

VIII ENCONTRO VIRTUAL DO CONPEDI

DIREITO E SAÚDE I

LITON LANES PILAU SOBRINHO

LUIZ GERALDO DO CARMO GOMES

TEREZA RODRIGUES VIEIRA

Todos os direitos reservados e protegidos. Nenhuma parte destes anais poderá ser reproduzida ou transmitida sejam quais forem os meios empregados sem prévia autorização dos editores.

Diretoria - CONPEDI

Presidente - Profa. Dra. Samyra Haydêe Dal Farra Naspolini - FMU - São Paulo

Diretor Executivo - Prof. Dr. Orides Mezzaroba - UFSC - Santa Catarina

Vice-presidente Norte - Prof. Dr. Jean Carlos Dias - Cesupa - Pará

Vice-presidente Centro-Oeste - Prof. Dr. José Querino Tavares Neto - UFG - Goiás

Vice-presidente Sul - Prof. Dr. Leonel Severo Rocha - Unisinos - Rio Grande do Sul

Vice-presidente Sudeste - Profa. Dra. Rosângela Lunardelli Cavallazzi - UFRJ/PUCRio - Rio de Janeiro

Vice-presidente Nordeste - Prof. Dr. Raymundo Juliano Feitosa - UNICAP - Pernambuco

Representante Discente: Prof. Dr. Abner da Silva Jaques - UPM/UNIGRAN - Mato Grosso do Sul

Conselho Fiscal:

Prof. Dr. José Filomeno de Moraes Filho - UFMA - Maranhão

Prof. Dr. Caio Augusto Souza Lara - SKEMA/ESDHC/UFMG - Minas Gerais

Prof. Dr. Valter Moura do Carmo - UFERSA - Rio Grande do Norte

Prof. Dr. Fernando Passos - UNIARA - São Paulo

Prof. Dr. Edinilson Donisete Machado - UNIVEM/UENP - São Paulo

Secretarias

Relações Institucionais:

Prof. Dra. Claudia Maria Barbosa - PUCPR - Paraná

Prof. Dr. Heron José de Santana Gordilho - UFBA - Bahia

Profa. Dra. Daniela Marques de Moraes - UNB - Distrito Federal

Comunicação:

Prof. Dr. Robison Tramontina - UNOESC - Santa Catarina

Prof. Dr. Liton Lanes Pilau Sobrinho - UPF/Univali - Rio Grande do Sul

Prof. Dr. Lucas Gonçalves da Silva - UFS - Sergipe

Relações Internacionais para o Continente Americano:

Prof. Dr. Jerônimo Siqueira Tybusch - UFSM - Rio Grande do Sul

Prof. Dr. Paulo Roberto Barbosa Ramos - UFMA - Maranhão

Prof. Dr. Felipe Chiarello de Souza Pinto - UPM - São Paulo

Relações Internacionais para os demais Continentes:

Profa. Dra. Gina Vidal Marcilio Pompeu - UNIFOR - Ceará

Profa. Dra. Sandra Regina Martini - UNIRITTER / UFRGS - Rio Grande do Sul

Profa. Dra. Maria Claudia da Silva Antunes de Souza - UNIVALI - Santa Catarina

Educação Jurídica

Profa. Dra. Viviane Coêlho de Séllos Knoerr - Unicuritiba - PR

Prof. Dr. Rubens Beçak - USP - SP

Profa. Dra. Livia Gaigher Bosio Campello - UFMS - MS

Eventos:

Prof. Dr. Yuri Nathan da Costa Lannes - FDF - São Paulo

Profa. Dra. Norma Sueli Padilha - UFSC - Santa Catarina

Prof. Dr. Juraci Mourão Lopes Filho - UNICHRISTUS - Ceará

Comissão Especial

Prof. Dr. João Marcelo de Lima Assafim - UFRJ - RJ

Profa. Dra. Maria Creusa De Araújo Borges - UFPB - PB

Prof. Dr. Antônio Carlos Diniz Murta - Fumec - MG

Prof. Dr. Rogério Borba - UNIFACVEST - SC

D597

Direito e saúde I [Recurso eletrônico on-line] organização CONPEDI

Coordenadores: Liton Lanes Pilau Sobrinho; Luiz Geraldo do Carmo Gomes; Tereza Rodrigues Vieira. – Florianópolis: CONPEDI, 2025.

Inclui bibliografia

ISBN: 978-65-5274-182-0

Modo de acesso: www.conpedi.org.br em publicações

Tema: Direito Governança e Políticas de Inclusão

1. Direito – Estudo e ensino (Pós-graduação) – Encontros Nacionais. 2. Direito. 3. Saúde. VIII Encontro Virtual do CONPEDI (2; 2025; Florianópolis, Brasil).

CDU: 34



VIII ENCONTRO VIRTUAL DO CONPEDI

DIREITO E SAÚDE I

Apresentação

O VIII Encontro Virtual do Conselho Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Direito (CONPEDI), realizado entre os dias 25 e 28 de junho de 2025, sob a temática “Direito, Governança e Políticas de Inclusão”, reafirmou seu papel como espaço privilegiado para a promoção do diálogo científico interdisciplinar na área jurídica.

O Grupo de Trabalho 73 – Direito e Saúde I, sob a coordenação dos professores Liton Lanes Pilau Sobrinho (Universidade do Vale do Itajaí), Luiz Geraldo do Carmo Gomes (Universidade Estadual do Norte do Paraná, Universidade Estadual de Maringá, Centro Universitário Cidade Verde) e Tereza Rodrigues Vieira (Universidade Paranaense – UNIPAR), reuniu pesquisadores de diferentes regiões e instituições do país para debater temas atuais e sensíveis que atravessam o campo do Direito e da Saúde.

Com um total de 14 artigos apresentados, o GT demonstrou não apenas a riqueza temática do campo, mas também o compromisso dos pesquisadores com a construção de uma sociedade mais justa, ética e atenta às vulnerabilidades humanas. Os trabalhos discutiram desde as barreiras estruturais no acesso à saúde até questões de bioética, judicialização e os desafios da regulação em tempos de inovação tecnológica e crises sanitárias.

O primeiro artigo, “A (Im)possibilidade de Rescisão Unilateral dos Contratos de Plano de Saúde: Considerações Jurídicas a partir do Dever Legal de Proteção”, escrito por Tatiane Guimarães Lima Cajaiba, Ariel Ribeiro Rêgo e Rita de Cássia Simões Moreira Bonelli, abordou criticamente o desequilíbrio contratual entre usuários e operadoras de saúde, destacando o papel protetivo do Estado diante da vulnerabilidade dos consumidores.

Em seguida, Urá Lobato Martins trouxe uma valiosa contribuição ao discutir, em seu trabalho “Atuação do Estado no Âmbito da Saúde Mental a partir da ADPF nº 635”, os impactos psíquicos sofridos pelos profissionais da segurança pública e a necessária atuação do Estado na proteção da saúde mental como dimensão dos direitos fundamentais.

O artigo “Direito à Saúde e o Ministério Público: Atuação Ministerial em Defesa da Atenção Básica”, de Jaqueline Prazeres de Sena, Gustavo Luis de Moura Chagas e Robert Erik Cutrim Campos, destacou a relevância da atuação ministerial como instrumento de promoção da saúde pública, sobretudo em contextos de negligência estrutural e ineficiência do Estado.

Ariane dos Santos Barreto da Silva e Giovano Eloi de Melo, no trabalho “Imunização e Equidade no SUS: Barreiras ao Acesso à Vacina do HPV para Mulheres Refugiadas no Brasil”, lançaram luzes sobre as intersecções entre saúde, gênero, imigração e vulnerabilidade, revelando lacunas importantes na cobertura vacinal de grupos historicamente excluídos.

