

IX ENCONTRO VIRTUAL DO CONPEDI

DIREITOS SOCIAIS E POLÍTICAS PÚBLICAS I

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 Napolini - 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

Direitos sociais e políticas públicas I [Recurso eletrônico on-line] organização CONPEDI

Coordenadores: Eloy Pereira Lemos Junior; José Ricardo Caetano Costa; José Sérgio Saraiva – Florianópolis: CONPEDI, 2026.

Inclui bibliografia

ISBN: 978-65-5274-580-4

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

Tema: Constituição, Processo e Justiça Social: o papel da jurisdição constitucional na efetivação de direitos

2. Direitos sociais. 3. Políticas públicas. IX Encontro Virtual do CONPEDI (2: 2026: Florianópolis, Brasil).

CDU: 34



Conselho Nacional de Pesquisa
e Pós-Graduação em Direito Florianópolis
Santa Catarina – Brasil
www.conpedi.org.br

IX ENCONTRO VIRTUAL DO CONPEDI

DIREITOS SOCIAIS E POLÍTICAS PÚBLICAS I

Apresentação

Apresentamos, com satisfação, os trabalhos selecionados para o GT Direitos Sociais e Políticas Públicas I, do IX Encontro Virtual do CONPEDI. A coletânea aqui reunida evidencia a amplitude e a profundidade com que a pesquisa jurídica brasileira contemporânea tem enfrentado os desafios da concretização dos direitos fundamentais, estruturada em sete eixos temáticos interligados.

O primeiro eixo examina as ações afirmativas, a igualdade racial e a inclusão nas universidades, abrangendo cotas raciais, acesso de negros a cursos de elite e a pós-graduação para pessoas com Transtorno do Espectro Autista. O segundo eixo aprofunda a (in) efetividade dos direitos das pessoas com deficiência, com ênfase na proteção jurídica do espectro autista. O terceiro eixo volta-se ao gênero, à maternidade e à situação das mulheres encarceradas, articulando a Agenda 2030 da ONU ao federalismo de cooperação.

O quarto eixo trata do racismo estrutural, da moradia e da vulnerabilidade social, com reflexões sobre a ADPF 973 e estudos de caso em Uberaba-MG. O quinto eixo abrange o sistema prisional e a violência infantojuvenil, questionando paradigmas repressivos. O sexto reúne estudos sobre saúde, saneamento e direitos sociais fundamentais, incluindo análise de repercussão geral do STF e do Programa Ativa Idade. O sétimo eixo, de crescente relevância, examina tecnologia, inteligência artificial e direitos digitais, além de imigração, cultura e controle de políticas públicas.

A pluralidade de abordagens aqui presente reafirma o papel central da academia jurídica na construção de políticas públicas mais justas e inclusivas. Convidamos à leitura atenta e ao

José Sérgio Saraiva

Faculdade de Direito de Franca

POLÍTICAS PÚBLICAS DO DIREITO À SAÚDE E OS REFLEXOS DO PRINCÍPIO DA RESERVA DO POSSÍVEL COM O JULGAMENTO DOS TEMAS 6 E 1234 DE REPERCUSSÃO GERAL DO STF

PUBLIC POLICIES ON THE RIGHT TO HEALTH AND THE EFFECTS OF THE RESERVE OF THE POSSIBLE IN THE STF'S JUDGMENT OF GENERAL REPERCUSSION THEMES 6 AND 1234

