UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA – UNEB
DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO – CAMPUS VIII
CURSO DE BACHARELADO EM DIREITO

GLENDA FLORENCE HAYDEN PONTES LINHARES MATOS

JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE: UMA ANÁLISE HISTÓRICO-JURÍDICA COM ÊNFASE NA TESE DO TEMA 1234 DO STF

Paulo Afonso – BA
2025

GLENDA FLORENCE HAYDEN PONTES LINHARES MATOS

JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE: UMA ANÁLISE HISTÓRICO-JURÍDICA COM ÊNFASE NA TESE DO TEMA 1234 DO STF

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Direito como requisito parcial à obtenção do grau de Bacharel em Direito, Campus VIII, da Universidade do Estado da Bahia – UNEB.

Orientador:
Prof. Dr. Ivandro Pinto de Menezes

Paulo Afonso – BA

2025

GLENDA FLORENCE HAYDEN PONTES LINHARES MATOS

JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE: UMA ANÁLISE HISTÓRICO-JURÍDICA COM ÊNFASE NA TESE DO TEMA 1234 DO STF

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Direito como requisito parcial à obtenção do grau de Bacharel em Direito, Campus VIII, da Universidade do Estado da Bahia – UNEB.

Orientador:
Prof. Dr. Ivandro Pinto de Menezes

Data de aprovação: 16/09/2025

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Ivandro Pinto de Menezes
Professor Orientador

Prof. Me. Carlos Henrique Alves Limeira
Professor Examinador

Prof. Me. José Ivaldo de Brito Ferreira
Professor Examinador

Dedico este trabalho a meus pais, Glaide e Cristina, por todo o amor, exemplo e ensinamentos que alicerçaram minha formação, e ao meu esposo, Wagny, junto aos nossos filhos, Gabriel e Guilherme, cuja presença preenche minha vida de força e esperança.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela força que me sustentou ao longo desta trajetória acadêmica.
Ao meu esposo, Wagny, pelo apoio incondicional, paciência e companheirismo. Sua firmeza e incentivo constante foram essenciais para que eu pudesse superar os desafios dessa caminhada.
Agradeço, também, a todos os docentes da Universidade do Estado da Bahia (UNEB) que, com excelência, compromisso e generosidade, contribuíram para minha formação jurídica ao longo do curso.
A todos que, direta ou indiretamente, estiveram presentes nesse percurso, manifesto minha mais sincera gratidão.

“A cura está ligada ao tempo e às vezes também às circunstâncias.” — Hipócrates

RESUMO

O presente trabalho analisa a judicialização da saúde no Brasil a partir de uma perspectiva histórico-jurídica, com ênfase na tese do Tema 1234 do Supremo Tribunal Federal (STF). Inicialmente, aborda-se o contexto histórico da saúde pública no país, evidenciando as transformações desde o período colonial até a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988, marco que consolidou a saúde como direito fundamental e dever do Estado. São discutidas as políticas públicas de saúde, seus princípios constitucionais e os desafios enfrentados, como o subfinanciamento e a desigualdade regional. No campo jurídico, examina-se o fenômeno da judicialização da saúde, que se intensificou após a Constituição de 1988, permitindo o acesso judicial a medicamentos e tratamentos não disponibilizados pelo SUS. O estudo aprofunda o debate sobre a reserva do possível, princípio que impõe limites orçamentários à efetivação dos direitos sociais, e sua compatibilização com a teoria dos direitos fundamentais de Robert Alexy, que propõe a ponderação racional e proporcional entre princípios constitucionais conflitantes. Por fim, o trabalho analisa a decisão do STF no Tema 1234, que estabelece critérios para a responsabilidade da União no custeio de medicamentos registrados pela Anvisa, mas não incorporados ao SUS, buscando equilíbrio entre o direito individual à saúde e a sustentabilidade do sistema público. A análise crítica destaca as tensões entre o direito à saúde, a judicialização e a gestão pública, apontando a necessidade de aprimoramento institucional e diálogo entre os poderes para garantir acesso justo e eficiente à saúde no Brasil.

Palavras-chave: Judicialização da saúde; Sistema Único de Saúde; Direito à saúde; Reserva do possível; Supremo Tribunal Federal.

ABSTRACT

This study undertakes an analysis of the judicialization of health in Brazil from a historical-juridical perspective, emphasizing the thesis established in Topic 1234 by the Federal Supreme Court (STF). Initially, it examines the historical trajectory of public health in Brazil, underscoring the transformations from the colonial era to the enactment of the Unified Health System (Sistema Único de Saúde – SUS) in 1988, a landmark that enshrined health as a fundamental right and an obligation of the State. The study further explores public health policies, their constitutional foundations, and the persistent challenges they face, such as chronic underfunding and regional disparities. From a legal standpoint, the phenomenon of health judicialization is scrutinized, particularly its escalation following the promulgation of the 1988 Constitution, which enabled judicial recourse for access to medications and treatments not covered by the SUS. The analysis delves into the doctrine of the "reserve of the possible," a principle that circumscribes the fulfillment of social rights within budgetary constraints, and its reconciliation with Robert Alexy's theory of fundamental rights, which advocates for the rational and proportional balancing of conflicting constitutional principles. Subsequently, this work assesses the STF's ruling on Topic 1234, which delineates the criteria governing the Union's fiscal responsibility for medications registered by Anvisa but not incorporated into the SUS, striving to harmonize the individual right to health with the sustainability of the public health system. The critical reflection highlights the inherent tensions among the right to health, judicial intervention, and public administration, emphasizing the imperative for institutional strengthening and interbranch dialogue to ensure equitable and effective access to health services in Brazil.

Keywords: Judicialization of health; Unified Health System; Right to health; Reserve of the possible; Federal Supreme Court.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CF/88 - Constituição Federal de 1988
CNJ – Conselho Nacional de Justiça
CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONASEMS - Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
DF – Distrito Federal
LGPD - Lei Geral de Proteção de Dados
NAT-JUS - Núcleos de Apoio Técnico do Poder Judiciário
OMS - Organização Mundial de Saúde
RE- Recurso Extraordinário
SUS - Sistema Único de Saúde
STF- Superior Tribunal Federal
WHO - World Health Organization

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 11

2 A SAÚDE ENQUANTO DIREITO HUMANO E FUNDAMENTAL NO BRASIL 14

2.1 O Sistema único de saúde - SUS..... 17

2.2 Saúde como direito fundamental..... 19

3 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL 23

3.1 Política Pública 23

3.2 Política pública de saúde 25

4 JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL..... 28

4.1 Reserva do Possível 31

4.2 A teoria dos direitos fundamentais de Robert Alexy 34

4.2.1 Estrutura Trinária da Proporcionalidade.....35

4.3 Judicialização da saúde e o uso do argumento da reserva do possível.....36

4.4 Dados sobre a judicialização da saúde no Brasil.....37

5 TEMA 1234 DO STF..... 40

5.1 Análise crítica: Políticas Públicas de Saúde, Judicialização e o Tema 1234 do STF..... 43

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS..... 48

REFERÊNCIAS 50

1 INTRODUÇÃO

Esta pesquisa tem como objeto de estudo a judicialização da saúde, fenômeno que tem ganhado grande projeção no cenário jurídico e social brasileiro nas últimas décadas, especialmente em virtude do aumento expressivo de demandas judiciais relacionadas ao acesso a serviços, procedimentos e tratamentos nas três esferas do poder público. Esse crescimento não ocorre de maneira isolada; ao contrário, resulta de um conjunto de fatores estruturais e conjunturais que envolvem desde a organização do Sistema Único de Saúde (SUS) até a forma como o Estado planeja, executa e financia suas políticas públicas de saúde. Assim, o fenômeno da judicialização expõe não apenas as fragilidades operacionais do SUS, mas também as tensões políticas e institucionais associadas à efetivação de direitos sociais em um contexto marcado por restrições orçamentárias, complexidade administrativa e desigualdades históricas.

Nesse cenário, torna-se imprescindível compreender como o Poder Judiciário tem sido acionado para suprir lacunas deixadas pelas instâncias administrativas, especialmente quando os indivíduos recorrem à Justiça para assegurar tratamentos que consideram indispensáveis à preservação de sua saúde e dignidade. É justamente diante dessa realidade multifacetada que o presente estudo adota uma abordagem histórico-jurídica, buscando identificar os elementos que moldaram a política pública de saúde no Brasil ao longo do tempo e de que maneira esses elementos influenciam a dinâmica atual de judicialização. A análise do Tema 1234 de repercussão geral, julgado pelo Supremo Tribunal Federal (STF), constitui o eixo central desse percurso investigativo, pois representa um marco contemporâneo na compreensão dos limites e possibilidades da atuação judicial na concretização do direito à saúde.

A escolha do Tema 1234 como recorte analítico se justifica pela relevância desse julgamento no estabelecimento de parâmetros para a solução de conflitos entre indivíduos e o Estado em matéria de saúde pública. A decisão do STF, ao consolidar critérios para a intervenção judicial, reflete a necessidade de harmonizar a proteção constitucional do direito à saúde com as condições reais de funcionamento da administração pública. Dessa forma, compreender os fundamentos dessa tese de repercussão geral é essencial para interpretar as novas diretrizes que orientam o comportamento dos tribunais frente às demandas de saúde.

O objetivo geral da pesquisa consiste em analisar a judicialização das políticas públicas de saúde no Brasil, buscando verificar em que medida o Poder Judiciário tem

contribuído ou limitado a efetividade do direito fundamental à saúde, previsto na Constituição Federal de 1988. Em desdobramento a esse propósito, foram definidos objetivos específicos que orientam a discussão em diferentes dimensões do fenômeno: examinar o percurso histórico da saúde pública no país, situando o contexto de formação do SUS; analisar os contornos teóricos e práticos da reserva do possível como limite material à implementação de direitos sociais; realizar uma análise crítica da tese fixada no Tema 1234, considerando seus impactos sobre a atuação judicial; e, por fim, refletir sobre as repercussões sociais, políticas e jurídicas da judicialização no Brasil contemporâneo.

A fundamentação teórica da pesquisa apoia-se em autores reconhecidos no campo do direito sanitário e do direito constitucional, que exploram a interface entre direitos sociais, políticas públicas e atuação judicial. Além disso, a jurisprudência do Supremo Tribunal Federal desempenha papel central na construção do referencial teórico, especialmente no que se refere ao julgamento do Tema 1234 e a outros precedentes paradigmáticos sobre saúde pública. Normas jurídicas, legislações específicas e diretrizes institucionais compõem o arcabouço normativo que sustenta a análise, conferindo maior robustez à compreensão desse fenômeno marcado por tensões constitucionais e desafios práticos.

No que concerne à metodologia, esta pesquisa caracteriza-se como qualitativa, de natureza exploratória e descritiva, fundamentada principalmente em revisão bibliográfica. Foram consultados livros, artigos científicos, teses, dissertações, relatórios institucionais e outras fontes secundárias que possibilitaram examinar o tema sob diferentes perspectivas, ampliando a compreensão sobre a complexidade que envolve a judicialização da saúde. Tal abordagem permite identificar padrões, tendências, argumentos recorrentes e lacunas na literatura, contribuindo para uma análise mais crítica e abrangente das implicações jurídicas e sociais desse fenômeno.

A estrutura do trabalho organiza-se em dois eixos centrais, articulados de maneira progressiva. O primeiro eixo dedica-se à contextualização histórica e institucional da saúde pública no Brasil, analisada nos capítulos “A saúde enquanto direito humano e fundamental no Brasil” e “Políticas Públicas de Saúde no Brasil”. Nesse eixo, busca-se compreender a formação do SUS, seus princípios organizadores e os desafios que historicamente condicionam sua atuação. O segundo eixo concentra-se na análise da judicialização da saúde, por meio dos capítulos “Judicialização da Saúde” e “Tema 1234 do STF”, nos quais são discutidos os fundamentos jurídicos da

intervenção judicial e os parâmetros estabelecidos pela Suprema Corte. Essa organização permite que o estudo avance de bases históricas e institucionais para o debate contemporâneo sobre o papel do Judiciário.

O julgamento do Tema 1234 pelo Supremo Tribunal Federal representa um marco importante na delimitação da atuação judicial em demandas de saúde, ao estabelecer diretrizes destinadas a harmonizar o controle judicial com a gestão administrativa e orçamentária do Estado. A decisão reconhece a necessidade de respeito à reserva do possível e à autonomia administrativa, sem, contudo, desconsiderar a proteção dos direitos fundamentais assegurados pela Constituição. Apesar de ser um avanço jurídico relevante, sua implementação prática impõe desafios consideráveis, tanto para o Poder Público — que deve conciliar demandas crescentes com recursos limitados — quanto para os cidadãos, que dependem da efetividade das políticas de saúde para assegurar sua dignidade e qualidade de vida. Assim, o Tema 1234 configura-se como um esforço para equilibrar a efetividade dos direitos e a sustentabilidade das políticas públicas.

Portanto, a judicialização da saúde constitui um fenômeno multifacetário (Vieira, 2007), que exige análise articulada entre princípios constitucionais, limitações materiais do Estado e os limites de atuação do Judiciário na formulação e implementação de políticas públicas. Ao iluminar essas questões, esta pesquisa busca oferecer uma compreensão crítica do tema, sem pretensão de esgotá-lo, mas contribuindo para o desenvolvimento de novas reflexões, estudos e intervenções no campo do direito à saúde no Brasil.