No campo da judicialização da saúde, dois trabalhos se destacaram por sua densidade teórica e atualidade. Lilian Benchimol Ferreira, Maria Cristina Almeida Pinheiro de Lemos e Narliane Alves de Souza e Sousa, em “Judicialização da Saúde e Autonomia do Executivo na Gestão do SUS”, abordaram os limites e possibilidades da atuação do Judiciário frente à gestão pública da saúde. Já Francisco Pizzette Nunes e Jorge Miguel Nascimento Guerra, com “Judicialização da Saúde: Uma Análise do Ativismo Judicial Político”, refletiram sobre a politização das demandas judiciais e os riscos à separação dos poderes.

No contexto da pandemia, Bruno Lima Barbalho e William Paiva Marques Júnior analisaram a ADPF nº 709 no trabalho “O Agravamento do Estado de Coisas Inconstitucional em Meio à Crise Sanitária”, destacando o papel do STF frente ao colapso do sistema prisional e a inércia institucional.

Ainda no campo contratual, Marcelo Benacchio, Mikaele dos Santos e Renata Terra Manzan propuseram, em “Obscuridade nas Cláusulas dos Contratos de Assistência à Saúde e a Jurisprudência do STJ”, uma análise crítica dos limites interpretativos e das falhas de transparência nos contratos do setor.

Com sensibilidade e profundidade, Mariana Fernandes Barros Sampaio trouxe à tona a urgência do enfrentamento à violência obstétrica e a importância da formação médica crítica no artigo “Romper o Silêncio: A Violência Obstétrica e o Papel da Educação Superior em Medicina na Construção de Políticas Públicas”.

A interface entre direito, saúde e tecnologia foi tema do trabalho de Isadora Silvestre Coimbra, intitulado “Inteligência Artificial e a Regulação na Área da Saúde”, em que a autora discutiu os desafios regulatórios e os riscos éticos no uso de IA na área da saúde.

Na seara bioética, Edith Maria Barbosa Ramos, Bruna Sousa Mendes Silva e Amailton Rocha Santos exploraram os dilemas do fim da vida no artigo “Ortotanásia e Consentimento

Informado”, enquanto Joel Sousa do Carmo, em “Pessoa com Transtorno do Espectro Autista e o Acompanhamento Escolar Especializado”, problematizou a responsabilidade do custeio das medidas de inclusão.

A discussão sobre igualdade de gênero e saúde pública foi contemplada no artigo redigido por Marlei Ângela Ribeiro dos Santos e Thais Janaina Wenczenovicz, em “Políticas de Igualdade de Gênero no Direito Administrativo Sanitário”, que apontaram os desafios para a implementação efetiva dessas políticas.

Por fim, o artigo “Vulnerabilidade e Autonomia do Paciente: uma análise da formação do termo de consentimento livre e esclarecido à luz da bioética principialista e da legislação vigente”, produzido por Rivanne Santos Lins e Ana Thereza Meireles Araújo, encerrou o rol de apresentações do grupo, ressaltando a necessidade de reforçar a autonomia e o esclarecimento no processo de decisão terapêutica.

Coordenação do GT – Direito e Saúde I:

Dr. Luiz Geraldo do Carmo Gomes

Realizou o terceiro estágio pós-doutoral, financiado pelo CNPq/FA – Fundação Araucária, na Universidade Estadual do Norte do Paraná – UENP, desenvolvendo pesquisa sobre Democracia das Sexualidades (2023/2024). Concluiu o segundo pós-doutoramento em Ciência Jurídica na Universidade Estadual do Norte do Paraná – UENP (2020/2021) e o Postdoctoral Research Fellowship in Law na School of Law da University of Limerick, Irlanda (2019/2020). É Doutor em Função Social do Direito pela Faculdade Autônoma de Direito de São Paulo – FADISP (2014/2018) e Mestre em Ciências Jurídicas pela Universidade Cesumar (2012/2014), instituição onde também obteve a graduação em Direito (2007/2011). Professor de Direito na Universidade Estadual de Maringá – UEM onde também atua como pesquisador e editor gerente da Revista de Ciências Jurídicas – UEM (2023 - presente). Atua como coordenador do Centro de Gestão Jurídica e Segurança e da Pós-Graduação na área do Direito, docente e pesquisador bolsista no Centro Universitário Cidade Verde – UniCV (2021 - presente), além de ser professor e editor-chefe da Revista Jurídica Ivaí, do Centro Universitário Fatecie - UniFatecie (2021 - presente). É líder dos grupos de pesquisa "Direito, Estado e Bioética", da UENP, e "Pesquisas Empíricas em Direitos Humanos e Justiça", da UEM. Suas áreas de investigação incluem sexualidades, gênero e direitos. Autor do livro "Famílias no Armário: Parentalidades e Sexualidades Divergentes". E-mail: Lgcarmo@icloud.com

Dra. Tereza Rodrigues Vieira

Pós Doutora em Direito pela Université de Montreal, Canadá; Mestre e Doutora em Direito pela PUC-SP/Doutorado Sandwish na Université Paris; Especialista em Bioética pela Faculdade de Medicina da USP; Docente do Mestrado em Direito Processual e Cidadania e dos cursos de Medicina e Direito na UNIPAR, Universidade Paranaense; E-mail: terezavieira@uol.com.br .

Dr. Liton Lanes Pilau Sobrinho

Estágio pós-doutoral em Direito na Universidade de Sevilha - US (Espanha). Doutor em Direito pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS (2008). Mestre em Direito pela Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC (2000). Graduado em Direito pela Universidade de Cruz Alta (1997). Professor titular da Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI). Professor e pesquisador no Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Ciência Jurídica (Mestrado e Doutorado) da Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI). Professor Colaborador no Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Direito da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai (URI) de Santo Ângelo. Pesquisador Gaúcho (Edital 09/2023). Secretário de Comunicação do CONPEDI. Membro da Comissão de Avaliação Quadrienal da CAPES (2013-2016). Pesquisador com ênfase em Direito Internacional Ambiental, Direito Constitucional, Direito do Consumidor, Governança, Sustentabilidade e Sustentabilidade Humanista. E-mail: litonlanes@gmail.com

JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE E AUTONOMIA DO EXECUTIVO NA GESTÃO DO SUS: UMA REFLEXÃO A PARTIR DOS TEMAS 6 E 1.234 DO STF

JUDICIALIZATION OF HEALTH AND EXECUTIVE AUTONOMY IN THE MANAGEMENT OF SUS: A REFLECTION BASED ON STF THEMES 6 AND 1.234

Lilian Benchimol Ferreira ¹
Maria Cristina Almeida Pinheiro de Lemos ²
Narlíane Alves De Souza E Sousa ³

Resumo

O presente artigo analisa a interferência do Poder Judiciário na autonomia gerencial do Sistema Único de Saúde, com foco nos Temas 6 e 1.234 do Supremo Tribunal Federal. A judicialização da saúde, fenômeno crescente no Brasil, tem provocado discussões relevantes sobre os limites da atuação judicial na formulação e execução de políticas públicas, especialmente diante da discricionariedade técnica e orçamentária do Poder Executivo. O Tema 6 trata do fornecimento judicial de medicamentos não incorporados ao SUS, condicionando essa possibilidade ao cumprimento de requisitos técnicos e científicos. Já o Tema 1.234 delimita a competência jurisdicional e os critérios de partilha federativa de responsabilidades em ações relativas a medicamentos registrados na Anvisa, mas ainda não incorporados às diretrizes do SUS. A análise crítica desses precedentes evidencia os impactos da judicialização na gestão pública e na governança federativa, ressaltando a importância de decisões baseadas em evidências e articuladas com os limites do sistema. Conclui-se pela necessidade de fortalecimento de mecanismos técnicos e institucionais, como os pareceres da CONITEC e do NATJUS, além da valorização do diálogo interinstitucional como caminho para compatibilizar a proteção do direito à saúde com a sustentabilidade e a efetividade das políticas públicas sanitárias.

