O artigo 186 do Código Civil, ao tipificar o ato ilícito como qualquer violação de direito resultante de negligência ou imprudência, e o artigo 951, ao determinar a responsabilidade do profissional liberal por culpa, estabelecem um sistema em que a prova da diligência se torna o elemento central da defesa. Assim, a ausência de consentimento, falhas de comunicação e registros deficientes funcionam como presunções de culpa, mesmo dentro do regime subjetivo.

JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE E OS LIMITES DO CONTROLE JUDICIAL

Como discutido anteriormente, conforme Leal e Maas (2020), esse fenômeno não pode ser compreendido apenas como uma mera expansão do acesso ao Judiciário, mas como sintoma de disfunções administrativas, ausência de informação qualificada e falhas de coordenação entre os entes federativos. Embora decorra da busca legítima pela efetivação do direito à saúde, revela também a incapacidade estatal de garantir respostas estruturadas, o que leva o Judiciário a ocupar um espaço que deveria ser preenchido pela gestão sanitária.

Em análise da justiça estadual, os dados apresentados revelam a proporção de casos novos e pendentes por unidade da federação em relação ao total de demandas judiciais relacionadas à saúde, abrangendo tanto a saúde pública quanto a suplementar. Observa-se que os estados com os maiores índices de judicialização na área da saúde

pública, com percentuais superiores a 60% do total de novos processos e pendências, incluem Amapá, Distrito Federal, Espírito Santo, Goiás, Maranhão, Mato Grosso do Sul, Mato Grosso, Minas Gerais, Pará, Roraima, Rondônia, Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Sergipe e Tocantins. Por outro lado, no âmbito da saúde suplementar, destacam-se Alagoas, Bahia, Pernambuco, Paraná e São Paulo como as unidades federativas com maior representatividade proporcional.

Na região Norte do país, destaca-se o estado do Pará como aquele com o maior percentual de registros relacionados à saúde pública, sendo seguido por Roraima.

Percentual de casos novos e casos pendentes, em relação ao total de casos de saúde, nos temas da saúde

UF	Casos novos %		Casos pendentes %	
	Saúde Pública	Saúde Suplementar	Saúde Pública	Saúde Suplementar
AC	57	44	56	44
AM	48	54	44	59
AP	71	30	60	41
PA	95	5	90	10
RO	76	28	80	23
RR	81	19	89	11
TO	65	36	63	38

pública e suplementar – região Norte (2023)

Fonte: elaboração própria a partir de CNJ (2024b)

Na região Nordeste, observa-se um destaque concernente à judicialização da saúde suplementar nos estados de Alagoas, Bahia e Pernambuco, os quais apresentam índices mais elevados em comparação à saúde pública, conforme evidenciado pelos dados apresentados a seguir. Nos demais estados da região, contudo, predomina a judicialização relacionada à saúde pública.

Percentual de casos novos e casos pendentes, em relação ao total de casos de saúde, nos temas da saúde pública e suplementar – região Nordeste (2023)

UF	Casos novos %		Casos pendentes %	
	Saúde Pública	Saúde Suplementar	Saúde Pública	Saúde Suplementar
AL	23	81	52	50
BA	23	78	41	61
CE	62	40	60	42
MA	66	36	64	39
PB	66	34	57	43
PE	27	77	24	79
PI	68	36	72	31
RN	58	44	55	47
SE	68	36	64	40

Fonte: elaboração própria a partir de CNJ (2024b)

A judicialização da saúde pública apresenta-se como um fenômeno marcante na região Centro-Oeste, especialmente nas unidades federativas do Distrito Federal e Mato Grosso.