Henrique Salloum Cury ¹
Manoel Ilson Cordeiro Rocha ²

Resumo

O direito fundamental à saúde, consagrado pela Constituição de 1988 e concretizado institucionalmente pelo SUS, projeta-se como dever estatal de estruturação de políticas públicas universais, iguais e baseadas em racionalidade sanitária. Nesse cenário, a judicialização de medicamentos não incorporados às listas oficiais tensiona, de um lado, a tutela individual do mínimo existencial e, de outro, a isonomia distributiva e a sustentabilidade orçamentária, colocando em relevo a reserva do possível como limite e, sobretudo, como método de decisão. O artigo analisa criticamente os reflexos desse princípio a partir das teses de repercussão geral fixadas pelo Supremo Tribunal Federal nos Temas 6 e 1234, que, respectivamente, estabeleceram regra geral de não fornecimento judicial de fármacos fora das listas do SUS, admitindo exceção condicionada a requisitos cumulativos, e reorganizaram competência e custeio no federalismo sanitário mediante critérios objetivos e fluxos interfederativos. Sustenta-se que o STF consolida uma “reserva do possível procedimentalizada”, ao exigir itinerário administrativo prévio, fundamentação reforçada e apoio técnico, deslocando o foco do litígio da prescrição isolada para a legalidade e transparência do processo decisório em saúde, sem eliminar a tutela jurisdicional excepcional quando demonstrada falha administrativa juridicamente relevante. Conclui-se que o êxito do novo paradigma depende do fortalecimento da via administrativa, da governança cooperativa e da utilização preferencial de instrumentos coletivos, para reduzir assimetrias e compatibilizar proteção individual e justiça distributiva no SUS. A metodologia adotada foi o

Abstract/Resumen/Résumé

The fundamental right to health, enshrined in the 1988 Constitution and implemented through the Unified Health System (SUS), imposes on the State the duty to structure universal and egalitarian public policies grounded in sanitary rationality. In this context, the judicialization of medicines not included in the official lists creates tension between the individual protection of the existential minimum and distributive equality and budgetary sustainability, highlighting the reserve of the possible as both a limit and a method of decision-making. This article critically analyzes the effects of this principle based on the general repercussion theses set forth by the Federal Supreme Court in Themes 6 and 1234, which, respectively, established a general rule against the judicial provision of pharmaceuticals outside the SUS lists—admitting exceptions subject to cumulative requirements—and reorganized jurisdiction and funding within sanitary federalism through objective criteria and interfederative flows. It is argued that the STF consolidates a "proceduralized reserve of the possible" by requiring a prior administrative pathway, reinforced reasoning, and technical support, shifting the focus of litigation toward the legality and transparency of healthcare decision-making, without eliminating exceptional judicial protection when a legally relevant administrative failure is demonstrated. The success of this new paradigm depends on strengthening the administrative pathway, cooperative governance, and the preferential use of collective instruments, in order to reconcile individual protection with distributive justice within the SUS. The methodology adopted was the hypothetical-deductive method, employing a literature review and normative and jurisprudential sources.

Keywords/Palabras-claves/Mots-clés: Right to health, Reserve of the possible, Stf (federal supreme court), Theme 6, Theme 1234

INTRODUÇÃO

A constitucionalização da saúde em 1988 representou ruptura relevante com modelos assistenciais seletivos, ao afirmar a saúde como direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas voltadas à redução de riscos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços (Brasil, 1988, arts. 6º e 196). Em paralelo, a Constituição desenhou um sistema público descentralizado e integral (Brasil, 1988, art. 198), cujo funcionamento depende de financiamento contínuo, planejamento regionalizado e decisões técnico-científicas sobre o que incorporar, ofertar e priorizar.

No entanto, como ocorre em todo Estado Social, a promessa constitucional convive com o limite da escassez: não há recursos públicos suficientes para custear, de forma imediata e universal, toda inovação terapêutica e todo medicamento disponível no mercado, sobretudo quando o custo é elevado e a base de evidências é incerta. É justamente nesse espaço de tensão que se consolidou, no Brasil, o fenômeno da judicialização da saúde. A tutela jurisdicional, muitas vezes, supre omissões administrativas e protege situações urgentes; em outras, porém, individualiza o acesso, desloca recursos do coletivo e desafia a isonomia do SUS.

Diante desse panorama, a jurisprudência constitucional brasileira definiu ao longo do tempo o papel do Poder Judiciário na efetivação do direito à saúde e os limites de sua intervenção sobre políticas públicas. A discussão é atravessada pela reserva do possível: se é verdade que direitos sociais implicam custos e dependem de escolhas alocativas, também é verdade que o Estado não pode invocar genericamente dificuldades financeiras para frustrar o núcleo essencial dos direitos fundamentais, sob pena de esvaziar a força normativa da Constituição.

O Supremo Tribunal Federal enfrentou o tema de maneira estruturante nos Temas 6 (RE 566.471) e 1234 (RE 1.366.243) da repercussão geral, fixando parâmetros para o fornecimento judicial de medicamentos não incorporados às listas do SUS e estabelecendo regras de competência e custeio no federalismo sanitário. Este artigo busca responder ao seguinte problema: em que medida as teses fixadas pelo STF reconfiguram a exigibilidade do direito à saúde e quais são os reflexos, teóricos e práticos, da reserva do possível nesse novo paradigma decisório?