Palavras-chave: Judicialização da saúde, Sistema único de saúde, Autonomia administrativa, Governança, Políticas públicas

Abstract/Resumen/Résumé

This article analyzes the interference of the Judiciary in the managerial autonomy of the Brazilian Unified Health System, with a focus on Themes 6 and 1,234 of the Federal Supreme Court. The judicialization of health, a growing phenomenon in Brazil, has generated significant debate about the limits of judicial action in the formulation and implementation of public policies, especially in light of the Executive's technical and budgetary discretion. Theme 6 addresses the judicial provision of medications not incorporated into SUS,

¹ Doutoranda em Direito - A Função Social no Direito Constitucional, pela FADISP

² Doutoranda em Direito - A Função Social no Direito Constitucional, pela FADISP

³ Doutoranda em Direito - A Função Social no Direito Constitucional, pela FADISP

conditioning such provision on the fulfillment of specific technical and scientific criteria. Theme 1.234, in turn, defines the jurisdictional competence and federative cost-sharing criteria in cases involving drugs registered with Anvisa but not yet included in SUS guidelines. A critical analysis of these precedents highlights the impacts of judicialization on public management and federal governance, emphasizing the importance of evidence-based decisions aligned with systemic constraints. It concludes by advocating for the strengthening of technical and institutional mechanisms, such as CONITEC and NATJUS reports, as well as the enhancement of interinstitutional dialogue as a means of reconciling the protection of the right to health with the sustainability and effectiveness of public health policies.

Keywords/Palabras-claves/Mots-clés: Health judicialization, Unified health system, Administrative autonomy, Governance, Public policy

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, o Brasil tem testemunhado um crescimento expressivo da judicialização das políticas públicas de saúde, fenômeno que expõe tensões complexas entre o Poder Judiciário e o Poder Executivo na definição e implementação de ações sanitárias. De um lado, o acesso à saúde é consagrado como direito fundamental de eficácia imediata; de outro, a efetivação desse direito depende de planejamento técnico, alocação racional de recursos e coordenação federativa, princípios que estruturam o Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse cenário, decisões judiciais que determinam o fornecimento de medicamentos ou tratamentos fora das diretrizes oficiais têm interferido na gestão orçamentária e no desenho das políticas públicas, muitas vezes sem a devida consideração pelos critérios técnicos e financeiros que regem o sistema.

Esse panorama ganha relevo à luz dos Temas 6 e 1.234, ambos com repercussão geral reconhecida, julgados pelo Supremo Tribunal Federal (STF), que buscaram impor balizas à atuação do Judiciário em matéria de saúde. O Tema 6 (RE 566.471/RN) abordou os limites para o fornecimento de medicamentos não incorporados ao SUS, exigindo requisitos técnicos e comprobatórios para a atuação judicial. Já o Tema 1.234 (RE 1.366.243/SC) enfrentou a questão da competência federativa e da repartição de encargos no fornecimento de medicamentos registrados na Anvisa, mas ainda não incluídos nas políticas públicas. Esses precedentes representam uma pacificação jurisprudencial importante, na medida em que procuram conciliar a garantia dos direitos fundamentais com a sustentabilidade e a governabilidade do sistema de saúde.

A partir dessa realidade, este estudo pretende compreender de que forma a atuação judicial tem interferido na autonomia administrativa do SUS, e quais os limites dessa intervenção à luz dos Temas 6 e 1.234 do STF. O objetivo geral deste estudo é analisar a judicialização da saúde e seus impactos sobre a gestão pública, com foco nas decisões judiciais que obrigam o Poder Executivo a custear medicamentos ou tratamentos não previstos nas diretrizes oficiais do SUS, especialmente quando essas decisões ignoram os critérios técnicos, científicos e procedimentais definidos pelos órgãos competentes. Como objetivos específicos, pretende-se: (i) contextualizar a estrutura normativa e federativa do SUS; (ii) examinar dados e evidências empíricas sobre a judicialização; (iii) estudar os parâmetros estabelecidos pelo STF nos Temas 6 e 1.234; e (iv) refletir sobre possíveis

soluções institucionais que permitam compatibilizar o direito à saúde com a efetividade das políticas públicas.

A pesquisa se justifica pela necessidade de aprofundar a compreensão sobre os limites constitucionais da atuação judicial em políticas públicas, especialmente em um setor tão sensível e estratégico quanto o da saúde. A análise proposta ganha relevância diante do aumento exponencial das demandas judiciais e dos impactos orçamentários decorrentes de decisões que, embora legítimas sob a ótica individual, podem comprometer a equidade e a eficiência do sistema coletivo. A valorização de instrumentos como os pareceres de organismos técnicos, bem como o fortalecimento do diálogo interinstitucional, surge como uma alternativa viável para a superação dessas tensões.

Quanto à metodologia, a pesquisa adota uma abordagem qualitativa, com base em revisão bibliográfica e documental. Foram utilizados dados empíricos divulgados por instituições como o Conselho Nacional de Justiça (CNJ), além da análise das decisões judiciais proferidas nos Temas 6 e 1.234. O método dedutivo orienta a investigação, partindo da compreensão teórica sobre o direito à saúde e o SUS, passando pela análise da intervenção judicial, até chegar à proposição de mecanismos de racionalização do controle jurisdicional.

A discussão desenvolve-se em três capítulos. Inicialmente, é apresentado um panorama teórico e normativo do direito fundamental à saúde no Brasil, com destaque para a criação do SUS como política pública estruturada nos princípios da universalidade, equidade e integralidade e os avanços constitucionais em 1988. Em seguida, o segundo capítulo analisa a crescente interferência do Poder Judiciário na implementação das políticas de saúde, destacando os impactos da judicialização sobre a racionalidade técnica, a alocação de recursos e a autonomia administrativa dos gestores. O terceiro capítulo aprofunda essa análise a partir da leitura crítica dos Temas 6 e 1.234 do Supremo Tribunal Federal, examinando como a Corte buscou estabelecer balizas normativas e procedimentais para compatibilizar o direito individual com os limites do sistema público.

A condução dessa análise busca lançar luz sobre os pontos de tensão e aproximação entre os Poderes na efetivação do direito à saúde, especialmente diante das complexidades do modelo federativo e da escassez de recursos. Ao aprofundar a discussão sobre os critérios normativos, técnicos e institucionais que informam a judicialização da saúde, o texto pretende contribuir para a construção de uma compreensão mais equilibrada e constitucionalmente

orientada da relação entre jurisdição e gestão pública em um dos setores mais sensíveis da política social brasileira.

1 O Direito fundamental à saúde no Brasil.

O reconhecimento da saúde como um direito fundamental constitui um grande avanço proporcionado pela Constituição Federal de 1988 (CF 88), inserindo-se em um cenário histórico mais amplo representado pelo constitucionalismo democrático-social, que emergiu internacionalmente após a Segunda Guerra Mundial. Esse movimento constitucional não apenas reafirmou as liberdades civis e políticas, mas passou a reconhecer como indispensáveis os direitos sociais, econômicos e culturais, sobretudo diante da constatação de que a dignidade humana exige condições materiais mínimas para sua realização plena. Antes da Constituição de 1988, o direito à saúde no Brasil não possuía conformação jurídica própria e sistematizada; era abordado de forma indireta e fragmentária, por meio de normas dispersas sobre assistência social ou proteção ao trabalhador, sem uma estrutura orgânica e universal (Sarlet; Figueiredo, 2008).