Percentual de casos novos e casos pendentes, em relação ao total de casos de saúde, nos temas da saúde

UF	Casos novos %		Casos pendentes %	
	Saúde Pública	Saúde Suplementar	Saúde Pública	Saúde Suplementar
DF	80	21	76	25
GO	69	32	66	35
MS	74	31	64	42
MT	80	22	78	24

pública e suplementar – região Centro Oeste (2023)

Fonte: elaboração própria a partir de CNJ (2024b)

A judicialização da saúde na região Sudeste apresenta uma característica distinta: enquanto a saúde pública predomina nos estados do Espírito Santo e Minas Gerais, em São Paulo, a saúde suplementar tem maior relevância.

Percentual de casos novos e casos pendentes, em relação ao total de casos de saúde, nos temas da

UF	Casos novos %		Casos pendentes %	
	Saúde Pública	Saúde Suplementar	Saúde Pública	Saúde Suplementar
ES	84	18	79	23
MG	79	23	80	22
RJ	48	55	62	41
SP	33	67	35	65

saúde pública e suplementar – região Sudeste (2023)

Fonte: elaboração própria a partir de CNJ (2024b)

Por último, na região Sul, o Rio Grande do Sul se sobressai pelo maior número de judicializações relacionadas à saúde pública, enquanto o Paraná se destaca no setor de saúde suplementar.

Percentual de casos novos e casos pendentes, em relação ao total de casos de saúde, nos temas da

UF	Casos novos %		Casos pendentes %	
	Saúde Pública	Saúde Suplementar	Saúde Pública	Saúde Suplementar
PR	37	64	57	44
RS	88	13	83	17
SC	66	34	68	33

saúde pública e suplementar – região Sul (2023)

Fonte: elaboração própria a partir de CNJ (2024b)

O cenário mais equilibrado em relação aos percentuais de judicialização da saúde pública e suplementar, onde esses valores se aproximam (variando entre 40% e 60%), observa-se nos estados do Acre, Amazonas, Rio Grande do Norte e Rio de Janeiro. Por outro lado, as maiores discrepâncias ocorrem no estado do Pará, onde a judicialização da saúde suplementar apresenta índices de apenas 5% para casos novos e 10% para casos pendentes. Adicionalmente, destacam-se o Distrito Federal, Mato Grosso, Espírito Santo, Minas Gerais e Rio Grande do Sul, com percentuais de judicialização da saúde pública significativamente elevados, situando-se em torno de 80% tanto para casos novos quanto para casos pendentes.

Já a jurisdição federal, considerando sua esfera de competência, demonstra índices significativamente elevados de judicialização no âmbito da saúde pública, situando-se entre 80% e 90%, abrangendo tanto os casos novos quanto os processos em trâmite. As seções judiciárias mencionadas a seguir apresentam os percentuais mais expressivos:

Seções judiciárias com maiores percentuais de judicialização da saúde pública (2023)

TRF/SJ	Casos novos %		Casos pendentes %	
	Saúde Pública	Saúde Suplementar	Saúde Pública	Saúde Suplementar
TRF5/CE	95	5	95	5
TRF1/GO	95	10	90	17
TRF1/PI	97	6	90	16
TRF2/ES	97	3	95	6
TRF2/RJ	94	8	97	4
TRF4/PR	99	1	99	1
TRF4/RS	98	3	98	2
TRF4/SC	98	2	98	2

Fonte: elaboração própria a partir de CNJ (2024b)

Dessa maneira, a seleção dos estados foi definida com a escolha das seções judiciárias do Paraná e do Rio de Janeiro. Com o início das atividades de campo, houve uma readequação no estado representativo da região Centro-Oeste, sendo o Distrito Federal substituído por Goiás.

Tal decisão foi fundamentada, na relevante contribuição do NatJus, vinculado ao Tribunal de Justiça de Goiás (TJGO), que já desempenha um papel significativo no atendimento das demandas judiciais relacionadas à saúde suplementar. Nesse contexto, o Conselho Nacional de Justiça (CNJ) também apontou a necessidade de direcionar maior ênfase às entrevistas com atores envolvidos nas questões associadas à saúde suplementar como parte essencial do desenvolvimento da pesquisa.