2 A SAÚDE ENQUANTO DIREITO HUMANO E FUNDAMENTAL NO BRASIL

A história da saúde no Brasil reflete mudanças profundas ao longo dos séculos, moldadas por fatores políticos, sociais e culturais (Scliar, 2007). No decorrer do processo de colonização europeia, emergiram novas e complexas demandas no campo da saúde, notadamente em virtude da elevada incidência de enfermidades até então desconhecidas ou potencializadas pelas condições tropicais do território (Polignano, 2005, p. 4). Tal contexto impôs a necessidade de respostas imediatas, ainda que marcadas por limitações científicas e estruturais.

Nesse cenário, destacou-se a atuação dos boticários, profissionais incumbidos da preparação, manipulação e comercialização de medicamentos. Considerados precursores da farmácia no Brasil, desempenharam papel essencial na organização das práticas terapêuticas, suprindo a carência de recursos médicos e contribuindo para o enfrentamento das adversidades sanitárias próprias do período colonial (Polignano, 2005, p. 3). A presença desses agentes evidencia como nos primórdios a assistência à saúde esteve condicionada tanto ao saber empírico, quanto à disponibilidade de recursos técnicos, refletindo um modelo incipiente de atenção sanitária.

Com a chegada da família real ao Brasil, inaugurou-se uma fase de crescimento urbano e industrial (Oliveira, 2012), o que impôs novos desafios à gestão sanitária. Durante os períodos colonial (1500 a 1822) e imperial (1822 a 1889), as ações voltadas à saúde permaneceram pontuais[1], centralizadas e marcadas por um modelo assistencial direcionado, sobretudo, aos interesses da elite e do poder público. Tal configuração reforçava desigualdades de acesso, revelando a ausência de políticas universais ou de caráter distributivo.

A necessidade de modernização e ampliação da assistência, inspirada nos modelos europeus, impulsionou a criação de instituições voltadas à formação de profissionais e ao fortalecimento do aparato médico local. Como reflexo dessa demanda, foram fundadas, em 1808, a Escola de Cirurgia do Rio de Janeiro e o Colégio Médico-Cirúrgico no Real Hospital Militar de Salvador (Saúde Pública, 2023). Essas iniciativas, embora restritas a determinados segmentos da população, constituíram marcos iniciais na institucionalização do ensino médico no país.

---

[1] As primeiras ações de saúde pública implementadas pelos governantes foram executadas no período colonial com a vinda da família real para o Brasil (1808) e o interesse na manutenção de uma mão-de-obra saudável e capaz de manter os negócios promovidos pela realeza (Baptista, 2007, p. 30).

Nesse contexto, as primeiras ações de saúde pública no Brasil Colônia concentraram-se na proteção e no saneamento das cidades, com especial atenção às áreas portuárias, pontos estratégicos para a exportação e circulação de mercadorias, e na vigilância e controle de doenças (Baptista, 2007). Nota-se, portanto, que a saúde pública assumia, desde então, uma dimensão voltada à preservação dos interesses econômicos e ao controle de surtos, mais do que à promoção de um direito universal.

Foi durante o reinado de Dom Pedro I, em 1846, que se instituiu o Instituto Vacínico do Império e a obrigatoriedade da vacinação contra a varíola em crianças (Brasil, 2023). Essa medida, ainda que pioneira e relevante para a contenção de epidemias, representou um avanço pontual, não se traduzindo, naquele momento, em um sistema estruturado de garantia do direito à saúde.

No início do século XX, apesar de avanços isolados, o país enfrentava desafios sanitários consideráveis, especialmente na capital federal, então o Rio de Janeiro. A cidade apresentava um quadro sanitário gravemente comprometido, marcado pela ocorrência de enfermidades como varíola, malária, febre amarela e, posteriormente, peste (Polignano, 2005). Essa conjuntura não afetava apenas a saúde pública, mas repercutia diretamente em setores estratégicos, como o comércio exterior, uma vez que embarcações estrangeiras evitavam atracar no porto da cidade diante das condições sanitárias alarmantes.

Diante desse cenário, em 1902, o presidente Rodrigues Alves nomeou Oswaldo Cruz para a direção do Departamento Federal de Saúde Pública. A atuação do sanitarista representou o início de um período de profundas transformações na saúde pública brasileira (Polignano, 2005; Baptista, 2007). Entretanto, tais mudanças não ocorreram sem resistência: as medidas de desinfecção promovidas pelo serviço sanitário municipal encontraram forte oposição popular, gerando protestos e conflitos. Em um episódio ilustrativo, o próprio presidente solicitou a Oswaldo Cruz que suspendesse a queima de colchões e roupas dos enfermos, reconhecendo a importância da medida, mas cedendo à pressão social (Baptista, 2007, p. 33).

O ápice dessa tensão ocorreu com a promulgação da Lei Federal nº 1.261, de 31 de outubro de 1904, que tornou obrigatória a vacinação contra a varíola em todo o território nacional, desencadeando a Revolta da Vacina (Polignano, 2005, p. 4). Esse episódio expôs não apenas a dificuldade de implementação de políticas sanitárias em um contexto de baixa adesão social, mas também a ausência de estratégias comunicacionais eficazes por parte do Estado, revelando um conflito entre o dever

estatal de proteção à saúde e o exercício da autonomia individual. Apesar das resistências, a experiência serviu como um marco para a consolidação das políticas públicas de saúde, impulsionando mudanças estruturais.

A reforma sanitária liderada por Oswaldo Cruz consolidou importantes avanços para a institucionalização das ações de saúde pública no país. Entre eles, destacam-se: a implantação do registro demográfico, fundamental para o conhecimento da composição populacional e de eventos vitais; a incorporação do laboratório como ferramenta imprescindível para o diagnóstico etiológico de doenças; e a organização da produção em larga escala de produtos profiláticos destinados à prevenção e ao controle de enfermidades (Polignano, 2005)

O modelo campanhista adotado obteve expressivo êxito no combate às epidemias, o que contribuiu para a sua consolidação como paradigma dominante da saúde coletiva brasileira por décadas. Todavia, a eficácia obtida não afastou as críticas[2]: a imposição coercitiva das medidas, o desrespeito a direitos individuais e as arbitrariedades cometidas evidenciaram um padrão de intervenção estatal pautado pelo autoritarismo sanitário, que, embora eficaz no plano epidemiológico, carecia de legitimidade social e jurídica.

Décadas após esses fatos, o Brasil vivenciou um processo de redemocratização com o fim do regime militar em 1985. Esse período foi marcado por diversos movimentos[3] sociais, especialmente de profissionais da saúde, que passaram a defender uma concepção mais abrangente de saúde, compreendida como reflexo das condições de vida, trabalho e meio ambiente. Esse processo culminou na criação do Sistema Único de Saúde (SUS), formalizado pela Constituição Federal de 1988, que estabeleceu a saúde como um direito fundamental, inserido na classe de direitos sociais (Brasil, 1988; Carvalho, 2013; Finkelman, 2002).

Nesse sentido, o constituinte de 1988 buscou corrigir as distorções dos modelos anteriores, especialmente a restrição da assistência à saúde apenas aos trabalhadores

---

[2] O código sanitário foi considerado por alguns como um “código de tortura”, dada a extrema rigidez das ações propostas. A polícia sanitária tinha, entre outras funções, a tarefa de identificar doentes e submetê-los à quarentena e ao tratamento (Baptista, 2007, p. 33)

[3] O movimento das DIRETAS JÁ (1985) e a eleição de Tancredo Neves marcaram o fim do regime militar, gerando diversos movimentos sociais inclusive na área de saúde, que culminaram com a criação das associações dos secretários de saúde estaduais (CONASS) ou municipais (CONASEMS),e com a grande mobilização nacional por ocasião da realização da VIII Conferência Nacional de Saúde (Congresso Nacional,1986), a qual lançou as bases da reforma sanitária e do SUDS (Sistema Único Descentralizado de Saúde) (Polignano, 2005, p. 21)

com vínculo empregatício formal e seus dependentes, então vinculados ao Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) (Sarlet; Figueiredo, 2008a, p. 12).

Dessa forma, para atender aos objetivos específicos desta pesquisa, impõe-se a necessidade de apresentar, ainda que de maneira sucinta, o Sistema Único de Saúde (SUS) no contexto jurídico e social brasileiro. Tal abordagem possibilitará a compreensão de como a estrutura normativa e organizacional do SUS, que se consolidou como principal instrumento de efetivação do direito à saúde, sendo fundamental para a análise posterior dos desafios e impactos da judicialização nesse setor.

2.1 O Sistema único de saúde – SUS

A saúde passou a ser reconhecida, no ordenamento jurídico brasileiro, como um direito fundamental do cidadão e um dever do Estado. Essa mudança foi consolidada com a Constituição Federal de 1988, que, em seu artigo 198, estabeleceu as bases para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). A proposta de um sistema universal, integral e igualitário rompeu com o modelo anterior de proteção social, que se orientava pela lógica contributiva. Nesse novo paradigma, a saúde passa a ser compreendida como um bem público, acessível a todos e desvinculado de critérios seletivos como contribuição previdenciária, classe social, etnia ou gênero (Luchese; Aguiar, 2002).

O SUS constitui uma ampla rede de ações e serviços de saúde organizados pelas esferas federal, estadual e municipal. Essa rede envolve órgãos da administração direta, indireta e fundações públicas, que atuam de forma integrada. A participação da iniciativa privada é admitida, desde que complementar ao sistema público e submetida às normas estatais (Brasil, 1990; Finkelman, 2002). Essa complementaridade permite ampliar a oferta de serviços, embora permaneça o debate sobre a convivência entre interesses públicos e privados na prestação de cuidados à saúde.

Entre as funções essenciais do SUS destacam-se a regulação, a fiscalização, o controle e a execução das ações e serviços de saúde. A regulação consiste na elaboração de normas que orientam o funcionamento das unidades de saúde, tanto públicas quanto privadas conveniadas, estabelecendo padrões de atendimento, protocolos clínicos e diretrizes de acesso. Já a fiscalização e o controle, ainda que complementares, têm como objetivo verificar a conformidade entre o que está previsto nas políticas públicas e o que efetivamente ocorre na prática. Essas atividades buscam

garantir a qualidade dos serviços e o uso adequado dos recursos (Brasil, 1990; Carvalho, 2013).

O SUS fundamenta-se em princípios doutrinários que orientam sua estrutura e atuação. A universalidade assegura que todos os indivíduos possam acessar os serviços de saúde, sem discriminação de natureza social, econômica ou cultural. A integralidade envolve a oferta de ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, reconhecendo que o processo saúde–doença requer abordagens ampliadas. A equidade, por sua vez, busca assegurar que grupos com maiores vulnerabilidades recebam atenção proporcional às suas necessidades, contribuindo para a redução das desigualdades sociais (Brasil, 1990; Polignano, 2005).

Além desses princípios, o SUS é estruturado por diretrizes organizativas que orientam sua gestão. A descentralização distribui competências entre União, estados e municípios, permitindo que as decisões sejam mais sensíveis às realidades locais. A participação social constitui outro elemento central, garantindo à população o direito de influenciar e fiscalizar as políticas públicas por meio de conselhos e conferências de saúde (Ribeiro, 2017, p. 27). Esses mecanismos reforçam a transparência e legitimam o processo decisório.

A hierarquização e a regionalização complementam esse arranjo organizativo. A hierarquização organiza os serviços em níveis de complexidade, assegurando o encaminhamento adequado dos usuários. A regionalização integra esses níveis dentro de um território, facilitando o acesso e a continuidade do cuidado. A resolutividade, por fim, expressa a capacidade do sistema de responder de forma eficaz às demandas da população. Esses elementos consolidam o SUS como um sistema público estruturado, democrático e orientado pelos direitos humanos, fundamentado em bases epidemiológicas e no reconhecimento dos determinantes sociais da saúde (Brasil, 1990; Paim, 2013).

Por fim, é importante destacar que as políticas públicas de saúde e a consolidação do SUS só se tornaram possíveis devido ao reconhecimento da saúde enquanto direito humano e fundamental (Lamy; Roldan; Rahn, 2018). Para compreender plenamente esse processo, torna-se necessário analisar a evolução histórica do conceito de saúde. Esse conceito passou por transformações significativas ao longo do tempo e influencia diretamente a formulação das políticas públicas, a organização dos sistemas de saúde e a própria interpretação jurídica do direito à saúde.

2.2 Saúde como direito fundamental

Inicialmente, saúde foi concebida como mera ausência de doença. Entretanto, durante o século XX, essa concepção ampliou-se, incorporando múltiplas dimensões do modo de vida humano (Vieira, 2020; Scliar, 2007). Nesse sentido, a Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu saúde como "um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade" (WHO, 1948)[4], superando o reducionismo da definição anterior.

Com base nessa compreensão ampliada, revisita-se o direito à saúde enquanto direito humano e fundamental, cuja existência é indispensável para compreender sua relação com o desenvolvimento e a aplicação das políticas públicas destinadas ao acesso, difusão e efetivação da saúde.