Esse cenário começou a ser transformado a partir da mobilização de setores sociais e acadêmicos durante o período de redemocratização, que culminou no fortalecimento do Movimento de Reforma Sanitária. Esse movimento, encabeçado por intelectuais, profissionais de saúde e entidades como a Abrasco¹ e o Cebes², teve papel central na formulação das diretrizes que resultaram na criação do SUS. A VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, foi o marco decisivo desse processo, consolidando o entendimento de que a saúde deveria ser tratada como direito de todos e dever do Estado, e não como benefício vinculado à contribuição previdenciária, como ocorria até então (Ivas; Vassoler, 2023).

Com a promulgação da CF 88, o Brasil rompeu definitivamente com a lógica fragmentária e excludente da política sanitária anterior. A saúde foi incorporada ao rol dos

1 A Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) é uma entidade científica fundada em 1979, que reúne pesquisadores, profissionais e instituições voltadas à promoção da saúde coletiva no Brasil. Atua na formulação de políticas públicas, na organização de congressos e na publicação de periódicos especializados, como forma de fortalecer a produção científica e o debate crítico no campo da saúde (Abrasco, 2023).

2 O Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) é uma entidade civil, nacional e sem fins lucrativos, fundada em 1976, cuja missão histórica é promover a democratização da sociedade e defender os direitos sociais, especialmente o direito universal à saúde. Reconhecido como um dos protagonistas do movimento da Reforma Sanitária Brasileira, o CEBES tem desempenhado um papel fundamental na formulação de propostas para a transformação do sistema de saúde no país. (Cebes, 2025).

direitos sociais e passou a integrar o sistema de seguridade social ao lado da previdência e da assistência social, conforme o art. 194. Essa inovação não se limitou à previsão normativa; promoveu uma redefinição institucional e conceitual da saúde como “direito de todos e dever do Estado”, como consta do art. 196, alinhando-se à concepção da Organização Mundial da Saúde (OMS), que a entende como um estado de completo bem-estar físico, mental e social (Brasil, 1988).

Sarlet e Figueiredo (2008) explicam que o direito à saúde previsto na Constituição possui uma dupla fundamentalidade: formal e material. A fundamentalidade formal decorre de sua expressa positivação no texto constitucional, conferindo-lhe status normativo elevado, com aplicabilidade direta e imediata. A fundamentalidade material decorre da própria natureza da saúde como condição prévia para o exercício dos demais direitos fundamentais, como a educação, o trabalho e a participação política. Assim, o direito à saúde adquire centralidade no projeto de dignidade da pessoa humana.

A criação do SUS representou a materialização da nova concepção constitucional do direito à saúde, alicerçada nos princípios da universalidade, integralidade e equidade. Em contraste com o modelo anterior, baseado em vínculos contributivos e marcado pela exclusão, o SUS instituiu um sistema público descentralizado, com participação social e gestão compartilhada entre os entes federativos, nos moldes das Leis nº 8.080/1990 e 8.142/1990, que estabeleceram suas bases organizacionais e financeiras (Ivas; Vassoler, 2023).

A atuação estatal no campo da saúde abrange tanto o aspecto defensivo, mediante normas que previnem condutas lesivas à saúde pública, quanto o aspecto prestacional, por meio de políticas que assegurem acesso a ações de promoção, prevenção e recuperação. Essa abordagem evidencia a complexidade do direito à saúde, cuja efetividade demanda ações intersetoriais articuladas em áreas como saneamento, educação, habitação e alimentação (Sarlet; Figueiredo, 2008).

O conteúdo normativo do direito à saúde integra tanto uma dimensão subjetiva — com garantias concretas como consultas, internações e fornecimento de medicamentos — quanto uma dimensão objetiva, expressa na criação de instituições e políticas voltadas à coletividade. A tensão entre essas dimensões têm sido intensificada pela judicialização da saúde, reflexo da insuficiência ou ineficiência das ações estatais, o que desafia os limites técnicos e orçamentários do sistema (Sarlet; Figueiredo, 2008).

Nesse cenário, é imprescindível refletir criticamente sobre os riscos de uma compreensão fragmentada e excessivamente judicializada do direito à saúde, que pode comprometer a racionalidade e a equidade na alocação de recursos públicos. Ao priorizar demandas individuais — muitas vezes movidas por desigualdades de informação ou de acesso à assessoria jurídica — corre-se o risco de esvaziar o caráter coletivo e programático das políticas públicas em saúde, dificultando a implementação de estratégias planejadas com base em critérios técnicos e epidemiológicos. Assim, embora o acesso individual à justiça seja um instrumento legítimo de garantia de direitos, é fundamental que ele se harmonize com a lógica sistêmica do SUS, sob pena de comprometer a própria sustentabilidade do modelo universal e solidário idealizado pela CF 88..

Nessa perspectiva, Ivas e Vassoler (2023), explicam que a universalidade, princípio fundante do SUS, assegura acesso igualitário aos serviços de saúde, independentemente de contribuição ou condição socioeconômica. No entanto, sua efetivação exige o enfrentamento das desigualdades estruturais que atravessam o país, o que justifica a adoção de políticas públicas compensatórias orientadas pelo princípio da equidade, priorizando grupos historicamente vulnerabilizados.

Os referidos autores explicam que a estrutura do SUS, baseada em uma rede regionalizada e hierarquizada, com gestão tripartite e mecanismos de controle social como Conselhos e Conferências³, compõe um arranjo institucional consistente, mas ainda sujeito a entraves como o subfinanciamento, a má gestão e a desigualdade regional. A descentralização, embora essencial à democratização da gestão, também revela fragilidades na capacidade administrativa local (Ivas; Vassoler, 2023).

Apesar dos avanços proporcionados pela Constituição de 1988, a plena efetivação do direito à saúde no Brasil permanece desafiadora. Entre os principais obstáculos, destacam-se a escassez de recursos, a fragmentação das ações e a limitada capacidade de prevenção. A superação desses entraves exige o fortalecimento da governança, o aprimoramento do

³ Os Conselhos e as Conferências de Saúde são instrumentos de participação popular e controle social no âmbito do SUS, instituídos pela Lei nº 8.142/1990. Os Conselhos de Saúde funcionam de forma permanente nas esferas municipal, estadual e nacional, com caráter deliberativo e composição paritária entre representantes dos usuários, dos trabalhadores da saúde, dos gestores e dos prestadores de serviços. Sua função é acompanhar, fiscalizar e deliberar sobre as políticas públicas de saúde, inclusive quanto aos aspectos financeiros. Já as Conferências de Saúde ocorrem periodicamente, geralmente a cada quatro anos, reunindo representantes da sociedade civil, profissionais e gestores para avaliar a situação da saúde e propor diretrizes para a formulação das políticas do setor. Essas conferências seguem um fluxo ascendente (municipal, estadual e nacional), garantindo que as decisões contemplem as diversas realidades do país.

planejamento estratégico e o engajamento da sociedade civil, com base em uma cultura de justiça social e dignidade humana.

Nesse contexto de desafios estruturais, emerge um novo fenômeno de grande relevância: a crescente intervenção do Poder Judiciário na concretização do direito à saúde. A judicialização das demandas em saúde, que têm se intensificado nas últimas décadas, suscita questões complexas quanto à legitimidade e aos limites da atuação judicial frente às decisões administrativas nessa matéria. O próximo capítulo se dedicará à análise crítica desse fenômeno, examinando seus fundamentos e impactos na gestão do Sistema Único de Saúde.