A hipótese defendida é que o STF, ao reconhecer a centralidade da avaliação técnica da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (CONITEC) e ao impor requisitos cumulativos e deveres procedimentais de

fundamentação, promoveu uma “reserva do possível proceduralizada”: a escassez passa a operar como premissa de isonomia e sustentabilidade, mas submetida a controle judicial de legalidade, evitando tanto o decisionismo judicial quanto a negativa administrativa imotivada.

Do ponto de vista metodológico, o artigo adota abordagem dogmático-analítica, combinando leitura sistemática da Constituição, diálogo com a doutrina indicada e análise das teses fixadas pelo STF, utilizando-se do método hipotético dedutivo. O desenvolvimento organiza-se em três capítulos: (i) direito à saúde, previsão constitucional, debate sobre cláusula pétrea e judicialização; (ii) reserva do possível, com considerações iniciais, origem e conceito e tipologias; e (iii) análise dos Temas 6 e 1234, culminando com exame dos reflexos da reserva do possível nos julgados.

1 Direito à saúde

O direito à saúde, enquanto direito fundamental de natureza prestacional, não se esgota na garantia de atendimentos individuais, mas se projeta como dever estatal de formular e executar políticas públicas capazes de assegurar acesso universal, igualitário e racional às ações e serviços de saúde. Nesse sentido, importante discutir o seu conteúdo, limites e a crescente judicialização que abarca este tema.

1.1 Direito à saúde e previsão constitucional: conteúdo, limites e a ponte com os Temas 6 e 1234

O direito à saúde possui assento constitucional explícito e multifacetado. Além de integrar o catálogo de direitos sociais (Brasil, 1988, art. 6º), recebe disciplina própria no capítulo da Seguridade Social (Brasil, 1988, arts. 196 a 200), com imposição de deveres de organização sistêmica, coordenação federativa e financiamento. Esse desenho revela que a Constituição não se limita a prometer “saúde” em abstrato: ela institui um arranjo institucional (SUS) destinado a oferecer ações e serviços de modo universal, igualitário, descentralizado e integral (Brasil, 1990, art. 7º).

O art. 5º, § 1º, da Constituição de 1988, ao afirmar a aplicação imediata das normas definidoras de direitos e garantias fundamentais (Brasil, 1988, art. 5º, § 1º), reforça que direitos sociais não são meras promessas políticas. Todavia, a aplicabilidade imediata não elimina o caráter complexo das prestações em saúde: muitas delas dependem de políticas públicas e de escolhas distributivas, o que exige distinguir, no plano jurídico, o direito ao mínimo existencial do direito a prestações ótimas.

Nessa perspectiva, o direito à saúde deve ser lido em conjunto com a igualdade material e com a isonomia. Um sistema universal precisa tratar igualmente aqueles que se encontram em condições equivalentes, e deve justificar, de forma pública e racional, as escolhas que priorizam certos tratamentos e excluem outros. Assim, a exigibilidade judicial não pode operar como mecanismo de privilégio: ela deve ser compatibilizada com o desenho institucional do SUS e com a necessidade de decisões impessoais e transparentes. São conclusões consequentes do Estado Social adotado pelos princípios da atual Constituição.

Convém salientar que, tanto em relação aos direitos sociais de prestações em sentido amplo quanto à garantia do mínimo existencial, uma das principais objeções enfrentadas para a efetivação desses direitos diz respeito ao seu impacto econômico. Essa característica permeia todos os direitos fundamentais, independentemente de sua natureza, sendo especialmente relevante nos direitos que envolvem prestações positivas. Assim, a concretização dessas prestações está necessariamente condicionada à disponibilidade financeira e à capacidade jurídica dos responsáveis pela sua garantia (Almeida, 2025).