Além de seu reconhecimento como direito fundamental no ordenamento jurídico brasileiro, a saúde também é consagrada como direito humano em diversos tratados internacionais, entre os quais se destacam o Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais das Nações Unidas, de 1966, e o Protocolo de São Salvador, de 1988, entre outros (Leite, 2023). Dessa forma, a saúde é reconhecida como inerente à condição humana, cabendo aos Estados a responsabilidade de garantir o acesso universal, equitativo e de qualidade aos serviços de saúde.

No ordenamento jurídico brasileiro, a saúde está prevista como direito social no artigo 6º da Constituição Federal[5], o que evidencia seu caráter de direito fundamental. Além disso, o artigo 196 da mesma reforça esse reconhecimento ao estabelecer expressamente que "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).

Assim, a Constituição de 1988 consagrou a saúde como direito fundamental universal, assegurando seu alcance a toda a população e impondo ao Estado um dever concreto de atuação para sua efetivação. Trata-se, portanto, de um direito fundamental positivo, que demanda do Estado a implementação de políticas públicas eficazes para garantir o acesso integral e equitativo aos serviços de saúde.

---

[4] No original: *"Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity"* (WHO, 1948).

[5] Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição(Brasil, 1988).

Nesse contexto, a perspectiva de um atendimento integral à saúde gera divergências na doutrina e na jurisprudência, que podem ser organizadas em duas correntes. A primeira defende que a integralidade "não se traduz em uma promessa de garantia de acesso a todos os bens e serviços de saúde existentes, mas sim de esforço contínuo para que as práticas profissionais e os serviços estejam articulados (Vieira, 2020, p. 13)". Nesse contexto, não existindo uma "integralidade" de fato, mas um esforço conjunto.

Por sua vez, a segunda corrente defende que o paciente tem o direito de buscar o melhor tratamento[6] possível, ainda que este seja de alto custo ou não esteja incorporado de forma padronizada ao sistema público. Para os defensores dessa vertente, a negativa estatal nessas situações configura afronta aos direitos fundamentais à saúde e à dignidade da pessoa humana.

Marques (2009) ressalta a importância de uma análise individualizada para delimitar o real alcance da integralidade da assistência, assegurando o devido respeito às necessidades específicas de cada paciente. Nesse cenário, a efetivação do direito à saúde depende diretamente da implementação de políticas públicas pelo Estado. Contudo, tais políticas nem sempre conseguem atender plenamente à demanda, seja por limitações materiais e políticas, seja pelas constantes inovações e complexidades do campo médico-terapêutico.

Em razão dessas lacunas, observa-se um crescimento nas demandas judiciais voltadas à garantia desse direito, caracterizando o fenômeno conhecido como judicialização da saúde. Esse fenômeno, por sua vez, revela as tensões entre o reconhecimento normativo do direito fundamental à saúde e os obstáculos práticos para sua efetiva realização nas políticas públicas e sociais (Leite, 2023).

É nesse cenário que a judicialização[7] da saúde tem se consolidado como um instrumento para assegurar o acesso a tratamentos e medicamentos que, muitas vezes, não são disponibilizados pelo sistema público. Contudo, esse fenômeno

---

[6]Ao indagar acerca do que seria esse mínimo, Brito Filho e Ferreira esclarecem que "só pode ser a saúde plena, no limite do que for possível, considerando o conhecimento disponível"51. Sendo assim, tendo em vista o recorte temático deste trabalho, é perceptível que os medicamentos de alto custo não incorporados ao SUS, mas que são imprescindíveis para a manutenção da vida de quem os requereu, não poderiam ser denegados administrativamente, porquanto constituem o mínimo existencial para a vida daquela pessoa (Ferraz, 2024, p. 25 e 26 *apud* Brito Filho; Ferreira, 2015).

[7] Desse modo, diante de uma falha na prestação dos serviços de saúde ou de problemas estruturais do sistema, a judicialização ainda se apresenta como uma garantia de que o direito à saúde seja tutelado (Leite, 2023, p.76).

também tem sido objeto de críticas e questionamentos, sobretudo devido ao seu uso excessivo e desordenado, que pode comprometer a sustentabilidade financeira do sistema de saúde e gerar desigualdades no acesso (Sarlet; Figueiredo, 2008; Barroso, 2009).

Por isso, para alcançar os objetivos desta pesquisa, é essencial compreender as políticas públicas de saúde, pois elas representam o principal instrumento constitucional de efetivação do direito fundamental à saúde. Assim, antes de examinar a judicialização, o próximo capítulo tratará das políticas públicas de saúde e de sua importância para a concretização e promoção desse direito no Brasil.

3 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL

3.1 Política Pública

Cabe esclarecer que este subcapitulo será apresentado de forma introdutória, com o objetivo específico de oferecer uma base conceitual essencial à compreensão do funcionamento das políticas públicas de saúde. Embora existam diferentes definições propostas por autores e correntes teóricas, de modo geral, entende-se política pública como um conjunto de ações, decisões e diretrizes adotadas pelo governo, voltadas a responder às demandas da sociedade e influenciar diretamente a vida dos cidadãos (Ferreira, 2023; Souza, 2006).

Bucci (2002, p. 41) define política públicas como

> [...] programas de ação governamental visando a coordenar os meios à disposição do Estado e as atividades privadas, para a realização de objetivos socialmente relevantes e politicamente determinados. Políticas públicas são metas coletivas conscientes e, como tais, um problema de direito público, em sentido lato.

A área de políticas públicas tem como expoentes os teóricos Harold Laswell, Herbert Simon, Charles Lindblom e David Easton, sendo suas principais contribuições:

AUTOR	ANO	CONTRIBUIÇÃO
Harold Laswell	1936	Criou o termo *policy analysis*. Defendeu a integração entre conhecimento científico, prática governamental, cientistas sociais e grupos de interesse.
Herbert Simon	1957	Herbert Simon, introduziu o conceito de **racionalidade limitada**. Argumentou que decisões públicas são afetadas por restrições, mas podem ser melhoradas por regras e incentivos.
Charles Lindblom	1959 e 1979	Criticou a visão racionalista. Propôs uma abordagem incremental, considerando o papel das eleições, burocracias, partidos e grupos de interesse no processo decisório.
David Easton	1965	Enxergou a política pública como um **sistema**. Destacou que ela recebe inputs da sociedade (mídia, partidos, grupos) que influenciam seus resultados e efeitos.

Fonte: Souza, 2006. Adaptado.

Desse modo, as políticas públicas configuram-se como respostas institucionais do Estado às demandas oriundas da sociedade civil e de suas próprias estruturas administrativas, refletindo um compromisso público com a intervenção planejada,

contínua e de longo prazo em áreas específicas de interesse coletivo (Carvalho, *et al.*, 2003).

Nesse viés, uma vez criadas, as políticas públicas devem ser transformadas em planos, programas, projetos, bancos de dados e sistemas de informação. Tais instrumentos passam por etapas rigorosas de implementação, acompanhamento e avaliação, assegurando o alcance dos objetivos e possibilitando ajustes e melhorias durante sua execução (Souza, 2006).

Todavia, é justamente na fase de implementação que emergem os principais obstáculos e contradições, exigindo revisão e aperfeiçoamento para garantir a efetividade e o cumprimento das metas propostas.

De acordo com Ferreira (2023), políticas públicas podem ser classificadas em políticas de Estado ou políticas de governo. Políticas de Estado são aquelas dotadas de força constitucional e independem da alternância governamental, como os programas orientados pelos objetivos fundamentais da República (art. 3º da CF/88). Por outro lado, políticas de governo estão vinculadas ao projeto político-partidário vigente, podendo ser modificadas ou extintas com a mudança de gestão, não possuindo continuidade obrigatória. No contexto da saúde, a política amolda-se como uma política de Estado, tendo em vista seu reconhecimento constitucional como direito fundamental do cidadão e dever do Estado (art. 196, CF/88).

As políticas públicas são essenciais para orientar a atuação governamental, promover transformações sociais, melhorar a qualidade de vida da população e influenciar diretamente a dinâmica do país. Trata-se, portanto, de um campo complexo e multifacetado, permeado por interesses diversos e em constante debate (Souza, 2006).

Dessa forma, constata-se que as políticas públicas desempenham papel central na estruturação e execução das ações estatais voltadas à concretização de direitos, em especial o direito à saúde. Apesar dos desafios práticos e das influências políticas que enfrentam, sua existência e continuidade são imprescindíveis para a promoção do bem-estar coletivo, demandando permanente avaliação e aprimoramento (Giovanella *et al.*, 2012).

Diante desse panorama, revela-se imprescindível aprofundar a análise das políticas públicas de saúde, com vistas a compreender sua natureza como política de Estado orientada para a garantia de um direito social constitucionalmente assegurado.

3.2 Política pública de saúde

As políticas públicas de saúde no Brasil constituem o conjunto integrado de diretrizes, ações e decisões estatais orientadas à promoção, proteção e recuperação da saúde da população (Paim *et al*., 2011). Formuladas no âmbito do poder público, essas políticas baseiam-se em demandas sociais, evidências técnicas e princípios constitucionais fundamentais, tais como a universalidade e a equidade (Souza, 2006).

Importante destacar que essas políticas ultrapassam a mera prestação de serviços, abrangendo também aspectos regulatórios, financeiros e institucionais, que articulam os diferentes entes federativos para a consolidação do Sistema Único de Saúde – SUS (Bucci, 2023).

A Reforma Sanitária brasileira, ocorrida nas décadas de 1970 e 1980, representou um marco fundamental na formulação de um novo paradigma de atenção à saúde. Inspirado em ideais democráticos, esse movimento reivindicava a saúde como direito de todos e dever do Estado, rompendo com a lógica curativista e centralizadora que predominava até então (Paim *et al*., 2011).

A consagração desses princípios ocorreu com a promulgação da Constituição Federal de 1988, que reconheceu a saúde como direito social e estabeleceu as bases legais para a implantação do SUS, estruturado nos pilares da descentralização, da participação social e da integralidade da atenção (Brasil, 1988).

A construção da política de saúde enquanto política social envolve múltiplas dimensões, políticas, sociais, econômicas, institucionais, estratégicas, ideológicas, técnicas e culturais, tornando complexa a distinção e o isolamento de cada fator em um momento específico (Giovanella *et al*., 2012).

No âmbito das políticas sociais, a saúde visa organizar e coordenar as ações governamentais destinadas à promoção, proteção e recuperação da saúde individual e coletiva, com o propósito último de assegurar o bem-estar e a qualidade de vida da população (Luchese; Aguiar, 2002).

Estruturadas constitucionalmente, as políticas públicas de saúde fundamentam-se nos princípios da universalidade, equidade e integralidade, bem como nas diretrizes da descentralização, gestão democrática e participação social. Assim, a saúde é reconhecida como direito de todos e dever do Estado, sendo operacionalizada por meio do SUS (Sarlet; Figueiredo, 2008).

A formulação e execução dessas políticas demandam a articulação integrada de diversos atores sociais e instituições governamentais (Paim *et al*., 2011). O êxito

dessas iniciativas depende de um processo contínuo que engloba o planejamento, implementação, monitoramento e avaliação periódica.

Entretanto, apesar dos avanços alcançados, o SUS ainda enfrenta desafios significativos, tais como a desigualdade[8] na oferta de serviços entre as regiões, a insuficiência de recursos financeiros e a falta de coordenação entre as esferas federal, estadual e municipal.

No intuito de fortalecer a participação social na gestão do SUS, a Lei nº 8.142/1990 instituiu as instâncias colegiadas da Conferência de Saúde e do Conselho de Saúde. Essas instituições garantem representação à população, prestadores de serviços, profissionais da saúde e gestores, assegurando controle democrático na formulação, fiscalização e avaliação das políticas públicas (Brasil, 1990).

Contudo, a prestação dos serviços de saúde no país ainda é permeada por fragilidades estruturais e operacionais que comprometem a efetividade das políticas. Destacam-se a insuficiência e má distribuição de recursos financeiros, a escassez de profissionais qualificados em algumas regiões, a lentidão dos processos administrativos, a defasagem tecnológica e as desigualdades no acesso[9] a tratamentos e medicamentos de alto custo.

Tais limitações, associadas à ineficácia na articulação intergovernamental e à incapacidade de atender de modo célere e integral às demandas[10], têm levado muitos

---

[8] O SUS ainda padece de grandes desigualdades na oferta de serviços de saúde, especialmente de alta complexidade ambulatorial e hospitalar. Um estudo verificou ausência de oferta de assistência ambulatorial e hospitalar de alta complexidade em 8,9% e 20,1% das regiões de saúde, respectivamente. Essas regiões constituem recortes territoriais compostos por vários municípios e servem ao planejamento da oferta de serviços de saúde. Esses números revelam a existência de vazios assistenciais9 e a necessidade de a população buscar o acesso a serviços de alta complexidade fora da sua região de saúde, percorrendo muitas vezes longas distâncias para obtenção de atendimento (Vieira, 2020 *apud* Lima et al., 2019).

[9] Em resumo, o que todas essas evidências revelam é que as desigualdades em saúde no Brasil são elevadas e persistentes. Elas são iniquidades em saúde e precisam ser eliminadas porque são desnecessárias, evitáveis, injustas e indesejáveis, tendo em vista suas causas, que são diferenças quanto a recursos, poderes e contextos valiosos que os indivíduos detêm de forma assimétrica (Vieira, 2020).