2 Interferência judiciária no SUS.

A crescente interferência do Poder Judiciário na implementação das políticas públicas de saúde tem gerado impactos estruturais e financeiros significativos ao Sistema Único de Saúde. De acordo com dados do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), em 2020 tramitavam no país aproximadamente 416 mil processos relacionados à saúde pública. Esse número saltou para mais de 511 mil em 2024, revelando uma tendência de ampliação da judicialização na área (Carvalho; Oliveira; Gebran Neto, 2024). Essa escalada decorre, em grande parte, de demandas por medicamentos e tratamentos não incorporados às políticas públicas, bem como da percepção de ineficácia ou morosidade no atendimento administrativo, o que impulsiona a busca judicial como via prioritária de acesso à saúde.

Muitas dessas ações judiciais são instruídas com pedidos de tutela de urgência, amparadas na alegação de risco iminente à vida ou à integridade física do paciente. No entanto, levantamentos empíricos realizados pelos referidos autores (2024) a partir dos pareceres elaborados pelos NATJUS de Roraima e Goiás demonstram que a maioria das demandas não se enquadra, de fato, em situações de urgência real. No Tribunal de Justiça de Roraima, por exemplo, apenas 12,31% dos 1.186 pareceres técnicos emitidos entre 2019 e 2024 foram considerados efetivamente urgentes, enquanto 66,52% foram classificados como não urgentes. Já no Tribunal de Justiça de Goiás, dos 2.365 pedidos avaliados como urgentes pelos autores da ação, apenas 18,14% foram validados como tal por pareceristas técnicos (Carvalho; Oliveira; Gebran Neto, 2024). Tais dados revelam uma preocupante desconexão entre a narrativa jurídica e os critérios clínicos que fundamentam a alocação racional de recursos no SUS.

Essa judicialização desmedida compromete a lógica distributiva do SUS, ao priorizar demandas individuais em detrimento da equidade e da eficiência coletivas. A não observância dos pareceres técnicos emitidos pelo NATJUS, frequentemente ignorados sob a justificativa de urgência ou com base na autonomia do magistrado, debilita a implementação de políticas públicas orientadas pela medicina baseada em evidências. Conforme advertido por Carvalho, Oliveira e Gebran Neto (2024), essa resistência institucional por parte de parcela do Judiciário enfraquece as diretrizes estabelecidas pelo CNJ e pelas Cortes Superiores, dificultando a harmonização entre a tutela do direito à saúde e a sustentabilidade sistêmica.

É necessário, portanto, compreender que a intervenção judicial, quando não fundamentada em critérios técnicos robustos, contribui para a fragmentação da política pública de saúde. O SUS, enquanto política pública sob responsabilidade primária do Poder Executivo, está estruturado nos princípios da descentralização, regionalização e hierarquização, conforme estabelece a Lei nº 8.080/1990. A operacionalização do sistema se dá por meio da repartição de competências entre os entes federativos: à União cabe, em regra, o financiamento e a regulação da alta complexidade; aos Estados, o suporte técnico e a cooperação suplementar; e aos Municípios, a execução direta da maior parte dos serviços de atenção básica e de média complexidade (Brasil, 1990).

A judicialização da saúde, especialmente nos casos que envolvem a concessão de medicamentos e tratamentos de alto custo, desafia diretamente a lógica de planejamento orçamentário das políticas públicas, cuja execução deve obedecer à critérios técnicos e legais previamente definidos. Como expõem Leão Júnior, Pugliesi e Cachichi (2017), a atuação judicial não pode ignorar os princípios da legalidade e da responsabilidade fiscal, sob pena de comprometer a racionalidade na alocação dos recursos públicos e gerar efeitos sistêmicos deletérios à eficiência das políticas de saúde.

Nesse sentido, os autores apontam que há uma linha tênue entre a atuação integradora do Judiciário, que visa suprir omissões estatais na execução de políticas públicas essenciais, e o risco de um ativismo que substitui indevidamente a função gestora. A imposição judicial de prestações positivas sem considerar os limites institucionais e financeiros do Estado pode gerar distorções e privilegiar decisões pontuais em detrimento do interesse coletivo.

Conforme análise de Pase, Patella e Santos (2023), há, contudo, uma clara incongruência entre a centralidade das competências executivas atribuídas aos Municípios e a

concentração das receitas públicas na União. Embora os Municípios sejam os principais responsáveis pela execução das ações e serviços de saúde, sua participação na arrecadação tributária nacional não ultrapassa 5,8%, enquanto a União concentra cerca de 70% das receitas. Essa assimetria compromete a efetividade da política pública e cria um ambiente favorável à sua judicialização, que acaba funcionando como mecanismo informal de compensação da fragilidade administrativa e orçamentária.

Nesse cenário, a intervenção judicial assume o papel de correção pontual de falhas estruturais, mas o faz de maneira descoordenada, frequentemente desconsiderando os limites técnicos, orçamentários e federativos da política pública. Como apontam os autores, decisões judiciais que impõem a prestação de serviços ou o fornecimento de medicamentos não incorporados ao SUS desorganizam o planejamento orçamentário dos entes públicos, além de ignorarem os parâmetros adequados estabelecidos por órgãos técnicos (Pase; Patella; Santos, 2023). Essa dinâmica vem sendo caracterizada na literatura como “judicialização substitutiva”, na qual decisões individuais substituem as políticas públicas coletivas legitimamente formuladas e implementadas.

A consequência desse modelo é a desestruturação progressiva do ciclo da política pública de saúde, em afronta à lógica de equidade e eficiência que fundamenta o SUS. A atuação judicial, quando divorciada dos princípios constitucionais da administração pública e das diretrizes técnicas, acarreta distorções como a inversão de prioridades, a sobreposição de interesses individuais sobre demandas coletivas e a fragilização da capacidade estatal de resposta. Quanto a isso, o STF já decidiu no passado que a atuação do Judiciário deve respeitar os limites da discricionariedade técnica e administrativa do Poder Executivo, sob pena de substituição indevida da política pública legitimamente construída (Brasil, 2006).

Além disso, a judicialização da saúde tem sido criticada por seus efeitos sobre o princípio da isonomia. Como explicado no primeiro capítulo, essa atuação acaba por viabilizar o acesso a tratamentos apenas para quem consegue acionar o Judiciário, o que pode gerar distorções distributivas que favorecem indivíduos com maior conhecimento e acesso ao sistema de justiça, em detrimento dos usuários que aguardam na fila administrativa.. Tal dinâmica contraria os princípios estruturantes do SUS, especialmente o da universalidade e o da equidade, comprometendo o objetivo de garantir uma existência digna a todos.

O debate sobre a atuação do Judiciário no fornecimento de medicamentos e tratamentos revela, assim, a delicada tensão entre a função contramajoritária do Poder Judiciário e os limites da gestão pública. Embora seja legítimo que o Judiciário atue para garantir direitos fundamentais, é preciso reconhecer que decisões isoladas, desprovidas de embasamento técnico e de diálogo com os gestores, podem comprometer a racionalidade da alocação de recursos e a governança do sistema.

Diante desse cenário, revela-se imprescindível o fortalecimento de órgãos técnicos como a CONITEC e os NATJUS. Esses órgãos desempenham papel essencial na consolidação de uma atuação judicial mais qualificada, baseada em evidências científicas e orientada por critérios de custo-efetividade, eficácia terapêutica e segurança do paciente. A valorização desses subsídios técnicos é condição necessária para a conformação de uma judicialização da saúde que não rompa com os princípios estruturantes da política pública, garantindo maior equilíbrio entre a proteção do direito individual e a viabilidade da gestão pública em saúde.