O principal foco da judicialização da saúde reside na análise sobre a obrigação do Estado em fornecer medicamentos, sejam eles de alto custo ou não integrados ao SUS, para pacientes portadores de doenças graves que não dispõem de recursos financeiros para adquiri-los. Essa é a temática central do TEMA 6 de Repercussão Geral no STF, sob a relatoria do ministro Marco Aurélio (RE 566.471-RN), cujo mérito foi decidido em 26/09/2024.

O Superior Tribunal de Justiça já abordou essa relevante questão ao estabelecer a tese do Tema 106 de Recursos Repetitivos. Nessa ocasião, foram definidos os requisitos cumulativos necessários para a concessão de medicamentos não incorporados nos atos normativos do SUS.

fornecer medicamentos não incorporados em atos normativos do SUS. (REsp 1.657.156-RJ e REsp 1.102.457-RJ). A concessão dos medicamentos não incorporados em atos normativos do SUS exige a presença cumulativa dos seguintes requisitos: i) Comprovação, por meio de laudo médico fundamentado e circunstanciado expedido por médico que assiste o paciente, da imprescindibilidade ou necessidade do medicamento, assim como da ineficácia, para o tratamento da moléstia, dos fármacos fornecidos pelo SUS; ii) incapacidade financeira de arcar com o custo do medicamento prescrito; iii) existência de registro do medicamento na ANVISA, observados os usos autorizados pela agência. "Modula-se os efeitos do presente repetitivo de forma que os requisitos acima elencados sejam exigidos de forma cumulativa somente quanto aos processos distribuídos a partir da data da publicação do acórdão embargado, ou seja, 4/5/2018." (trecho do acórdão dos embargos de declaração publicado no DJe de 21/09/2018)

Esse deslocamento de funções provoca interferência direta do Poder Judiciário nas decisões clínicas e administrativas. A determinação judicial de fornecimento de medicamentos sem registro, tratamentos não incorporados ao SUS ou procedimentos de alto custo, conforme indicam Sampaio e Tonella (2025), compromete a racionalidade do sistema público ao impor gastos imprevistos e desproporcionais. A intervenção judicial, quando descolada de critérios técnico-científicos e de avaliações de custo-efetividade, pode impactar gravemente o orçamento público e desorganizar prioridades definidas pelas políticas de saúde. A judicialização deve ser analisada não apenas em sua dimensão individual, mas principalmente em seus efeitos sistêmicos, que repercutem na sustentabilidade do SUS.

A decisão do TRF4 sobre a judicialização da saúde reforça que a intervenção do Judiciário deve respeitar critérios técnicos e administrativos, evitando substituir a atuação estatal ou conceder medicamentos sem comprovação científica adequada. O precedente destaca a necessidade de equilíbrio entre o direito individual ao tratamento e a gestão responsável das políticas públicas, tornando-se referência para a análise do direito à saúde e da separação de poderes, *in verbis*:

AGRAVO DE INSTRUMENTO. DIRETO À SAÚDE. DISTRIBUIÇÃO DE MEDICAMENTOS. JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE. 1. A judicialização da política pública de distribuição de medicamentos, por outro lado, deve obedecer a critérios que não permitam que o Judiciário faça as vezes da Administração, bem como que não seja convertido em uma via que possibilite

a um paciente burlar o fornecimento administrativo de medicamentos, garantindo seu tratamento sem que se leve em consideração a existência de outros cidadãos na mesma ou em piores circunstâncias. 2. Diante de tal quadro, tenho que ausentes os requisitos autorizadores da tutela de urgência quando não há evidências científicas que indiquem a preferência terapêutica requerida sobre as alternativas disponibilizadas no âmbito do SUS. Deve, desta forma, ser concedido o efeito suspensivo pleiteado ao presente agravo de instrumento. (TRF-4 - AG: 50472769420174040000 5047276- 94.2017.4.04.0000, Relator: ALCIDES VETTORAZZI, Data de Julgamento: 30/01/2018, TERCEIRA TURMA