[10]Em 2013, por exemplo, 97% das pessoas que procuraram atendimento de saúde nas duas semanas que antecederam à data da pesquisa conseguiram obtê-lo (equivalente a aproximadamente 30 milhões de pessoas). Dessas, 64,8% receberam prescrição de medicamentos (19,4 milhões de pessoas), das quais 7,6% não conseguiram nenhum dos medicamentos prescritos (1,5 milhão de pessoas), 92,4% conseguiram pelo menos um medicamento (17,9 milhões de pessoas), 33,2% obtiveram pelo menos um medicamento no setor público (6 milhões de pessoas), 21,9% obtiveram pelo menos um medicamento por meio do Programa Farmácia Popular (3,9 milhões de pessoas) e 44,9% pagaram por medicamentos diretamente “do bolso” (8,1 milhões de pessoas). A frequência de pessoas que não obtiveram nenhum dos medicamentos prescritos variou conforme as regiões: Nordeste (10%), Norte (8,5%), Sudeste (7,1%), Sul (5,2%) e Centro-Oeste (7,7%) (Vieira, 2020 *apud* Stopa et al., 2017).

cidadãos a recorrerem ao Poder Judiciário para garantir o direito constitucional à saúde. Esse fenômeno, conhecido como judicialização da saúde, não apenas evidencia a necessidade de intervenção jurisdicional para assegurar prestações específicas, como também revela as dificuldades do Estado na efetiva implementação das políticas sanitárias previstas em lei (Vieira, 2020).

É nesse contexto de tensões entre o ordenamento jurídico e a realidade fática que surge a judicialização da saúde, com o Poder Judiciário assumindo o papel de garantidor e efetivador das prestações sanitárias, buscando suprir lacunas e corrigir deficiências na execução das políticas públicas de saúde.

4 JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL

A judicialização da saúde no Brasil é um fenômeno complexo que expressa a crescente intervenção do Poder Judiciário nas políticas públicas de saúde, especialmente quando indivíduos buscam garantir o acesso a tratamentos, medicamentos ou procedimentos não disponibilizados pelo SUS (Vieira, 2020). Esse processo reflete, de um lado, o fortalecimento da cidadania[11] e da exigibilidade de direitos e, de outro, os limites estruturais e orçamentários do sistema público de saúde.

Segundo Campos (2017), o descompasso entre as promessas do texto constitucional e a realidade da saúde pública brasileira frustrou as expectativas dos cidadãos.

Nesse contexto, o fenômeno da judicialização da saúde ganhou força a partir da promulgação da CF de 1988, que estabeleceu a saúde como um direito de todos e dever do Estado. Tal dispositivo constitucional oferece base legal sólida para que os cidadãos reivindiquem judicialmente prestações estatais em saúde, inclusive quando não previstas nas políticas públicas existentes. Para Silva (2014), a Constituição criou um paradigma de cidadania no Brasil, vinculando o direito à saúde a uma perspectiva de justiça social e dignidade da pessoa humana.

Segundo Vieira e Zucchi (2007), a judicialização ocorre sobretudo quando há omissão do Estado no fornecimento de serviços ou insumos essenciais, o que leva os indivíduos a acionarem o Judiciário como forma de obter aquilo que consideram um direito constitucionalmente assegurado.

Essa atuação do Judiciário, embora muitas vezes salve vidas, também gera tensões com os princípios da equidade e da integralidade do SUS, já que decisões judiciais podem obrigar o Estado a priorizar recursos para demandas individuais em detrimento de políticas coletivas (Sarlet; Figueiredo, 2008).

Barroso (2009) destaca que a judicialização está relacionada à expansão do papel do Judiciário em democracias constitucionais, sendo uma consequência natural da consagração de direitos fundamentais em constituições rígidas. Assim, aponta que, ao interpretar e aplicar normas constitucionais, os tribunais exercem uma função de guarda dos direitos fundamentais, como é o caso do direito à saúde.

---

[11]O aumento da consciência dos cidadãos sobre a possibilidade de exigir do Estado a garantia de prestação de serviços de saúde e a jurisprudência consolidada nos tribunais brasileiros sobre o dever do Estado de assegurar essas prestações, reforçando ainda mais a busca do Poder Judiciário pelos cidadãos para resolver conflitos dessa natureza, demonstram a relevância que o tema ganhou no país (Vieira, 2020, p. 7).

Entretanto, a judicialização das políticas públicas de saúde não está isenta de críticas. Para Marques (2016) e Dallari (2015), há um risco de desorganização do sistema de saúde quando decisões judiciais não consideram critérios técnicos e científicos das políticas públicas, o que pode comprometer a alocação equitativa dos recursos. Além disso, observa-se que as ações judiciais são frequentemente promovidas por segmentos mais informados[12] e com maior acesso a advogados, o que reforça desigualdades no acesso à justiça e, por conseguinte, à saúde.

Por outro lado, dados mais recentes apresentados por Da Cunha Júnior e Villas-Bôas (2024), indicam que na Bahia, 58,2% das demandas judiciais foram patrocinadas por alguma Defensoria Pública, especialmente a estadual, que responde por 50,2% dos casos. Esse cenário sugere uma mudança no perfil da judicialização, desafiando a visão tradicional de que esse fenômeno estaria restrito majoritariamente às elites.

Esse tema, portanto, revela-se complexo e exige uma interpretação cuidadosa dos dados disponíveis. Um único recorte ou estatística isolada dificilmente consegue capturar a totalidade das dinâmicas envolvidas na judicialização da saúde, que está imersa em contextos sociais, econômicos e regionais diversos. Assim, é fundamental adotar uma abordagem ampla e multidimensional, que considere diferentes períodos, localidades e grupos sociais, para compreender plenamente as reais motivações e impactos desse fenômeno, evitando conclusões simplistas ou generalizações indevidas.

Nesse sentido, ao olhar para a década de 1990, observa-se que as ações judiciais movidas por pacientes portadores do vírus HIV, assim como por organizações não governamentais (ONGs) dedicadas à causa, marcaram um momento significativo na consolidação da reivindicação judicial relacionada ao direito à saúde no Brasil. A partir de 1996, um volume expressivo de demandas resultou em decisões que obrigaram o Sistema Único de Saúde (SUS) a fornecer os medicamentos e serviços requeridos (Vieira, 2020, p. 26).

Na década de 2000, destacou-se o julgamento do Recurso Extraordinário (RE) n.º 657.718, de 2008, pelo Supremo Tribunal Federal (STF). A decisão estabeleceu a

---

[12] (..) dados disponibilizados pelo Ministério da Saúde referentes a 5.323 processos de demandas judiciais do período de 2003 a 2009 e encontrou elevada concentração de casos (85%) nos estados mais desenvolvidos das regiões Sul e Sudeste, onde viviam 56,8% da população do país. Por sua vez, nos estados das regiões Norte e Nordeste, com 36% da população brasileira, o número de processos era de 7,5% do total. Os dez estados com maior IDH foram responsáveis por 93,3% dos casos de demandas judiciais, enquanto os outros dezessete estados, de mais baixo IDH, responderam por 6,7% do total de processos (Vieira, 2020, p. 33).

vedação à concessão judicial de medicamentos sem registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), consolidando a importância do registro sanitário e da função regulatória da agência na avaliação de segurança e eficácia dos fármacos (Sarlet, 2024; Brasil, 2025).

Nesse cenário de progressiva delimitação da atuação judicial em matéria de fornecimento de medicamentos, consolidou-se em 2021 o Tema 106 do Superior Tribunal de Justiça (STJ), que fixou critérios mais restritivos para a concessão judicial de fármacos não incorporados ao Sistema Único de Saúde (SUS). O entendimento determinou que o medicamento deve possuir registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), que o paciente comprove sua hipossuficiência econômica, que inexista alternativa terapêutica disponível no rol do SUS e que o fornecimento não ocorra em desacordo com protocolos clínicos do Ministério da Saúde.

Posteriormente, contudo, o Supremo Tribunal Federal, ao firmar a tese do Tema 6, promoveu um verdadeiro *overruling*[13] do entendimento consolidado no STJ, ao estabelecer como obrigação do Estado o fornecimento de medicamento de alto custo a portador de doença grave que não disponha de recursos financeiros para adquiri-lo. Trata-se de marco relevante no sistema de precedentes, pois sinaliza para uma alteração jurisprudencial em favor da máxima efetividade do direito fundamental à saúde, ainda que em aparente tensão com os limites impostos pela racionalidade administrativa e orçamentária delineada no Tema 106 do STJ (Fresca, 2024; Brasil, 2025).

Essa linha de evolução jurisprudencial culmina na fixação do Tema 1234 pelo Supremo Tribunal Federal, que define parâmetros específicos para a concessão de medicamentos não incorporados ao SUS, mas registrados na Anvisa e de elevado custo, atribuindo à União a legitimidade passiva e à Justiça Federal a competência para tais demandas. Como será detalhado no próximo capítulo, essa tese estabelece critérios adicionais de comprovação e reforça a busca por um ponto de equilíbrio entre

---

[13]STF. Vocabulário Jurídico. Disponível em: https://portal.stf.jus.br/jurisprudencia/tesauro/pesquisa.asp?pesquisaLivre=OVERRULING#:~:text=Mudan%C3%A7a%20de%20entendimento%20de%20um,jur%C3%ADdico%20ou%20evolu%C3%A7%C3%A3o%20f%C3%A1tica%20hist%C3%B3rica. : Mudança de entendimento de um tribunal acerca de tema jurídico anteriormente pacificado. Essa alteração jurisprudencial pode-se dar por alteração no ordenamento jurídico ou evolução fática histórica.

a proteção do direito individual e a sustentabilidade do sistema público de saúde (Brasil, 2025).

Em síntese, como se nota desse breve apanhado, a judicialização da saúde no Brasil tem emergido como uma resposta à insuficiência das políticas públicas e à força normativa da Constituição de 1988. Todavia, embora represente um instrumento legítimo de efetivação de direitos, seu uso indiscriminado pode comprometer a racionalidade do sistema público e exigir um esforço de diálogo entre os poderes do Estado, profissionais da saúde e a sociedade civil para o aprimoramento da governança em saúde.

Nesse contexto, torna-se imprescindível compreender o instituto da reserva do possível, que tem servido como fundamento jurídico para as negativas do Estado diante das demandas decorrentes da judicialização da saúde.

4.1 Reserva do Possível

A judicialização da saúde no Brasil tem provocado intensos debates entre os Poderes do Estado e os estudiosos do direito constitucional e da saúde pública. Uma das principais controvérsias envolve o tensionamento entre a efetivação do direito à saúde, garantido constitucionalmente, e os limites orçamentários do Estado, representados pela chamada reserva do possível (Sarlet; Figueiredo, 2008a).

O argumento da reserva do possível[14] tem origem no direito alemão e passou a ser invocado com frequência no Brasil a partir da década de 2000, particularmente no âmbito da judicialização de demandas em saúde (Ribeiro, 2017).

Trata-se da ideia de que a efetivação de direitos sociais, como saúde, educação e moradia, está condicionada à disponibilidade de recursos financeiros, humanos e organizacionais. Segundo Barroso (2009), esse argumento é legítimo, mas não pode ser utilizado de forma automática ou genérica para eximir o Estado de sua responsabilidade constitucional.

Assis (2012) afirma que no Brasil a cláusula da reserva do possível é constantemente invocada como barreira intransponível à efetivação dos direitos sociais.

---

[14] Em linhas gerais, o princípio da reserva do possível regula a possibilidade e a extensão da atuação estatal no que se refere à efetivação de alguns direitos sociais e fundamentais, tais como o direito à saúde, condicionando a prestação do Estado à existência de recursos públicos disponíveis (Silva, 2008, p. 26).

Nesse contexto, Sarlet e Figueiredo (2008a) apresentam uma tríplice dimensão da reserva do possível: (a) a disponibilidade fática dos recursos para a efetivação dos direitos fundamentais; (b) a disponibilidade jurídica dos recursos materiais e humanos, que abarca a autorização e a distribuição orçamentária; e (c) a proporcionalidade e razoabilidade da prestação, no que tange à sua exigibilidade. Essa concepção diferencia-se da ideia clássica que contempla apenas duas dimensões: a possibilidade fática e a possibilidade jurídica.

Ademais, o Supremo Tribunal Federal (STF) já reconheceu a validade da reserva do possível. Contudo, destacou que ela não pode ser invocada sem a comprovação concreta da escassez de recursos (STF, RE 565.089). Isso significa que o Estado deve demonstrar, de forma objetiva, que a negativa de determinado tratamento decorre de inviabilidade orçamentária comprovada, e não de mera conveniência administrativa.

A compreensão dessas teorias são fundamentais para o exame das tensões e conflitos inerentes à proteção do direito à saúde. Desse modo, revela-se necessária uma revisitação à teoria dos direitos fundamentais de Robert Alexy, que propõe um modelo sistemático para ponderação entre direitos e princípios constitucionais.

4.1.2 Mínimo existencial

A discussão acerca do mínimo existencial, no contexto da saúde pública brasileira, parte da compreensão de que a dignidade da pessoa humana impõe ao Estado a responsabilidade de garantir condições básicas de vida a todos os cidadãos. Esse entendimento consolidou-se inicialmente na doutrina nacional com autores que enfatizaram a existência de um direito a um patamar mínimo de existência digna, composto por prestações estatais essenciais e insuscetíveis de supressão indevida (Brandão, 2021). Assim, o mínimo existencial funciona como um limite material à atuação estatal e, ao mesmo tempo, como fundamento para a exigência de ações positivas que assegurem direitos fundamentais.