A superação das tensões entre o Poder Judiciário e o Poder Executivo na seara da saúde exige, portanto, a institucionalização de mecanismos permanentes de diálogo e cooperação interinstitucional. Audiências públicas, consultas técnicas vinculantes e a incorporação sistemática dos pareceres especializados nos processos judiciais, com a sua real observância, emergem como estratégias eficazes para a harmonização entre as esferas decisórias. Essa agenda de racionalização foi reconhecida e acolhida pelo próprio Supremo Tribunal Federal nos Temas 6 e 1.234 de repercussão geral, cujos julgamentos passaram a estabelecer balizas normativas e técnicas que buscam conferir maior previsibilidade e coerência às decisões judiciais em matéria de saúde pública. O capítulo seguinte se debruça sobre esses dois precedentes paradigmáticos, analisando o modo como a Corte Constitucional propôs a pacificação do tema e delimitação dos contornos da atuação judicial frente as políticas públicas do SUS.

3 Judicialização da saúde no Brasil: das tensões políticas à busca por um equilíbrio nas decisões do STF

A judicialização da saúde no Brasil constitui fenômeno complexo, resultante da tensão entre o reconhecimento do direito à saúde como fundamental e as limitações

administrativas e financeiras da sua implementação pelo Estado. Como visto no primeiro capítulo, a CF 88 promoveu uma ruptura normativa ao consolidar o direito universal à saúde por meio do SUS, desvinculando-o da lógica previdenciária anterior. Ao adotar o conceito ampliado de saúde proposto pela OMS, o ordenamento passou a compreender a saúde não apenas como ausência de enfermidade, mas como um estado de completo bem-estar físico, mental e social. Essa concepção foi incorporada pelo movimento sanitarista e reforçada pelo arcabouço constitucional que previu, entre os artigos 196 a 200, os fundamentos do SUS, conferindo aplicabilidade imediata ao direito à saúde (Vilela; Moliterno; Santos, 2019). No entanto, a ausência de uma regulamentação exaustiva sobre o conteúdo e os limites desse direito tem impulsionado o protagonismo do Poder Judiciário na sua concretização, mesmo diante das reservas administrativas e orçamentárias existentes.

Essa atuação judicial, embora assegure o acesso individual à saúde, tem gerado efeitos colaterais relevantes sobre o funcionamento das políticas públicas sanitárias. A Constituição, ao mesmo tempo que consagra o direito universal à saúde, determina que sua garantia ocorra mediante políticas públicas que privilegiem a redução dos riscos e agravos à saúde da população, como prevê o art. 196 (Brasil, 1988). Contudo, nas ações judiciais, observa-se o deslocamento dessa racionalidade técnica e coletiva para uma lógica de tutela individual, muitas vezes ignorando os critérios de priorização e as diretrizes estabelecidas no âmbito do SUS. Conforme apontam Vilela, Moliterno e Santos (2019), decisões judiciais que obrigam o fornecimento de medicamentos e tratamentos específicos, muitas vezes não incorporados às políticas públicas, impactam negativamente a alocação dos recursos públicos e a organização do sistema, criando distorções na isonomia entre os usuários e comprometendo a efetividade coletiva da política de saúde.

Adicionalmente, a judicialização afeta a própria governança do SUS, especialmente no que diz respeito à atuação dos gestores públicos. Os autores identificam que as decisões judiciais têm acarretado penalizações pessoais aos secretários de saúde – como bloqueios de recursos, ameaças de prisão e exposição midiática – contribuindo para a instabilidade na gestão e o desestímulo de profissionais qualificados à ocupação desses cargos (Vilela; Moliterno; Santos, 2019). Essa conjuntura, aliada à complexidade da gestão do SUS e às dificuldades orçamentárias enfrentadas pelos entes federativos, compromete a continuidade administrativa e fragiliza a capacidade institucional do Estado.

É fundamental, portanto, que a judicialização da saúde seja compreendida a partir de uma perspectiva dialógica entre os poderes, pautada na racionalidade técnico-administrativa e na observância dos limites impostos pela realidade orçamentária e estrutural do sistema. Como destacam os autores, somente com o fortalecimento dos diálogos institucionais será possível harmonizar a atuação do Judiciário com as diretrizes do SUS e os princípios constitucionais que regem a administração pública. Nesse sentido, a análise dos Temas 6 e 1.234 do Supremo Tribunal Federal revela-se essencial para compreender como a Corte tem enfrentado os dilemas da judicialização da saúde, especialmente no tocante à definição dos limites da atuação judicial frente as escolhas de política públicas formuladas pelo Executivo.

3.1 Tema 6 – RE 566.471/RN

O julgamento do Tema 6 da repercussão geral pelo Supremo Tribunal Federal, no Recurso Extraordinário n. 566.471, representou um marco na consolidação de balizas constitucionais para a atuação judicial no fornecimento de medicamentos não incorporados ao SUS. A Corte reconheceu que, embora o direito à saúde seja de eficácia imediata, a sua concretização não pode prescindir de critérios técnicos, administrativos e orçamentários que preservem a integridade e a equidade das políticas públicas sanitárias. Assim, estabeleceu-se a tese de que é possível impor ao Estado, por decisão judicial, o fornecimento de fármacos não contemplados pelas listas oficiais, desde que preenchidos requisitos objetivos como o registro na Anvisa, a inexistência de substituto terapêutico, a comprovação de imprescindibilidade clínica e a incapacidade financeira do paciente (Brasil, 2024a), da seguinte forma:

(i) que o remédio foi negado pelo órgão público responsável; (ii) que a decisão da CONITEC de não incluir o medicamento nas listas do SUS é ilegal, que não houve pedido de inclusão ou houve demora excessiva na sua análise; (iii) que não há outro medicamento disponível nas listas do SUS capaz de substituir o solicitado; (iv) que há evidências científicas de que o remédio é eficaz e seguro; (v) que o remédio é indispensável para o tratamento da doença; e (vi) que não tem condições financeiras para comprar o remédio.

A decisão, nesse ponto, busca compatibilizar os direitos fundamentais à saúde e à igualdade com o princípio da reserva do possível, reconhecendo que a atuação do Judiciário deve observar a racionalidade do sistema e os limites impostos pela escassez de recursos.

A fundamentação da Corte parte da premissa de que a ausência de determinado medicamento nas listas elaboradas pela CONITEC não configura, por si só, violação ao direito à saúde, uma vez que essas listas resultam de processos técnicos que consideram

evidências científicas, custo-efetividade, segurança e impacto orçamentário. Nesse contexto, o STF rejeitou a ideia de que o Judiciário possa substituir, sem critério, a deliberação das instâncias técnicas, reforçando a necessidade de deferência institucional às escolhas públicas. Não obstante, admitiu-se a possibilidade de controle judicial em hipóteses excepcionais, desde que observadas, cumulativamente, as condições listadas anteriormente, as quais operam como filtros processuais e materiais para garantir a legitimidade da intervenção jurisdicional (STF, 2021). Essas exigências não apenas limitam o ativismo judicial descoordenado, mas também qualificam a demanda, exigindo do autor e do julgador uma análise técnica apurada e fundamentada.