A emenda apresentada aborda o pedido de fornecimento de medicamentos em um contexto onde não foram constatados os requisitos indispensáveis para a concessão da tutela antecipada pretendida. Essa situação resultou na atribuição de efeito suspensivo ao agravo de instrumento. No caso analisado, o magistrado justificou sua decisão afirmando que o Poder Judiciário não deve ser usado como um meio para desviar as regras estabelecidas para o fornecimento de medicamentos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), levando em conta os interesses da coletividade como um todo, *in verbis*:

AGRAVO DE INSTRUMENTO. DIREITO À SAÚDE. FORNECIMENTO DE MEDICAMENTO. JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE. SUBSTITUIÇÃO DE MEDICAMENTO. 1. Extrai-se dos autos que a agravante é portadora de Neoplasia Maligna do Rim avançada (CID C64) com metástases cerebrais e que estava realizando tratamento com o medicamento PAZOPANIBE por força de medida liminar deferida em 04/2016, a qual foi revogada em 08/2017. 2. Posteriormente, após nova avaliação médica, postulou o fármaco NIVOLUMABE, ao argumento de que o medicamento anterior já não estava mais surtindo o efeito desejado. Junta laudo e prescrição do médico que lhe atende pelo SUS, além de exames demonstrativos da progressão da doença. 3. Em que pese a discordância da União quanto à possibilidade de alteração do fármaco, entendo que as circunstâncias do caso, onde se busca tratamento oncológico, demandam uma análise diferenciada. Ademais, o feito está em fase de instrução. Portanto, não caracterizada ofensa ao art. 329, II do CPC, deve o magistrado singular aceitar a alteração postulada e, se entender necessário, oportunizar a realização de nova perícia. (TRF-4 - AG: 50133213820184040000 5013321-38.2018.4.04.0000, Relator: MARGA INGE BARTH TESSLER, Data de Julgamento: 31/07/2018, TERCEIRA TURMA)

Ainda que a atuação judicial tenha caráter corretivo e seja relevante para evitar omissões estatais, Leal e Maas (2020) defendem que existem limites institucionais que precisam ser observados para que o Judiciário não se transforme em órgão formulador de políticas públicas. A intervenção judicial, quando realizada sem diálogo com os gestores e sem acesso a informações claras e atualizadas, substitui processos administrativos complexos por decisões individuais, muitas vezes desconectadas da capacidade técnica e financeira do sistema. Essa substituição, na visão das autoras, compromete o planejamento e enfraquece mecanismos de participação e transparência que deveriam orientar a gestão pública.

Outro ponto central para compreender os limites do controle judicial diz respeito ao impacto das decisões judiciais sobre a equidade. Sampaio e Tonella (2025) ressaltam que a judicialização beneficia, sobretudo, grupos com maior acesso à informação e à assistência jurídica, gerando desigualdade entre usuários do sistema público. Essa desigualdade se manifesta quando decisões que atendem a interesses individuais desviam recursos destinados a ações coletivas, como programas de prevenção, vigilância sanitária ou cuidados básicos. Para as autoras, a interferência judicial sem análise global do contexto pode, paradoxalmente, fragilizar a própria universalidade e integralidade do SUS.

Apesar das mencionadas tensões, Leal e Maas (2020) sustentam que o cerne do problema não reside na intervenção judicial em si, mas na carência de parâmetros técnicos e informacionais que orientem as tomadas de decisão. Argumentam que o processo decisório no âmbito judicial deveria estar respaldado por maior transparência por parte da administração pública, de modo a possibilitar uma compreensão mais aprofundada, por parte dos magistrados, sobre os protocolos existentes, as restrições orçamentárias e os critérios estabelecidos pelas instâncias técnicas, como a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (CONITEC). Cabe ressaltar que a referida comissão foi instituída pela Lei n.º 12.401/2011.