Posteriormente, a teoria foi ampliada para abarcar dimensões que ultrapassam a mera conservação da vida biológica. A literatura especializada passou a considerar o mínimo existencial como um conjunto de recursos indispensáveis ao desenvolvimento humano integral, abrangendo não apenas a sobrevivência física, mas também condições que permitam participação social, liberdade e autonomia individual ((Brandão, 2021)). Essa concepção reforça que o direito à saúde não se restringe ao

atendimento emergencial ou curativo, mas engloba fatores estruturais que garantem bem-estar e qualidade de vida.

Há vertentes de doutrinadores que destacam a necessidade de diferenciar o mínimo existencial do chamado mínimo vital. Enquanto este último se refere ao conjunto de elementos necessários à manutenção imediata da vida, o primeiro abrange condições suficientes para uma vida digna, considerando aspectos sociais, ambientais e psicológicos (Brandão, 2021; Sarlet; Figueiredo, 2008, p. 07). Essa distinção é fundamental para o campo da saúde pública, pois demonstra que a atuação estatal deve ir além da simples prevenção da morte evitável, alcançando políticas capazes de assegurar acesso contínuo, adequado e igualitário aos serviços de saúde.

Nesse cenário, a Constituição Federal estabelece diretrizes que orientam o cumprimento progressivo do mínimo existencial na saúde. O texto constitucional prevê prioridades que devem nortear a ação estatal, como saneamento básico, proteção materno-infantil, medicina preventiva e políticas de vigilância epidemiológica, medidas que formam o núcleo mínimo do direito à saúde (Brandão, 2021). Esses elementos estruturam uma base necessária para que a população alcance condições mínimas de bem-estar, reduzindo agravos e fortalecendo a atuação preventiva do sistema público.

Contudo, a efetivação dessas garantias ainda se mostra desigual em grande parte do país, revelando limitações na implementação de políticas públicas e na alocação de recursos. A insuficiência dessas ações pode resultar na violação do mínimo existencial, o que gera não apenas danos individuais, mas impactos coletivos significativos. Diante disso, o controle judicial se apresenta como instrumento legítimo para assegurar a concretização desse núcleo essencial, tanto em demandas individuais quanto em ações coletivas.

Por fim, embora o mínimo existencial represente o patamar irrenunciável de proteção social, ele não deve ser encarado como objetivo final das políticas públicas de saúde. A Constituição aponta para uma ordem social orientada pela promoção da justiça, igualdade e ampliação contínua dos direitos fundamentais. Assim, o mínimo existencial constitui o ponto de partida para que o Estado desenvolva políticas mais abrangentes, capazes de assegurar não apenas a sobrevivência, mas a plena realização da dignidade humana em todas as suas dimensões.

4.2 A teoria dos direitos fundamentais de Robert Alexy

A teoria dos direitos fundamentais proposta por Robert Alexy (2008) oferece um arcabouço teórico para lidar com colisões entre normas constitucionais, como o direito à saúde e o princípio da reserva do possível. Para Alexy, os direitos fundamentais são normas principiológicas, isto é, mandamentos de otimização que exigem a realização do direito na maior medida possível, dentro das possibilidades fáticas e jurídicas existentes.

Na prática, implica na necessidade de uma ponderação entre os princípios em conflito, considerando o peso de cada um no caso concreto. Alexy (2008) sustenta que essa ponderação deve respeitar critérios de racionalidade e proporcionalidade, o que significa que a restrição a um direito fundamental, como a saúde, só será legítima se for necessária, adequada e proporcional em sentido estrito.

Desse modo, a reserva do possível não pode ser utilizada como um obstáculo absoluto à efetivação dos direitos sociais. Pelo contrário, ela deve ser considerada um limite relativo, que demanda justificativa pública e transparente, conforme o modelo da argumentação jurídica racional defendido pelo autor.

Alexy (2008), distingue regras e princípios a partir de sua estrutura normativa, afirmando que as regras são normas que operam segundo a lógica do “tudo ou nada” e se aplicam pela subsunção clássica. Assim, se uma regra é válida e seus pressupostos fáticos estão presentes, ela deve ser integralmente cumprida; caso contrário, sua não aplicação implica invalidade. Quando ocorre conflito entre regras, é necessário declarar uma delas inválida ou estabelecer uma exceção, solucionando-se a antinomia por meio dos critérios tradicionais de hierarquia, cronologia ou especialidade (Alexy, Teoria dos Direitos Fundamentais, p. 88).

Os princípios, por outro lado, são definidos pelo autor como mandamentos de otimização. Eles ordenam que algo seja realizado na maior medida possível, dentro das possibilidades fáticas e jurídicas existentes. Essa estrutura de otimização implica que os princípios não são cumpridos ou descumpridos totalmente, mas realizados em diferentes graus (Alexy, p. 92). Por essa razão, os princípios são intrinsecamente aptos à colisão.

Quando dois princípios colidem, o que é comum no constitucionalismo contemporâneo, como no conflito entre liberdade de expressão e proteção da honra, nenhum deles é invalidado. A colisão é resolvida por meio da atribuição de peso ou prevalência, de acordo com as circunstâncias do caso concreto (Alexy, p. 110).

Os direitos fundamentais, para Alexy (2008), são predominantemente princípios. Eles estabelecem uma posição jurídica prima facie (à primeira vista), que pode ser limitada pela intervenção de outros princípios ou bens jurídicos concorrentes, desde que essa limitação seja justificada pelo método da proporcionalidade. Essa natureza principiológica confere aos direitos fundamentais maleabilidade e adaptabilidade diante de cenários jurídicos complexos, garantindo ao intérprete o instrumental necessário para realizar a otimização constitucional (Alexy, p. 135).

A principal metodologia para a aplicação e resolução de colisões entre princípios, e, portanto, entre direitos fundamentais, é o Princípio da Proporcionalidade. Alexy sistematiza e formaliza esse princípio, transformando-o em guia hermenêutico em um algoritmo de otimização racional.

4.2.1 Estrutura Trinária da Proporcionalidade

Segundo Alexy (p. 99), o princípio da proporcionalidade é composto por três subprincípios interligados, que devem ser analisados sequencialmente em qualquer intervenção estatal que limite um direito fundamental.

1. **Adequação (ou Idoneidade)**
   Exige que o meio empregado pelo legislador ou aplicador do direito seja apto a promover o fim pretendido. Se a medida restritiva não for minimamente útil para alcançar o objetivo legítimo que a fundamenta, ela é inadequada e inconstitucional (Alexy, p. 101).

2. **Necessidade (ou Exigibilidade)**
   Determina que, entre os meios adequados para atingir o fim legítimo, deve-se escolher aquele menos restritivo ao direito fundamental em questão. Se houver meio alternativo igualmente eficaz e menos lesivo, a medida é desnecessária e, portanto, desproporcional (Alexy, p. 104).

3. **Proporcionalidade em Sentido Estrito (Ponderação)**
   Exige que as vantagens da medida restritiva superem as desvantagens impostas ao direito fundamental atingido. Nesse estágio ocorre a ponderação propriamente dita: a determinação do peso relativo dos princípios em colisão (Alexy, p. 115).

Para afastar a crítica de que a ponderação seria meramente subjetiva, Alexy propõe a Fórmula do Peso. Embora reconheça a dificuldade em quantificar valores, ele oferece um modelo que busca aumentar a racionalidade do processo de atribuição de peso aos princípios colidentes.

O projeto teórico de Robert Alexy, que busca conciliar o positivismo (segurança jurídica) e o jusnaturalismo (justiça), tem sido alvo de críticas, especialmente de outras vertentes do pós-positivismo, como a teoria do direito de Ronald Dworkin e de neoconstitucionalistas críticos.

Uma das principais críticas à Teoria dos Direitos Fundamentais concentra-se na ponderação. Argumenta-se que, apesar da pretensão de racionalização da Fórmula do Peso, ela não elimina a subjetividade e a inevitável discricionariedade do aplicador, sobretudo na atribuição dos pesos “leve”, “moderado” e “grave”, que permanece sendo uma escolha valorativa. Assim, a ponderação poderia conduzir a um ativismo judicial descontrolado, em potencial violação ao princípio da separação dos poderes (Pereira; Otaviano, 2017).

Desse modo, entende-se que esta obra não tem a finalidade de aprofundar exaustivamente essa temática, mas de oferecer um arcabouço conceitual adequado à compreensão do problema central analisado.

4.3 Judicialização da saúde no Brasil e o uso do argumento da reserva do possível

No contexto brasileiro, a judicialização da saúde revela a tensão entre a demanda individual por tratamentos médicos e a necessidade de planejamento e gestão racional do SUS. Como observam Sarlet e Figueiredo (2008a), a atuação do Judiciário é muitas vezes impulsionada pela ineficiência ou omissão administrativa, o que confere legitimidade à intervenção judicial em determinados casos.

No entanto, o uso indiscriminado do Judiciário para atender interesses individuais pode comprometer os princípios da universalidade e da equidade, pilares do SUS (Barroso, 2009). Nesse cenário, o argumento da reserva do possível adquire centralidade, pois está diretamente ligado à questão da sustentabilidade das políticas públicas de saúde.

A aplicação da teoria de Alexy sugere que a decisão judicial que determina a prestação de um serviço ou fornecimento de medicamento deve ser precedida de uma análise criteriosa dos impactos orçamentários, das prioridades do sistema e da existência de alternativas terapêuticas. Essa abordagem busca equilibrar o direito individual à saúde com a proteção do interesse coletivo e com os limites da capacidade estatal (Assis, 2012).

A discussão sobre a reserva do possível na judicialização da saúde exige uma abordagem que vá além do formalismo jurídico, incorporando elementos de ética, economia, saúde pública e teoria constitucional. Nesse viés, essa teoria contribui para análise ao propor um modelo de ponderação que permite decisões mais equilibradas e justificadas, respeitando tanto os direitos individuais, quanto os limites estruturais do Estado.

É fundamental que o Poder Judiciário, ao intervir em políticas de saúde, adote critérios de racionalidade, proporcionalidade e transparência, evitando tanto o assistencialismo judicial, quanto a negação injustificada de direitos fundamentais.

Por fim, para compreensão e análise da temática, mostra-se necessário conhecer alguns dados sobre a judicialização da saúde no Brasil.

4.4 Dados sobre a judicialização da saúde no Brasil

As decisões judiciais sobre o tema de saúde pública apresentam relevante influência nos orçamentos públicos. Em especial, aquelas relacionadas ao fornecimento de medicamentos e tratamentos de alto custo, implicam em impacto financeiro significativo notadamente nos menores municípios. Em muitos casos, tais dispêndios ultrapassam a capacidade orçamentária local, comprometendo a manutenção e a execução de outras políticas públicas, não só de saúde, e agravando as desigualdades no acesso aos serviços públicos (Brasil, CNJ, 2024).

Em 2023, mais de 550 mil ações relacionadas à saúde foram ajuizadas na Justiça. Desse total, 327 mil envolveram a saúde pública e cerca de 235 mil trataram da saúde suplementar, havendo casos em que o mesmo processo abrangeu ambas as esferas. No mesmo período, foram julgados 461 mil processos sobre saúde, restando ao final do ano um acervo de 754 mil demandas pendentes (Brasil, CNJ, 2024).

Esse montante representa um aumento de 9,5% em relação ao ano anterior, esse fato revela não apenas a persistência de lacunas no acesso efetivo aos serviços públicos, como também a ampliação do papel do Judiciário na garantia do direito à saúde. Contudo, a elevação expressiva do estoque de processos pendentes, que alcançou 754 mil casos em 2023, evidencia a sobrecarga do sistema judicial, com potenciais prejuízos à celeridade e à qualidade das decisões.

A fim de qualificar as decisões e reduzir incertezas técnicas, o uso do sistema e-NatJus cresceu 40% nesse mesmo período, refletindo esforços para subsidiar

magistrados com informações especializadas. Ainda assim, os impactos orçamentários permanecem significativos. De acordo com a Pesquisa Assistência Farmacêutica no SUS (Ipea, 2024), em 2023 os medicamentos judicializados corresponderam, em média, a 32,9% dos gastos estaduais e a 8,4% dos gastos municipais com assistência farmacêutica, comprometendo recursos destinados ao abastecimento regular.

Essa pressão orçamentária se torna ainda mais evidente quando analisados os gastos médios por habitante. Vieira (2025) aponta que, entre 2019 e 2023, o valor chegou a R$ 81,75 em municípios com até 5 mil habitantes, enquanto as médias regionais variaram de R$ 41,82 no Nordeste a R$ 68,79 no Centro-Oeste. No mesmo período, os municípios aumentaram em 40% seus gastos próprios, ao passo que os repasses federais e estaduais diminuíram, transferindo maior ônus às administrações locais. Tal cenário reforça a urgência de repensar o modelo de financiamento da assistência farmacêutica, buscando soluções que harmonizem as competências dos Poderes e aumentem a eficiência na utilização dos recursos públicos.

Dados divulgados pela Associação Paulista de Medicina evidenciam a expressiva concentração de processos judiciais relacionados à saúde em alguns estados brasileiros.