Nesse novo paradigma decisório, o papel do juiz é reconduzido à sua função constitucional de garantidor dos direitos fundamentais, mas dentro de parâmetros que respeitem o planejamento administrativo e a organização do SUS. A decisão impõe ao magistrado a consulta obrigatória a núcleos técnicos como o NATJUS e veda decisões baseadas unicamente na prescrição médica particular, reforçando o caráter subsidiário e diferente da jurisdição (Brasil, 2015). A atuação judicial, quando presente, deve ainda provocar institucionalmente os órgãos administrativos para reavaliar a possibilidade de incorporação do medicamento ao SUS, promovendo um diálogo interinstitucional virtuoso. Trata-se de uma inflexão jurisprudencial que visa construir uma lógica de judicialização responsável, na qual os direitos individuais são garantidos sem que se comprometa o pacto coletivo que sustenta o sistema público de saúde (Sarlet; Figueiredo, 2008). Em última análise, o Tema 6 estabelece uma equação entre justiça individual e justiça distributiva, reconhecendo que a judicialização desordenada compromete a universalidade, a equidade e a eficiência do SUS.

Essa nova orientação jurisprudencial contribui para racionalizar a atuação do Poder Judiciário em matéria de saúde pública, evitando que decisões isoladas desestremem políticas públicas construídas com base em critérios técnicos e evidências científicas. Como destaca Barroso (2009), a judicialização não pode ser instrumento de exceção individual à custa do interesse coletivo, sob pena de favorecer aqueles que acessam ao Judiciário em detrimento dos princípios republicanos da igualdade e da impessoalidade. O julgamento do Tema 6, nesse sentido, estabelece balizas interpretativas que limitam o voluntarismo judicial, sem, contudo, inviabilizar o acesso a prestações essenciais quando preenchidos os requisitos fixados. A conexão entre esses parâmetros e a necessária exaustão da via administrativa,

conforme analisado no Tema 1234 que será melhor detalhado a seguir, reforça a construção de um modelo de governança judicial da saúde mais coordenado e coerente com o regime democrático e federativo.

3.2 Tema 1.234 - RE 1.366.243/SC

O julgamento do Tema 1.234 pelo Supremo Tribunal Federal, no Recurso Extraordinário n. 1.366.243/SC, complementa os marcos estabelecidos no Tema 6, ao enfrentar de modo sistemático os desafios da judicialização da saúde no que tange à competência federativa, ao custeio das ações e à necessidade de esgotamento da via administrativa. Trata-se de uma resposta institucional à crescente complexidade da judicialização em matéria de fornecimento de medicamentos, especialmente aqueles com registro sanitário na Anvisa, mas ainda não incorporados às políticas públicas do SUS. Relatado pelo Ministro Gilmar Mendes, o acórdão demonstra uma preocupação clara com a racionalização do sistema, propondo uma articulação cooperativa entre os entes da federação e os poderes constituídos. A decisão vai além da simples resolução de um conflito jurídico, ao propor a criação de mecanismos estruturantes — como comissões interfederativas, plataformas de monitoramento e acordos normativos — com vistas à coordenação entre instâncias administrativas e judiciais (STF, 2024).

A Corte reconheceu que a ausência de uma política pública estruturada para enfrentar as demandas de medicamentos não incorporados, associada à fragmentação federativa e à pulverização judicial, gerava insegurança jurídica, ineficiência administrativa e sobrecarga financeira desproporcional entre os entes federados. Nesse sentido, o STF estabeleceu diretrizes de competência e custeio que visam centralizar e racionalizar a tramitação dessas demandas. A Justiça Federal foi definida como competente para processar e julgar ações relativas a medicamentos registrados na Anvisa e cujo custo anual ultrapasse 210 salários mínimos, conforme o Preço Máximo de Venda ao Governo (PMVG), fixado pela CMED. Essa centralização busca não apenas uniformizar decisões e evitar conflitos entre esferas judiciais, mas também garantir que demandas de alto impacto orçamentário sejam submetidas a um juízo com maior capacidade de gestão interinstitucional (STF, 2024).

Além da questão da competência, o julgamento fixou um novo modelo de repartição de encargos financeiros entre União, Estados e Municípios, com base em critérios objetivos e mecanismos de ressarcimento via repasses Fundo a Fundo. As ações ajuizadas na Justiça

Federal, por regra, deverão ser custeadas pela União, enquanto aquelas que tramitarem na Justiça Estadual seguirão critérios próprios de responsabilização e compensação. Essa lógica normativa introduz maior previsibilidade, transparência e equilíbrio no financiamento das políticas de saúde judicializadas, evitando a sobrecarga de um único ente e preservando o pacto federativo. Como desdobramento, a Corte reafirmou que o deferimento judicial do fornecimento de medicamentos deve respeitar as balizas técnicas e administrativas previamente estabelecidas, exigindo-se do magistrado uma análise fundamentada, com consulta ao NATJUS e respaldo em evidências científicas robustas, em harmonia com os critérios já consolidados no Tema 6 (STF, 2024).

Uma das inovações mais relevantes do acórdão foi a previsão da criação de uma plataforma nacional unificada⁴, destinada ao acompanhamento das demandas judiciais e administrativas relacionadas ao fornecimento de medicamentos. Essa ferramenta tecnológica visa integrar dados entre os entes federativos e os órgãos do sistema de justiça, permitindo maior controle sobre os beneficiários, os responsáveis pelo custeio e os tratamentos autorizados. A medida contribui para a institucionalização de um ciclo de retroalimentação entre decisões judiciais, dados empíricos e formulação de políticas públicas, promovendo, ao mesmo tempo, eficiência, segurança jurídica e respeito à Lei Geral de Proteção de Dados (STF, 2024). O julgamento do Tema 1234, portanto, projeta o Judiciário como um ator catalisador de arranjos cooperativos e integrados, capaz de induzir soluções estruturais sem invadir a esfera de competência do Executivo.

A conexão entre os Temas 6 e 1234 revela uma inflexão na jurisprudência constitucional da saúde, marcada pela transição de um modelo puramente reativo para uma lógica propositiva e coordenada de intervenção judicial. Se o Tema 6 delimitou as hipóteses excepcionais de intervenção com base em critérios técnico-jurídicos rigorosos, o Tema 1234 buscou instituir condições institucionais e operacionais para que tais decisões não desorganizem o sistema, mas contribuam para sua qualificação. Ambos os precedentes, portanto, sinalizam para uma judicialização qualificada — não negadora de direitos, mas inserida em uma lógica de governança baseada em evidências, respeito ao federalismo e

⁴ A plataforma nacional unificada, determinada pelo STF no julgamento do Tema 1.234, é um sistema digital em desenvolvimento que visa centralizar e acompanhar as demandas judiciais e administrativas relativas ao fornecimento de medicamentos no âmbito do SUS. Seu objetivo é integrar informações entre os entes federativos e o Poder Judiciário, identificar os responsáveis pelo custeio, monitorar pacientes beneficiados por decisões judiciais e promover maior transparência, eficiência e racionalidade na gestão da judicialização da saúde.

deferência à expertise técnico-administrativa. Como já advertiram Sarlet e Figueiredo (2008), a proteção dos direitos fundamentais exige racionalidade institucional, sob pena de se comprometer o próprio ideal de justiça distributiva que fundamenta o Estado Social.

4 Considerações finais

A análise dos Temas 6 e 1.234 do Supremo Tribunal Federal revela o esforço da Corte Constitucional em enfrentar de forma estruturada os dilemas gerados pela judicialização da saúde no Brasil, sobretudo no que tange à tensão entre a proteção de direitos fundamentais e a preservação da autonomia administrativa do Poder Executivo. A crescente atuação judicial em temas relacionados ao fornecimento de medicamentos e à concretização do direito à saúde tem promovido efeitos ambivalentes: por um lado, amplia o acesso individual a bens e serviços essenciais; por outro, compromete o planejamento orçamentário, a racionalidade distributiva e a capacidade de gestão do SUS.