DIRETRIZES E ESTRATÉGIAS BASEADAS NO DIREITO MÉDICO PREVENTIVO

A primeira diretriz fundamental consiste no fortalecimento do dever de informar, considerado pela doutrina como um dos principais pilares de uma prática clínica preventiva. A informação adequada, clara e acessível constitui instrumento de proteção

jurídica e ética, pois assegura a autonomia do paciente, reduz margens interpretativas e demonstra a boa-fé objetiva do profissional. Em consonância com autores como Cabral, Arquette e Moreira, a comunicação estruturada transforma-se em prática que resgata a horizontalidade da relação médico-paciente, substituindo o antigo modelo paternalista por uma abordagem dialógica e participativa. O dever de informar, portanto, deve ser compreendido como processo contínuo e não mero ato pontual, abrangendo explicações sobre riscos, benefícios, alternativas terapêuticas, prognósticos e potenciais complicações.

Para que essa diretriz seja efetiva, a segunda estratégia central é a qualificação do consentimento informado. Mais do que um documento assinado, o consentimento é um processo comunicacional que exige tempo, clareza e registro. A prática preventiva recomenda que o consentimento seja construído por etapas: primeiro, o profissional expõe de forma compreensível a natureza do procedimento; depois, responde a dúvidas e verifica a compreensão do paciente; por fim, formaliza a decisão por meio de documento detalhado, que deve integrar o prontuário. Essa formalização deve ser personalizada, evitando modelos genéricos e garantindo que as informações sejam compatíveis com o procedimento específico, o estado clínico do paciente e seu grau de entendimento.

A terceira diretriz, complementar às anteriores, refere-se à gestão e qualidade do prontuário médico. Conforme reiterado pela jurisprudência, o prontuário é o principal elemento probatório da conduta do profissional. Registros incompletos, lacunas, linguagem inadequada ou ausência de informações essenciais fragilizam a defesa do médico e dificultam a reconstituição dos fatos clínicos. A abordagem preventiva exige que o prontuário seja visto como instrumento vivo, atualizado em tempo real e com rigor técnico. A estratégia inclui treinamento periódico das equipes, padronização de anotações, uso de protocolos e adoção de prontuários eletrônicos, que permitem rastreabilidade e reduzem riscos de omissões. O registro adequado não protege apenas o médico; protege também o paciente, assegurando continuidade do cuidado e suporte à tomada de decisões.

Outra diretriz importante consiste na implementação de políticas institucionais de comunicação interna e externa, voltadas à prevenção de conflitos e ao fortalecimento da transparência organizacional. Instituições de saúde que investem em fluxos comunicacionais claros, treinamentos contínuos de equipe e protocolos de atendimento conseguem reduzir significativamente a insatisfação dos pacientes e, conseqüentemente, os litígios. A literatura aponta que conflitos muitas vezes se originam não de condutas

técnicas inadequadas, mas da percepção do paciente de que houve desatenção, descaso ou falta de explicações. Estratégias preventivas incluem padronização de atendimentos, criação de canais de escuta ativa, reuniões de esclarecimento pré-procedimento e programas de humanização que reforçam a confiança do paciente no processo assistencial.

A quinta diretriz relevante é o aprimoramento da governança clínica e dos processos internos de segurança do paciente, integrando instrumentos técnicos e jurídicos. A adoção de protocolos clínicos baseados em evidências, checklists, auditorias internas e revisão de processos reduz erros, garante padronização e demonstra compromisso institucional com a prevenção. Esses mecanismos, amplamente utilizados em sistemas de saúde internacionais, fortalecem a cultura de segurança e podem ser aliados valiosos em eventual processo judicial, evidenciando que a instituição e os profissionais atuam conforme padrões de qualidade reconhecidos.

Conectada a essa diretriz está a gestão adequada de eventos adversos, que deve seguir protocolos transparentes e colaborativos. A literatura ressalta que ocultar incidentes ou evitar o diálogo com o paciente após um evento adverso aumenta o potencial de judicialização. Em contrapartida, estratégias preventivas recomendam comunicação franca, investigação interna, registro minucioso e apresentação de medidas corretivas. Esse comportamento institucional demonstra boa-fé e compromisso com a melhoria contínua, sendo valorizado tanto pela ética quanto pelo Direito.