> "São Paulo lidera o volume absoluto de ações, com aproximadamente 133.500 processos, seguido por Rio Grande do Sul (83.710), Minas Gerais (50.520), Rio de Janeiro (33.750) e Bahia (27.330). Quando analisados os indicadores proporcionais, observa-se que o Rio Grande do Sul apresenta a maior média de processos por mil habitantes, atingindo 8,47, enquanto São Paulo registra 3,03, Minas Gerais 2,88, Bahia 2,25 e Rio de Janeiro 1,97. A relação entre número de processos e número de médicos também revela disparidades relevantes: o Rio Grande do Sul concentra 2,36 ações por médico, seguido por Bahia (0,99), São Paulo (0,84), Minas Gerais (0,74) e Rio de Janeiro (0,50)" (Associação Paulista de Medicina, 2024).

Esses dados demonstram que a judicialização da saúde ocorre de forma heterogênea no território nacional, refletindo diferenças estruturais, demográficas e organizacionais entre os estados.

Portanto, embora a judicialização seja um instrumento de garantia de direitos, seu crescimento impõe desafios à gestão pública, especialmente quanto à alocação de recursos limitados e à preservação dos princípios constitucionais do SUS, universalidade, integralidade e equidade. Nesse sentido, é fundamental que políticas públicas avancem não apenas na ampliação do acesso aos serviços, mas também na integração entre Executivo e Judiciário, de forma a evitar que a judicialização se transforme em entrave à eficiência e sustentabilidade do sistema de saúde.

Portanto, o presente trabalho propõe-se a oferecer ao leitor uma compreensão do contexto histórico, jurídico e institucional que permeia as políticas públicas de saúde no Brasil, bem como dos elementos que fomentam o fenômeno da judicialização. Com base nesse panorama, busca-se desenvolver uma análise crítica e contextualizada do Recurso Extraordinário n.º 1.366.243, relativo ao Tema 1234 do STF, decisão paradigmática que consolidou relevantes teses no campo do direito à saúde, reafirmando a necessidade de compatibilizar a máxima efetividade desse direito fundamental com os limites orçamentários e a preservação da ordem constitucional.

5 TEMA 1234 DO STF

O Supremo Tribunal Federal ao julgar o Recurso Extraordinário n.º 1.366.243, sob a sistemática de repercussão geral (Tema 1.234), publicou acórdão em outubro de 2024 fixando importantes diretrizes para o controle judicial das demandas sobre a legitimidade passiva da União e competência da Justiça Federal nas demandas que abordam sobre o fornecimento de medicamentos registrados na ANVISA, mas não incorporados no SUS.

Nesse contexto, para encontrar uma solução equilibrada e justa sobre esse tema, foi criada uma Comissão Especial formada por representantes dos governos e das instituições envolvidas. A partir dos diálogos realizados, chegaram a importantes acordos sobre pontos como quem deve ser responsável pelo fornecimento, como será feito o custeio e de que forma será feito o ressarcimento nas situações que envolvem medicamentos ainda não incorporados ao SUS, entre outras questões relevantes (BRASIL, STF, 2024).

O relator, ministro Gilmar Mendes, destacou a necessidade de uma governança federativa compartilhada, com critérios objetivos para divisão de responsabilidades, buscando equilibrar o direito individual à saúde e a sustentabilidade do sistema público (BRASIL, STF, 2024).

Essa tese foi dividida em seis eixos principais, que tratam respectivamente de: (I) competência jurisdicional; (II) definição de medicamentos não incorporados; (III) custeio e ressarcimento; (IV) análise judicial de atos administrativos; (V) implementação de uma plataforma nacional para monitoramento; e (VI) tratamento jurídico dos medicamentos já incorporados ao SUS.

A seguir, apresenta-se um resumo de cada uma dessas partes, de acordo com o consignado no acórdão (BRASIL, STF, 2024):

I – Competência Jurisdicional

As ações relativas ao fornecimento de medicamentos não incorporados ao SUS, mas registrados na ANVISA, cujo custo anual seja igual ou superior a 210 salários-mínimos, devem tramitar na Justiça Federal. A base de cálculo utilizada é o Preço Máximo de Venda ao Governo (PMVG), definido pela Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED). Para medicamentos com o mesmo princípio ativo, considera-se o de menor valor na lista da CMED. Se não houver valor fixado, aplica-se o valor apresentado pela parte autora, salvo impugnação fundamentada.

II – Definição de Medicamentos Não Incorporados

Consideram-se não incorporados os medicamentos que: (i) não constam na política pública do SUS; (ii) estão previstos nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDTs) para finalidade diversa da pretendida; (iii) não possuem registro na ANVISA; ou (iv) são utilizados de forma *off label*[15] sem respaldo normativo. Conforme a tese do Tema de repercussão geral nº 500, é de competência da Justiça Federal julgar ações envolvendo medicamentos sem registro na ANVISA, com a União no polo passivo.

III – Custeio e Ressarcimento

O fornecimento de medicamentos, quando deferido pela Justiça Federal, é de responsabilidade financeira da União, mesmo em casos de redirecionamento para execução por estados ou municípios. O ressarcimento entre entes será feito por meio de repasses Fundo a Fundo, com prazos e percentuais definidos. Nas ações que tramitam na Justiça Estadual, o ressarcimento dependerá do valor da causa e da natureza do medicamento (ex: oncológicos), conforme acordado em instância tripartite.

IV – Análise Judicial do Ato Administrativo

O Poder Judiciário deve obrigatoriamente analisar o ato administrativo que negou a incorporação do medicamento ou o fornecimento na via administrativa, sob pena de nulidade da decisão. Essa análise limita-se ao controle da legalidade do ato e da veracidade dos motivos apresentados, sem invasão do mérito administrativo. Cabe ao autor da ação comprovar a eficácia e segurança do medicamento com base na Medicina Baseada em Evidências, não sendo suficiente apenas um laudo médico.

V – Plataforma Nacional

Será implementada uma plataforma nacional, fruto de governança cooperativa entre entes federativos e o Poder Judiciário, destinada à centralização das informações sobre demandas administrativas e judiciais de fornecimento de medicamentos. A plataforma garantirá rastreabilidade, controle ético das prescrições e permitirá o monitoramento do paciente beneficiado por decisões judiciais, respeitando a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD).

VI – Medicamentos Incorporados

---

[15] O uso denominado *off-label* ocorre quando se prescreve ou administra um medicamento em contextos distintos daqueles aprovados pela Anvisa — seja para outra doença, faixa etária, protocolo clínico ou dosagem. Por não estar coberto pela regulamentação oficial, o medicamento *off-label* é considerado “não aprovado” ou “não indicado”, ficando a responsabilidade sobre o profissional que o prescreve (Brasil, Infosus, 2025).

Quanto aos medicamentos já incorporados ao SUS, seguir-se-á o fluxo administrativo e judicial pactuado entre os entes federativos, conforme constante no Anexo I do acórdão do STF. O magistrado deverá determinar qual ente público (União, estado, DF ou município) será responsável pelo fornecimento, respeitando os critérios definidos na autocomposição.

Essa decisão constitui um marco relevante no contexto da judicialização da saúde, ao estabelecer critérios objetivos para o fornecimento de medicamentos não incorporados ao Sistema Único de Saúde (SUS), buscando conciliar a proteção do direito fundamental à saúde com a sustentabilidade das políticas públicas. Tal entendimento, entretanto, não foi construído de forma isolada, mas integra um percurso jurisprudencial mais amplo, no qual o Supremo Tribunal Federal (STF) e o Superior Tribunal de Justiça (STJ) vêm, progressivamente, delineando parâmetros para a atuação do Poder Judiciário na efetivação desse direito.

Ao longo dos anos, diversos precedentes abordaram questões como o fornecimento de medicamentos de alto custo, a concessão de fármacos não incorporados ao SUS ou sem registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e a definição da responsabilidade solidária entre os entes federativos. Para compreender a evolução e o alcance dessas decisões, apresenta-se, a seguir, uma tabela organizada em ordem cronológica, contendo alguns dos principais temas de repercussão geral relacionados à judicialização da saúde, evidenciando o processo de construção e aperfeiçoamento desse entendimento jurisprudencial.

ANO	TEMA/PROCESSO	TRIBUNAL	CONTEÚDO
2010	Tema 6 (RE 566471/RN)	STF	Fixou critérios para fornecimento judicial de medicamentos não incorporados ao SUS, permitindo exceções e flexibilizando restrições que viriam a superar o Tema 106 do STJ.
2016	Tema 500 (RE 657718/MG)	STF	Regra: não fornecimento de medicamentos sem registro na ANVISA. Exceções: (i) pedido de registro no Brasil (exceto medicamentos órfãos), (ii) registro em agência sanitária estrangeira reconhecida, (iii) inexistência de substituto terapêutico. Ação deve ser ajuizada contra a União.
2017	Tema 106 (REsp 1.657.156/RJ)	STJ	Exigência cumulativa para fornecimento de medicamento não incorporado ao SUS: (i) laudo médico fundamentado comprovando imprescindibilidade e ineficácia dos fármacos do SUS; (ii) incapacidade financeira do paciente; (iii) registro do medicamento na ANVISA.
2019	Tema 793 (RE 855178/SE)	STF	Reconheceu a responsabilidade solidária dos entes federados na judicialização da saúde, permitindo que o

			Judiciário direcione o cumprimento e defina compensações financeiras entre União, Estados e Municípios.
2022	Tema 1161 (RE 1165959)	STF	Autorizou, de forma excepcional, fornecimento de medicamento sem registro na ANVISA, mas com autorização de importação, desde que comprovados: (i) incapacidade econômica do paciente; (ii) imprescindibilidade clínica; (iii) ausência de alternativa terapêutica no SUS.
2024	Tema 1234 (RE 1.366.243)	STF	Firmou os limites da atuação judicial frente à reserva do possível em saúde, reconhecendo a necessidade de ponderação entre a efetivação do direito à saúde e a sustentabilidade financeira do Estado, reforçando critérios para a judicialização responsável.

Fonte: (Da Cunha Junior; Villas-Bôas, 2024). Adaptado.

A análise dos precedentes acima demonstra que, embora o Poder Judiciário tenha buscado estabelecer critérios mais claros e uniformes para o fornecimento de medicamentos e para a definição das responsabilidades federativas, a judicialização da saúde permanece marcada por tensões intrínsecas. Cada decisão, ao mesmo tempo que assegura direitos individuais, impõe efeitos financeiros e administrativos aos entes públicos, revelando a delicada ponderação entre a efetividade do direito à saúde e a preservação da sustentabilidade financeira do Estado.

Por conseguinte, a complexidade da judicialização da saúde transcende os aspectos estritamente jurídicos delineados nesses precedentes, demandando uma análise crítica que abarque suas dimensões sociais, econômicas e políticas. Torna-se, assim, imperativo considerar não apenas os fundamentos legais, mas também os desafios práticos e éticos que permeiam a efetivação do direito à saúde, de modo a compreender as múltiplas repercussões sobre o sistema público e sobre os cidadãos

5.1 Análise crítica: Políticas Públicas de Saúde, Judicialização e o Tema 1234 do STF

A materialização das políticas públicas de saúde no Brasil ocorre, fundamentalmente, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), que, ao longo de sua trajetória, passou por um processo gradual de expansão e aperfeiçoamento. Essa evolução resultou em avanços expressivos na oferta de bens e serviços, contribuindo para a melhora das condições de vida e saúde da população, especialmente no que se refere à ampliação do acesso à atenção básica, ao atendimento de urgência e emergência, ao aumento da cobertura vacinal, à assistência pré-natal e ao

fortalecimento das ações de vigilância em saúde. Também se destacam os investimentos na formação e expansão da força de trabalho, na produção nacional de insumos e tecnologias e na consolidação de políticas estruturantes, como a Estratégia Saúde da Família (Vieira, 2020 *apud* Paim *et al*., 2011).

Apesar dessas importantes conquistas, Vieira (2020) ressalta que as desigualdades em saúde permanecem evidentes e refletem as profundas disparidades socioeconômicas do país. A pesquisa revela que, paralelamente aos avanços, o SUS enfrentou obstáculos persistentes que limitaram sua consolidação plena, entre eles a ausência de prioridade política continuada, mudanças frequentes de orientação governamental e o subfinanciamento crônico que acompanhou o sistema desde sua origem. Esses entraves dificultam a implementação de políticas mais robustas e comprometem a capacidade estatal de responder, de forma equânime, às necessidades da população.

Nesse sentido, as políticas públicas de saúde no Brasil revelam uma tensão constante entre os princípios normativos estabelecidos pela Constituição Federal de 1988 universalidade[16], equidade e integralidade e os desafios concretos de sua operacionalização.

A construção do SUS foi fruto de um amplo movimento de Reforma Sanitária, marcado pela participação social e pela luta pela democratização do acesso à saúde (PAIM *et al.,* 2011). Contudo, a efetivação desses princípios tem sido prejudicada por problemas estruturais como a distribuição desigual de recursos entre os entes federativos, a influência crescente do setor privado na prestação e financiamento dos serviços e a falta de mecanismos eficientes de governança capazes de integrar ações e reduzir fragmentações administrativas.