A decisão do Tema 6 reafirma a importância da deferência às instâncias técnicas e administrativas, estabelecendo filtros objetivos que condicionam a concessão judicial de medicamentos não incorporados ao SUS à observância de critérios como registro na Anvisa, inexistência de substituto terapêutico, comprovação de eficácia e custo-efetividade. Já o Tema 1.234 avança ao propor arranjos cooperativos entre os entes federativos e o Judiciário, mediante a fixação de regras claras de competência, financiamento e coordenação institucional. A previsão de uma plataforma unificada de monitoramento das ações judiciais evidencia uma preocupação com a governança da política pública, sem desconsiderar a função contramajoritária do Judiciário na proteção dos direitos sociais.

Ambos os precedentes apontam para a consolidação de um modelo de judicialização qualificada, em que a atuação jurisdicional deve estar alinhada às diretrizes técnicas, administrativas e federativas que sustentam o SUS. Nesse sentido, destaca-se a necessidade de fortalecimento de órgãos como a CONITEC e os NATJUS, cujos pareceres e notas técnicas representam instrumentos fundamentais para a compatibilização entre a tutela judicial dos direitos e a efetividade das políticas públicas. A valorização desses subsídios permite ao Judiciário decidir com base em evidências científicas, evitando o voluntarismo decisório e promovendo maior isonomia no acesso às prestações de saúde.

A superação das disfunções da judicialização exige, portanto, a construção de um modelo de governança interinstitucional, pautado no diálogo entre os Poderes, na transparência dos critérios de priorização e na responsabilidade. Não se trata de negar a legitimidade da intervenção judicial, mas de reconhecer que sua eficácia está condicionada à capacidade de articular-se com os limites técnicos e orçamentários do sistema. Como advertido por Sarlet e Figueiredo (2008), a realização do direito à saúde demanda racionalidade institucional e respeito ao pacto federativo, sob pena de comprometer a própria sustentabilidade do Estado Social.

Assim, a harmonização entre os deveres estatais de garantir o direito à saúde e a necessidade de manter a coerência e a viabilidade das políticas públicas exige que o Poder Judiciário atue com parcimônia, embasado em parâmetros técnicos e em diálogo com os gestores. A experiência brasileira mostra que o fortalecimento de instâncias de deliberação técnica e a institucionalização de espaços de cooperação são caminhos promissores para compatibilizar justiça individual e justiça distributiva. A judicialização da saúde, quando orientada por critérios racionais e integrados, pode ser um instrumento legítimo de promoção dos direitos fundamentais — desde que não o faça às custas da desorganização do sistema público de saúde.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA. **Sobre a Abrasco**. Rio de Janeiro: ABRASCO, [2023]. Disponível em: <https://abrasco.org.br/sobre-a-abrasco/>. Acesso em: 21 abr. 2025.

BARROSO, Luís Roberto. **Da falta de efetividade à judicialização excessiva: direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros para a atuação judicial**. Interesse Público, Porto Alegre, 2009. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/dl/es/estudobarroso.pdf>. Acesso em: 22 abr. 2025.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **RE 566.471 – Tema 6**. Informativo STF – setembro de 2024a. Disponível em: https://www.stf.jus.br/arquivo/cms/noticiaNoticiaStf/anexo/RE566.471_tema6_infosociedade_LCFSP.pdf. Acesso em: 17 abr. 2025.

_____. Supremo Tribunal Federal. **RE 1.366.243 – Tema 1.234**. Informativo STF – outubro de 2024b. Disponível em: [https://www.stf.jus.br/arquivo/cms/noticiaNoticiaStf/anexo/RE1.366.243_tema1234_infosociade1.pdf](https://www.stf.jus.br/arquivo/cms/noticiaNoticiaStf/anexo/RE1.366.243_tema1234_infosociidade1.pdf). Acesso em: 17 abr. 2025.

_____. Conselho Nacional de Justiça. **Resolução nº 238, de 6 de setembro de 2016**. Dispõe sobre a criação e funcionamento dos Núcleos de Apoio Técnico do Poder Judiciário – NATJUS. Disponível em: <https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/2348>. Acesso em: 21 abr. 2025.

_____. Supremo Tribunal Federal. **STF abre nova etapa para implementação de plataforma nacional de demanda de medicamentos**. 2025. Disponível em: <https://noticias.stf.jus.br/postsnoticias/stf-abre-nova-etapa-para-implementacao-de-plataforma-nacional-de-demanda-de-medicamentos/>. Acesso em: 21 abr. 2025.

_____. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS – CONITEC. **Conheça a CONITEC**. Disponível em: <https://www.gov.br/conitec/pt-br/assuntos/a-comissao/conheca-a-conitec>. Acesso em: 21 abr. 2025.

_____. Código de Processo Civil. **Lei n. 13.105, de 16 de março de 2015**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 17 mar. 2015.

_____. Conselho Nacional de Justiça – CNJ. **Estatísticas processuais de direito à saúde**. Brasília, DF: CNJ, s.d. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br>. Acesso em: 21 abr. 2025.

_____. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 20 set. 1990.

_____. Supremo Tribunal Federal. **Recurso Extraordinário no Agravo Regimental nº 393175/RS**. Relator: Ministro Celso de Mello. Brasília, 12 dez. 2006. Publicado no Diário da Justiça de 02 fev. 2007.

CARVALHO, Eduardo Alvares de; OLIVEIRA, Eduardo Perez; GEBRAN NETO, João Pedro. **Judicialização da saúde no Brasil: impacto, desafios e o papel do NatJus na tomada de decisões baseadas em evidências**. *Migalhas de Direito Médico e Bioética*, São Paulo, 4 nov. 2024. Disponível em: <https://www.migalhas.com.br/coluna/migalhas-de-direito-medico->

e-bioetica/419202/judicializacao-da-saude-no-brasil-impacto-desafios-e-papel-do-natjus.

Acesso em: 20 abr. 2025.

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE (CEBES). **Cebes – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde**. Disponível em: <https://cebes.org.br/>. Acesso em: 21 abr. 2025

LEÃO JÚNIOR, Teófilo Marcelo Arêa de; PUGLIESI, Renan Cauê Miranda; CACHICHI, Rogério Cangussu Dantas. **Políticas públicas e interferência judicial: desafios e perspectivas na concessão de medicamento e tratamento de alto custo**. *Revista da AGU*, Brasília, DF, v. 16, n. 2, p. 323-352, abr./jun. 2017.

PASE, Hemerson Luiz; PATELLA, Ana Paula Dupuy; SANTOS, Everton Rodrigo dos. **O pacto federativo e a implementação da política pública de saúde no Brasil**. *Cadernos CRH*, Salvador, v. 36, e023007, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ccrh/a/B6y6QX6GpZ7Ts9FM5RtqPhP>. Acesso em: 21 abr. 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**. *Revista de Direito do Consumidor*, São Paulo, n. 67, p. 125-172, jan./mar. 2008.

_____. **Judicialização da saúde, federalismo e separação de poderes**. *Revista de Direito do Estado*, v. 26, p. 91-114, 2020.

VILELA, Leonardo Moura; MOLITERNO, Marcella Parpinelli; SANTOS, Alethele de Oliveira. **Judicialização da Saúde: Um fenômeno a ser compreendido**. In: CONSELHO NACIONAL DO MINISTÉRIO PÚBLICO. *A atuação do Ministério Público em face das organizações sociais de saúde*. Brasília: CNMP, 2019. p. 101-111. Disponível em: https://www.cnmp.mp.br/portal/images/noticias/2019/dezembro/A_Atuação_do_Ministério_Público_em_Face_das_Organizações_Sociais_de_Saúde.pdf#page=100. Acesso em: 21 abr. 2025.