Outro elemento fundamental para a prevenção de litígios é o treinamento contínuo dos profissionais de saúde em aspectos jurídicos básicos, especialmente os relacionados ao dever de informar, à responsabilidade civil e ao Código de Ética Médica. Muitos litígios decorrem de desconhecimento das implicações jurídicas das condutas clínicas ou de interpretações equivocadas sobre limites e obrigações. Assim, workshops, cursos e programas internos podem aprimorar a compreensão dos profissionais sobre riscos legais, documentação, protocolos de comunicação e direitos do paciente.

No âmbito preventivo, destaca-se também a importância da interdisciplinaridade, integrando Direito, bioética, gestão hospitalar e segurança do paciente. As práticas preventivas mais eficazes surgem quando médicos, administradores, enfermeiros, juristas e especialistas em qualidade atuam conjuntamente na construção de políticas internas. Essa abordagem ampliada permite identificar vulnerabilidades institucionais, revisar processos e adotar uma postura proativa frente a potenciais litígios.

É igualmente relevante recomendar a integração de tecnologias digitais na gestão

de risco, como prontuários eletrônicos inteligentes, sistemas de apoio à decisão clínica, plataformas de consentimento digital e bancos de dados internos para monitoramento de incidentes. Essas ferramentas não substituem o discernimento profissional, mas auxiliam na padronização, segurança e rastreabilidade das informações, ampliando a proteção jurídica e a eficiência assistencial.

Por fim, uma diretriz transversal a todas as estratégias é o reforço da cultura institucional de transparência, ética e respeito à autonomia, alinhada à boa-fé objetiva. Essa cultura fomenta comportamentos preventivos, reduz tensões e contribui para relações mais equilibradas entre profissionais, pacientes e instituições. Ao promover práticas comunicacionais claras, registros adequados e processos estruturados, a instituição reduz riscos jurídicos e fortalece a confiança social na prática médica.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo da pesquisa, constatou-se que a judicialização na área da saúde decorre menos de falhas técnicas e mais de problemas de comunicação, registros insuficientes e ausência de consentimento informado adequado. A relação médico-paciente, quando fragilizada, abre espaço para litígios que poderiam ser evitados com práticas preventivas bem estruturadas.

Verificou-se que o ordenamento jurídico brasileiro oferece bases sólidas para a prevenção, exigindo condutas éticas, claras e documentadas. Comunicação efetiva, registros precisos e protocolos formais fortalecem a segurança jurídica e reduzem conflitos.

O Direito Médico Preventivo exerce função pedagógica e protetiva, orientando profissionais e antecipando situações de risco. Estratégias como qualificação do consentimento informado, padronização de prontuários e fortalecimento das políticas de comunicação demonstraram-se essenciais.

Também ficou evidente que a prevenção deve ser institucionalizada. Falhas sistêmicas — como ausência de governança clínica, protocolos e supervisão — contribuem para a judicialização. Instituições que investem em treinamento, tecnologia e auditorias internas tornam-se mais resilientes.

Por fim, a prevenção jurídica contribui para a sustentabilidade do sistema de saúde como um todo, ao evitar interferências judiciais desnecessárias e promover práticas alinhadas às diretrizes técnico-científicas. Assim, conclui-se que o Direito Médico

Preventivo é instrumento indispensável para uma medicina mais segura, transparente e responsável.

Além disso, a pesquisa reforça que a prevenção não apenas reduz litígios, mas também qualifica a assistência em saúde ao promover práticas baseadas na confiança, no diálogo e na transparência. Profissionais que adotam rotinas preventivas fortalecem a tomada de decisão compartilhada, ampliam a segurança do paciente e contribuem para um ambiente clínico mais ético e eficaz.