Nesse contexto de insuficiências, a judicialização da saúde emerge como mecanismo central de garantia de direitos individuais diante das falhas da administração pública. A intervenção judicial passou a ser utilizada como estratégia para assegurar o acesso a medicamentos, tratamentos ou procedimentos que, por diferentes motivos, não foram disponibilizados oportunamente no SUS (FERRAZ, 2009). Embora cumpra um papel importante na proteção de direitos fundamentais, a judicialização evidencia uma distorção institucional ao deslocar para o Poder Judiciário

[16] A implementação do SUS promoveu avanços significativos na área da saúde no Brasil, mas ainda é preciso ampliar a oferta e a qualidade dos serviços em todo o território a fim de que a universalização do cuidado se concretize (Vieira, 2020, p. 17).

decisões que deveriam ser tomadas no âmbito técnico-administrativo, comprometendo a racionalidade distributiva do sistema e impactando negativamente o planejamento coletivo.

Essa tensão torna-se ainda mais evidente em ações que envolvem medicamentos de alto custo, não incorporados pelo SUS, e tratamentos experimentais. Nessas situações, a decisão judicial pode gerar grande impacto orçamentário, deslocando recursos destinados a políticas de maior alcance coletivo e ampliando desigualdades internas ao sistema (SOUZA; BUCCI, 2023). Assim, o desafio consiste em compatibilizar a tutela individual imediata com a sustentabilidade e a equidade do sistema como um todo.

Foi nesse cenário que a judicialização da saúde no Brasil se intensificou nas últimas décadas, especialmente no que diz respeito à obtenção de medicamentos e tratamentos não padronizados. Em resposta a essa crescente demanda, o Supremo Tribunal Federal, no julgamento do Recurso Extraordinário nº 1.366.243, com repercussão geral reconhecida (Tema 1234), buscou estabelecer critérios objetivos para a atuação judicial nesses casos. Como mencionado anteriormente, essa decisão representa uma tentativa de equilibrar o direito individual à saúde com os limites financeiros, administrativos e técnicos das políticas públicas.

No julgamento, o STF fixou a tese de que, quando o medicamento pleiteado não estiver padronizado pelo SUS e o custo anual do tratamento for igual ou superior a 210 salários-mínimos, valor calculado com base no Preço Máximo de Venda ao Governo (PMVG) estabelecido pela Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos, a competência será da Justiça Federal. Assim, nesses casos, a União deve ser incluída no polo passivo da demanda, uma vez que é o ente responsável pela regulamentação, incorporação e financiamento de tecnologias de saúde em âmbito nacional.

Ademais, o julgar o Tema 1234, o STF fixou orientações como a necessidade de registro do medicamento na Anvisa, a demonstração da ineficácia das alternativas disponibilizadas pelo SUS e a exigência de decisão técnica fundamentada, o julgamento também previu a criação de uma plataforma nacional para organizar e monitorar as demandas judiciais envolvendo medicamentos não padronizados. Essa medida pretende aprimorar a gestão pública, possibilitar maior controle sobre os processos e facilitar a solução administrativa de conflitos, reduzindo a necessidade de judicialização (STF, 2023).

Embora essas diretrizes representem avanços importantes para a construção de maior segurança jurídica, o estudo evidenciou que elas também possuem potencial para restringir o acesso de populações vulneráveis. A exigência de documentos especializados, pareceres técnicos e comprovações detalhadas constitui um mecanismo relevante para qualificar a análise judicial; contudo, pode transformar-se em barreira concreta para grupos com menor acesso a serviços de saúde qualificados, especialmente em regiões periféricas ou com oferta reduzida de profissionais especializados (Vieira, 2020; Silva Filho et al., 2022).

Além disso, tais critérios, ainda que bem-intencionados, pressupõem um nível de organização administrativa e de informação em saúde que não está igualmente distribuído entre os entes federativos. Assim, o que se apresenta como um filtro técnico pode produzir, na prática, uma desigualdade no acesso ao Poder Judiciário, ampliando vulnerabilidades preexistentes. Soma-se a isso o fato de que a modulação dos efeitos da decisão, ao definir a aplicação prospectiva da tese, acabou por deixar desassistidos muitos pacientes cujos processos já se encontravam em tramitação no momento do julgamento.

Dessa forma, os achados deste estudo demonstram que, embora a judicialização tenha desempenhado papel relevante na garantia de direitos e na correção de omissões estatais, sua expansão tem produzido tensões significativas no princípio da equidade, revelando fragilidades na articulação entre políticas públicas e decisões judiciais. A análise revela que a intervenção judicial, quando realizada de maneira descoordenada com as políticas de saúde, pode reforçar desigualdades regionais e orçamentárias, produzindo um cenário em que determinados grupos ou territórios têm maior capacidade de responder às exigências impostas pelos tribunais. Em outras palavras, a judicialização expõe tanto a insuficiência da gestão pública em assegurar integralidade e acesso quanto os limites do Poder Judiciário na formulação de políticas distributivas de saúde.

Nesse sentido, o julgado analisado evidencia um esforço do Supremo Tribunal Federal em harmonizar direito, gestão e responsabilidade fiscal. Todavia, o próprio acórdão indica que essa harmonização somente será plenamente efetiva mediante o fortalecimento estrutural e institucional do SUS. Esse fortalecimento demanda investimentos contínuos, planejamento de longo prazo e maior integração entre as diferentes esferas federativas, especialmente no que se refere às responsabilidades

financeiras e administrativas. Também implica aperfeiçoar os mecanismos de incorporação tecnológica, de modo que os processos decisórios se tornem mais transparentes, previsíveis e alinhados às necessidades reais da população. Nesse contexto, a participação social se destaca como elemento indispensável, garantindo que as políticas públicas reflitam demandas concretas e legítimas, ao mesmo tempo em que aumentam a legitimidade e o controle democrático sobre o sistema.

Por fim, constata-se que a política de saúde no Brasil dependerá cada vez mais de soluções que integrem, de maneira equilibrada e contínua, os campos jurídico, científico e administrativo. Essa integração mostra-se indispensável para que o país avance na construção de um sistema de saúde mais justo, eficiente e humanizado, capaz de concretizar, com efetividade e responsabilidade, o direito fundamental à saúde previsto na Constituição Federal de 1988. Em um cenário de crescente complexidade tecnológica, pressões econômicas e transformações epidemiológicas, a coordenação entre esses campos será decisiva para evitar que a judicialização se torne um mecanismo de produção de desigualdades, e não de garantia de direitos.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho de conclusão de curso demonstrou a complexidade do fenômeno da judicialização da saúde no Brasil, situando-o na intersecção entre o direito fundamental à saúde, as políticas públicas e a atuação do Poder Judiciário. A trajetória do direito à saúde no país foi delineada por uma abordagem histórico-jurídica, que permitiu traçar sua evolução até a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), consolidando a saúde como um direito de todos e um dever do Estado.

As políticas públicas de saúde no Brasil consolidaram-se como um marco jurídico e social a partir da Constituição Federal de 1988, que instituiu a saúde como direito universal e dever do Estado, pautado pelos princípios da universalidade, integralidade e descentralização (BRASIL, 1988; PAIM *et al.*, 2011). Contudo, a materialização desses direitos enfrenta diversas limitações como apresentadas nesta obra, podemos explicá-las como estruturais, financiamento insuficiente, gestão fragmentada e as desigualdades regionais, que comprometem a plena efetividade do SUS (SOUZA, 2006; SILVA FILHO *et al.*, 2022).

Nesse contexto, a judicialização da saúde emerge como instrumento de garantia individual, possibilitando o acesso a medicamentos e tratamentos não ofertados pelo SUS, mas também revelando tensões entre as demandas judiciais e o planejamento coletivo das políticas públicas (FERRAZ, 2009; BUCCI, 2023). A pesquisa evidenciou que essa judicialização, impulsionada pela busca individual de acesso a tratamentos e medicamentos, ofertados e não ofertados pelo SUS, gerou uma tensão significativa com o princípio da "reserva do possível e o mínimo existencial" como já analisados.

O julgamento do Tema 1234 pelo Supremo Tribunal Federal (STF) representa um esforço institucional para estabelecer critérios técnicos e legais que orientem a concessão judicial de medicamentos, buscando compatibilizar o direito à saúde com a responsabilidade fiscal e a organização do SUS (STF, 2023). O julgamento do precedente revelou-se um importante passo na direção de uma possível solução do excesso de judicialização da saúde no Brasil, pois buscou harmonizar a proteção ao direito individual com a sustentabilidade do sistema público.

Contudo, embora a tese do STF represente um avanço na segurança jurídica, seus critérios mais rígidos podem, paradoxalmente, criar barreiras que antes não existiam para o acesso das populações vulneráveis, em especial aquelas em regiões com menor infraestrutura de saúde e jurídica, no entanto, são questões

pormenorizadas que devem ser analisadas por região e suas características. A título de exemplo, a dependência de laudos médicos detalhados e a comprovação da ineficácia de alternativas do SUS podem se tornar obstáculos práticos aptos a perpetuar a desigualdades no acesso aos serviços públicos pelos hipossuficientes, evidenciando que persiste o paradoxo na busca por atender, ao mesmo tempo, direitos individuais e coletivos (Da Cunha Junior; Villas-Bôas, 2024).

Conclui-se, portanto, que, embora a judicialização da saúde constitua um instrumento legítimo de garantia de direitos, não representa uma solução definitiva. O enfrentamento desse fenômeno requer o fortalecimento institucional do SUS, mediante investimentos adequados, gestão integrada e ampliação da participação social, além da formulação de políticas públicas mais eficientes e transparentes, capazes de reduzir a necessidade de intervenção judicial. Acredita-se que por meio dessa abordagem multidimensional será possível lograr êxito na busca pelo acesso universal, equitativo e sustentável à saúde, permitindo que o Judiciário continue atuando como garantidor em casos de grave violação, mas sem tirar o protagonismo do gestor público na condução das políticas públicas de saúde no país.

REFERÊNCIAS

ALEXY, Robert. Teoria dos direitos fundamentais. Tradução de Virgílio Afonso da Silva. São Paulo: Malheiros, 2008.

AROUCA, Sérgio. O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. Disponível em/: https://books.scielo.org/id/q7gtd/pdf/arouca-9788575416105.pdf

ASSIS, Victor Hugo Siqueira de. O controle judicial das políticas públicas: a problemática da efetivação dos direitos fundamentais sociais, 2012. Disponível em: https://unoesc.emnuvens.com.br/espacojuridico/article/download/1645/1124

Associação Paulista de Medicina. Uma pesquisa elaborada pelo Conselho Federal de Medicina, ao lado de diferentes instituições, como o Conselho Nacional de Justiça, analisou os panoramas da judicialização da Saúde e da Medicina no Brasil, 2024. Disponível em: https://www.apm.org.br/infografico-apresenta-panoramas-da-judicializacao-da-saude-e-da-medicina-no-brasil/.

BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria. História das Políticas de Saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde (capítulo 1 do livro: Políticas de saúde: a organização e a operacionalização do SUS). FIOCRUZ e Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2007. Organizadores: Gustavo Corrêa Matta e Ana Lúcia de Moura Pontes.

BARROSO, Luís Roberto. Barroso destaca dilemas da magistratura diante do aumento de processos de saúde, 2024. Disponível em: https://www.cnj.jus.br/barroso-destaca-dilemas-da-magistratura-diante-do-constante-aumento-de-processos-de-saude/. Acesso dia 22/05/2025.

BARROSO, Luís Roberto. O novo direito constitucional brasileiro: contribuições para a construção teórica e prática da jurisdição constitucional no Brasil. São Paulo: Saraiva, 2009.

BRANDÃO, Mariana Kaires Alves. JUDICIALIZAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE, MÍNIMO EXISTENCIAL E O PRINCÍPIO DA PROIBIÇÃO AO RETROCESSO SOCIAL, 2021. Disponível em: https://www.mppi.mp.br/internet/wp-content/uploads/2022/06/Judicializac%CC%A7a%CC%83o-do-direito-a%CC%80-sau%CC%81de-mi%CC%81nimo-existencial-e-o-princi%CC%81pio-da proibic%CC%A7a%CC%83o-ao-retrocesso-social.pdf. Acesso dia 22/05/205.

BRASIL, CNJ. Semana Nacional da Saúde no Judiciário impulsionará julgamento de processos, 2024. Disponível em: https://www.cnj.jus.br/justica-em-numeros-2024-barroso-destaca-aumento-de-95-em-novos processos/#:~:text=%E2%80%9CPor%20todo%20o%20pa%C3%ADs%2C%20os,em%20rela%C3%A7%C3%A3o%20a%20sua%20tramita%C3%A7%C3%A3o.. Acesso dia 01/07/2025.

BRASIL. STF. Informação à sociedade. RE 1.366.243 (Tema 1.234) Regras para fornecimento de medicamentos pelo SUS, 2024. Disponível em:

https://www.stf.jus.br/arquivo/cms/noticiaNoticiaStf/anexo/RE1.366.243_tema1234_infosociedade_LCFSP.pdf. acesso dia 01/07/2025

BRASIL, INFOSUS, Medicamento “Off Lalel”, 2025. Disponível em: http://infosus.saude.sc.gov.br/index.php/Medicamento_%22off_label%22.