Desse modo, o Direito Médico Preventivo consolida-se como ferramenta essencial para aprimorar tanto a prática profissional quanto a gestão institucional, atuando como eixo estruturante de uma saúde mais segura, eficiente e alinhada aos princípios jurídicos e éticos contemporâneos.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002.** Institui o Código Civil. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/110406compilada.htm. Acesso em: 11 nov. 2025.

BRASIL. TRIBUNAL REGIONAL FEDERAL DA 4ª REGIÃO. Agrado de instrumento n. 5013321-38.2018.4.04.0000/SC. Agravante: Elenir Vinotti. Agravados: Município de Blumenau/SC, União, Estado de Santa Catarina. Relator: Des. Fed. Marga Inge Barth Tessler. Porto Alegre, 31 de julho de 2018.

BRASIL. SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. RECURSO ESPECIAL Nº 1.102.457 - RJ (2008/0257036-9).: ESTADO DO RIO DE JANEIRO. RECORRIDO : KLEBER DO REGO MACHADO. RELATOR :MINISTRO BENEDITO GONÇALVES RECORRENTE. Brasília (DF), 12 de fevereiro de 2009.

BRASIL. SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA RECURSO ESPECIAL Nº 1.657.156 - RJ (2017/0025629-7) RELATOR : MINISTRO BENEDITO GONÇALVES RECORRENTE : ESTADO DO RIO DE JANEIRO. RECORRIDO : FATIMA THERESA ESTEVES DOS SANTOS DE OLIVEIRA. Brasília (DF), 25 de abril de 2018(Data do Julgamento)

BRASIL. TRIBUNAL REGIONAL FERAL DA 4ª REGIÃO. Agravo de instrumenton. 5047276-94.2017.4.04.0000 5047276-94.2017.4.04.0000. Agravante: União. Agravado: Romualdo Romão Ruivo. Relator: Des. Fed. Marga Inge Barth Tessler. Porto Alegre, 30 de janeiro de 2018.

BRASIL. SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA **Apelação Cível, Nº 70076262203. APELO DESPROVIDO.** (Nona Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Apelante Angeo Cardoso Alvarez; Apelado Zilda Martins. Relator: Eugênio Facchini Neto, Julgado em: 21-03-2018. Porto Alegre, 25 de abril de 2018.

BRASIL. SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA **Apelação Cível, Nº 70082465196 - APELAÇÃO PARCIALMENTE PROVIDA.**Apelante Facta Financeira (, Nona Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Eugênio Facchini Neto, Julgado em: 20-11-2019).

BRASIL. Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 28 abr. 2011a. Disponível em: . Acesso em: 21 nov. 2025.

Conselho Nacional de Justiça. **Diagnóstico da judicialização da saúde pública e suplementar / Conselho Nacional de Justiça;** Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. – Brasília: CNJ, 2025.

CABRAL, Hildeliza Boechat; ARQUETTE, Alinne; MOREIRA, Raquel Veggi (coord.). **Direito médico e da saúde.** São Paulo: Almedina, 2024.

COELHO, Fábio Ulhoa. **Curso de Direito Civil: Obrigações e Responsabilidade Civil.** 14. ed. São Paulo: Saraiva, 2017.

FRANÇA, Genival Veloso de. **Direito médico.** 11. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2014.

LEAL, Mônia Clarissa Hennig; MAAS, Rosana Helena. **Judicialização da saúde e controle jurisdicional de políticas públicas:** entre informação e participação. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2020.

SAMPAIO, Laísa Alcântara; TONELLA, Lívia Helena. **Judicialização da Saúde no Brasil:** desafios orçamentários e a sustentabilidade do SUS. Revista JRG de Estudos Acadêmicos, v. 8, n. 1, p. 1–18, 2025.

STOCO, Rui. **Tratado da Responsabilidade Civil.** 10. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2014.

VENOSA, Sílvio de Salvo. **Direito Civil: Obrigações e Responsabilidade Civil.** 17. ed. São Paulo: Atlas, 2017.