BRASIL. Constituição Federal da República Brasileira, 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso dia 10/11/2024

BRASIL. Lei Orgânica da saúde, 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. 23/05/2025 19h30

BRASIL. Saúde Pública. Um relato breve da história da Saúde Pública Pública no Brasil, publicado em 25/07/2023. Disponível em: https://mv.com.br/blog/historia-da-saude-publica-no-brasil. Acesso dia 21/03/2025

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Recurso Extraordinário n. 565.089/SP. Relator: Min. Celso de Mello. Brasília, DF, 2009.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. RE 1.366.243 – Tema 1234: Saúde – fornecimento de medicamentos não incorporados ao SUS. Relator: Min. Gilmar Mendes. Brasília, DF, 2024. Disponível em: https://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=6406877.Acesso dia 23/05/2025 19h30

BUCCI, Maria Paula Dallari. A ABORDAGEM DIREITO E POLÍTICAS PÚBLICAS NO BRASIL: QUADROS ANALÍTICOS, 2023. https://www.trf3.jus.br/documentos/emag/Cursos/2023400057_-_Seminario_Demandas_Estruturais/2023.08.16_-_Revista_Campo_de_Publicas_-_A_abordagem_Maria_Paula.pdf. Acesso dia 10/11/2024.

CAMPOS, Alexandre; HERÉDIA, Leila. Senado 200 Anos- Episódio 23. A Constituinte e a Constituição de 1988, 2024. Disponível em: https://www12.senado.leg.br/radio/1/senado-200-anos-a-historia-passa-por-aqui/2024/04/23/episodio-23-a-constituinte-e-a-constituicao-de-1988#:~:text=A%20constituinte%20foi%20presidida%20pelo,5%20de%20outubro%20de%201988. Acesso dia 10/11/2024.

CAMPOS, Isys de Oliveira. JUDICIALIZAÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE: ANÁLISE NAS CAUSAS E EFEITOS, 2017. Disponível em: https://dspace.doctum.edu.br/browse?type=title&sort_by=1&order=ASC&rpp=20&etal=-1&null=&offset=3201

CARVALHO, Alysson. et all, Políticas Públicas, 2003. Disponível em: https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=FsafZXeaolMC&oi=fnd&pg=PA9&dq=pol%C3%ADticas+p%C3%BAblicas&ots=4Ha9siFrUf&sig=O2xiRb8oReIMbHfGS1qhrwc9UP4#v=onepage&q&f=false. Acesso dia 23/05/2025.

CARVALHO, Gilson. A Saúde Pública no Brasil, 2013. Disponível em: https://www.scielo.br/j/ea/a/HpvKjJns8GhnMXzgGDP7zzR/?format=pdf&lang=pt. Acesso dia 11/03/2025.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. Judicialização e saúde: ações para acesso à saúde pública de qualidade / Conselho Nacional de Justiça; Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. – Brasília: CNJ, 2021. Disponível em: https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2021/06/Relatorio_Judicializacao-e Sociedade.pdf. Acesso dia 11/03/2025

DA CUNHA JUNIOR, Dirley; VILLAS-BÔAS, Maria Elisa. Modificações trazidas pelo Tema 1234 à Judicialização em Saúde e Atuação das Defensorias Públicas, 2024. Disponível em: https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/1295/1574. Acesso dia 22/07/2025.

DALLARI, Sueli Disponível em: R. Dir. sanit., São Paulo v.16 n.1, p. 7-18, mar./jun. 2015.Gandolfi.https://www.scielo.br/j/rsp/a/5y9xHbXS96M9BhMWWgrRWgd/?format=pdf&lang=pt. Acesso dia 11/03/2025

DINIZ, Eni Maria Sezerino. Tema 1234 e Tema 6 do STF: Desafios para judicialização da saúde no âmbito do SUS. Disponível em: https://www.defensoria.ms.def.br/images/repositorio-dpgems/conteudo-nucleos/nas/banco-peticoes-listas-documentos-questionarios/diretrizes-material-de-apoio/TEMA_1234_E_TEMA_6__DO_STF_-_DESAFIOS_PARA_A_JUDICIALIZAO_DA_SADE_NO_MBITO_DO_SUS_-.pdf. Acesso 25/02/2025 às18h 56.

FERRAJOLI, Luigi. Direito e razão: teoria do garantismo penal. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2002.

FERRAZ, Ana Beatriz Albuquerque. O Dever do Estado de fornecer medicamentos de alto custo não incorporados ao SUS: Uma breve contraposição entre a ótica utilitarista e a justiça distribuitiva de John Rawls à luz do RE nº 5566.471/RN, 2024. Disponível em: https://www.repositorio.ufal.br/bitstream/123456789/14478/1/O%20dever%20do%20Estado%20de%20fornecer%20medicamentos%20de%20alto%20custo%20n%C3%A3o%20incorporados%20ao%20SUS_uma%20breve%20contraposi%C3%A7%C3%A3o%20entre%20a%20%C3%B3tica%20utilitarista%20e%20a%20justi%C3%A7a%20distributiva%20de%20John%20Rawls%20%C3%A0%20luz%20do%20RE%20n%C2%BA%20566.471-RN.pdf. Acesso dia 25/07/205

FERRAZ, Octávio Luiz Motta. The right to health in the courts of Brazil: Worsening health inequities? Health and Human Rights, v. 11, n. 2, p. 33–45, 2009. Disponível em: https://www.hhrjournal.org/2013/08/29/the-right-to-health-in-the-courts-of-brazil-worsening-health-inequities/. Acesso dia 23/05/2025 19h

FERREIRA, Raíne Sâmela Silva. Direito à saúde no Brasil: A judicialização das demandas de saúde. 2023.

https://ri.unir.br/jspui/bitstream/123456789/4883/1/MONOGRAFIA%20RAINE%20SAMILA.pdf. Acesso dia 10/11/2024.

FINKELMAN, J., org. Caminhos da saúde no Brasil [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002. 328 p. ISBN 85-7541-017-2. Available from SciELO Books . Disponível em: https://static.scielo.org/scielobooks/sd/pdf/finkelman-9788575412848.pdf. Acesso 25/02/2025 às 18h50.

FRESCA, Fábio. A superação do Tema 106 do STJ pelo Tema 6 do STF: Overruling na concessão de medicamentos não incorporados pelo SUS, 2024. Disponível em: https://www.migalhas.com.br/coluna/migalhas-de-direito-medico-e-bioetica/421579/a-superacao-do-tema-106-stj-pelo-tema-6-do-stf-overruling-medicamento. Acesso dia 25/07/2025.

GIOVANELLA, L., ESCOREL, S., LOBATO, L. V. C., NORONHA, J. C., and CARVALHO, A. I., eds. Políticas e sistemas de saúde no Brasil [online]. 2nd ed. rev. and enl. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012, 1097 p. ISBN: 978-85-7541-349-4. https://doi.org/10.7476/9788575413494. Acesso dia 23/05/2025 19h

LAMY, Marcelo; ROLDAN, Rosilma; HAHN, Milton. À SAÚDE COMO DIREITO HUMANO E FUNDAMENTAL. 2018. Disponível em: https://revista.univem.edu.br/emtempo/article/view/2679/766. Acesso: 23/05/2025.

LEITE, Carolina Godoy. O acesso à justiça nas demandas de saúde: impactos dos Temas 793 e 1234 do Supremo Tribunal Federal, 2023. https://doi.org/10.46901/revistadadpu.i19.p63-87

LUCHESE, Patrícia T.R e AGUIAR, Dayse Santos de.Informação para tomadores em saude pública. 2002. Disponível em: https://www.professores.uff.br/jorge/wp-content/uploads/sites/141/2017/10/polit_intro.pdf. Acesso dia 23/05/2025 19h.

MARQUES, Rosa Maria et all. Sistema de Saúde no Brasil: organização e financiamento. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_saude_brasil_organizacao_financiamento.pdf. Acesso dia 23/05/2025 19h.

MARQUES, Silvia Badim. O princípio constitucional da integralidade de assistência à saúde e o projeto de lei n. 219/2007: interpretação e aplicabilidade pelo Poder Judiciário, 2009. Disponível em: https://revistas.usp.br/rdisan/article/view/13163. Acesso dia 23/05/2025 19h.

MENDES, Gilmar Ferreira; COELHO, Inocêncio Mártires; BRANCO, Paulo Gustavo Gonet. Curso de Direito Constitucional. 13. ed. São Paulo: Saraiva, 2018.

OLIVEIRA, André Luiz de. História da saúde no Brasil: dos primórdios ao surgimento do SUS, 2012. Disponível em: https://facasc.emnuvens.com.br/ret/article/viewFile/198/189. Acesso dia 23/05/2025 19h

PAIM, Jairnilson Silva et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. The Lancet, v. 377, p. 1778–1797, 2011.

PIOVESAN, Flávia. Direitos humanos e o direito constitucional internacional. 13. ed. São Paulo: Saraiva, 2013.

POLIGNANO, Marcus Vinícius. Hitória das Políticas de Saúde no Brasil. Disponível em: https://www.saude.mt.gov.br/storage/old/files/historia-das-politicas-de-saude-no-brasil-uma-pequena-revisao-marcus-vinicius-polignano-[16-200511-SES-MT].pdf. Acesso dia 21/03/2025.

SARLET, Ingo Wolfgang; FIGUEIREDO, Mariana Filchtiner. Algumas considerações sobre o direito fundamental à proteção e promoção da saúde aos 20 anos da Constituição Federal de 1988, 2008. Disponível em: https://www.stf.jus.br/arquivo/cms/processoAudienciaPublicaSaude/anexo/O_direito_a_saude_nos_20_anos_da_CF_coletanea_Tania_10_04_09.pdf. Acesso dia 29/07/2025.

SARLET, Ingo Wolfgang; FIGUEIREDO, Mariana Filchtiner. A eficácia dos direitos fundamentais e o princípio da reserva do possível: algumas aproximações. Revista de Direito do Consumidor, São Paulo, n. 74, p. 105-124, 2008a. Disponível em: https://revistadoutrina.trf4.jus.br/index.htmhttps://revistadoutrina.trf4.jus.br/artigos/edicao024/ingo_mariana.html.

SALERT, Ingo Wolfgang. As Súmulas 60 e 61 do STF e a assim chamada 'judicialização da saúde', 2024. Disponível em: https://www.conjur.com.br/2024-out-25/as-sumulas-60-e-61-do-stf-e-a-assim-chamada-judicializacao-da-saude/.

SILVA FILHO, Raniery Rodrigues et al. Uma análise histórica das políticas públicas de saúde no Brasil. Revista Transformar, v. 2, n. 2, 2022. Disponível em: https://www.fsj.edu.br/transformar/index.php/transformar/article/view/1105/476.

SILVA, Leny Pereira da. DIREITO À SAÚDE E O PRINCÍPIO DA RESERVA DO POSSÍVEL, 2008. Disponível em: https://www.stf.jus.br/arquivo/cms/processoAudienciaPublicaSaude/anexo/DIREITO_a_SAUDE_por_Leny.pdf. Acesso dia 05/12/2024

SILVA, Virgílio Afonso da. Direitos fundamentais: conteúdo essencial, restrições e eficácia. 3. ed. São Paulo: Malheiros, 2014.

SIQUEIRA. O controle judicial das políticas públicas: A problemática da efetivação dos direitos fundamentais sociais. Revista Espaço Jurídico, Joaçaba, v. 13, n. 2, p. 283-296, jul./dez. 2012 ISSN 2179-7943 Vade Mecum Saraiva / Luiz Roberto Curia, colaboração. 15. Ed. Atual. e ampl. São Paulo, 2013.

SCLIAR, Moacyr. História do conceito de saúde. Physis: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 29-41, 2007. Disponível em: https://www.scielo.br/j/physis/a/WNtwLvWQRFbscbzCywV9wGq/?format=pdf&lang=pt. Acesso dia 21/03/2025.

SOUZA, Celina. As políticas públicas: uma revisão da literatura.2006. Disponível em: https://www.scielo.br/j/soc/a/6YsWyBWZSdFgfSqDVQhc4jm/?format=pdf&lang=pt, acesso dia 21/05/2025 às 17h.

VIEIRA, Fabiola Sulpino; ZUCCHI, Paola. Distorções causadas pelas ações judiciais à política de medicamentos no Brasil. 2007; UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO; Volume: 41; Issue: 2 Linguagem: Inglês. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0034-89102007000200007. Aacesso dia 21/05/2025 as 16h.

VIEIRA, Fabiola Sulpino. DIREITO À SAÚDE NO BRASIL: SEUS CONTORNOS, JUDICIALIZAÇÃO E A NECESSIDADE DA MACROJUSTIÇA, 2020. Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/entities/publication/2324a0fc-5e3b-46cd-b9ab 02b9ebcd7db4. Acesso dia 05/03/2025.

WANG. Daniel Wei Liang. REVISITANDO DADOS E ARGUMENTOS NO DEBATE SOBRE JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE, 2021. Disponível em: https://www.estudosinstitucionais.com/REI/article/view/650/737. Acesso dia 05/12/2024.

WISTIN, Ricardo. CLT chega aos 80 anos com direitos do trabalhador sob disputa. Agência senado, 2023. Disponível em: https://www12.senado.leg.br/noticias/infomaterias/2023/04/clt-chega-aos-80-anos-com-direitos-do-trabalhador sobdisputa#:~:text=A%20CLT%20(Decreto%2DLei%205.452,1%C2%BA%20de%2maio%20de%201943. Acesso: 21/05/2025 as 18h.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. CONSTITUITION. Disponível em: https://www.who.int/es/about/governance/constitution, acesso dia 20/03/2025.