Segundo Ingo Wolfgang Sarlet, o desafio está em delinear contornos, limites e alcance subjetivo do direito à saúde, principalmente quanto à possibilidade de um direito subjetivo a prestações e ao nível de serviços exigíveis perante o Estado:

Uma das grandes dificuldades com as quais nos deparamos diz respeito à tarefa de identificar quais os efeitos que podem ser extraídos das normas constitucionais que conformam o direito à saúde. Além disso, resulta problemático estabelecer os contornos do que constitui o objeto do direito à saúde e os seus limites objetivos e subjetivos. Especialmente controversa, embora a farta jurisprudência nesta seara, segue sendo a discussão em torno da possibilidade do reconhecimento de um direito subjetivo individual (ou coletivo) a prestações na área da saúde. Além disso, assume relevo (também aqui) o questionamento a respeito do limite da prestação reclamada do particular perante o Estado. Em outras palavras, cuida-se de saber se os poderes públicos são devedores de um atendimento global (toda e qualquer prestação na área da saúde) e, independentemente deste aspecto, qual o nível dos serviços a serem prestados. (Sarlet; Marinoni; Mitidiero, 2025, p. 602).

A reflexão de Sarlet ilumina o núcleo do problema enfrentado pelo STF nos Temas 6 e 1234: como compatibilizar, em um sistema universal, a tutela de necessidades individuais urgentes com a racionalidade alocativa das políticas públicas, que precisam observar evidência científica, custo-efetividade e impacto orçamentário. A Constituição não exige que o Estado forneça “tudo” a “todos” de forma imediata; exige, sim, políticas públicas orientadas a reduzir riscos e a assegurar acesso universal e igualitário.

Em síntese, o direito à saúde é, simultaneamente, direito fundamental prestacional e direito à boa governança sanitária: a efetividade constitucional exige que o Estado decida de forma transparente e motivada, ancorada em evidências, e que preserve a isonomia. É nessa chave que se deve compreender a centralidade conferida à CONITEC e aos fluxos administrativos nas teses de repercussão geral.

1.2 O direito à saúde é cláusula pétrea?

A discussão sobre a eventual natureza de cláusula pétrea do direito à saúde surge do art. 60, § 4º, IV, da Constituição de 1988, que proíbe emendas tendentes a abolir “direitos e garantias individuais” (Brasil, 1988, art. 60, § 4º, IV). A literalidade do dispositivo provocou debate: direitos sociais – dependentes de prestações e recursos – estariam fora da proteção reforçada? A doutrina brasileira consolidou três linhas: teoria restritiva (apenas direitos individuais clássicos), teoria extensiva (todos os direitos fundamentais) e teorias intermediárias (critérios seletivos) (Martins, 2025, p. 586).

Inicialmente, cabe destacar que os direitos sociais são considerados direitos fundamentais de segunda geração, reconhecidos após a Primeira Guerra Mundial devido à deterioração social contrastante com o desenvolvimento econômico nos Estados Unidos e em países europeus (Zawada; Costa, 2010, p. 179).

Flávio Martins destaca que a Constituição de 1988 inovou ao proteger direitos e garantias como limitações materiais ao poder de reforma, o que impõe uma reflexão sobre a extensão da proteção e sobre o alcance do termo “individuais”:

Não obstante, de forma inédita, a Constituição de 1988 foi a primeira constituição brasileira a prever os direitos e garantias como cláusulas pétreas. Segundo a Constituição, são cláusulas pétreas tanto os direitos (normas de conteúdo declaratório), quanto as garantias (normas de conteúdo assecuratório). Não obstante, na exata redação do art. 60, § 4º, IV, são cláusulas pétreas os “direitos e garantias *individuais*” (grifamos).

Primeiramente, deve-se frisar que os direitos e garantias individuais não estão apenas no art. 5º da Constituição Federal, mas igualmente presentes em numerosos outros dispositivos constitucionais. O Supremo Tribunal Federal já decidiu que a anterioridade tributária, prevista no art. 150 da Constituição Federal, é um direito individual do contribuinte.

Por sua vez, o principal questionamento a ser feito recai sobre os direitos sociais. Seriam eles também cláusulas pétreas? O art. 60, § 4º, da Constituição Federal é claro ao afirmar que são cláusulas pétreas os direitos e garantias individuais (Martins, 2025, p. 586).

Outrossim, não é possível interpretar a expressão “individuais” de maneira gramatical, uma vez que nos incisos do art. 5º da Constituição Federal há, conforme explica Medeiros Neto (2004, p. 82) direitos e garantias de expressão coletiva (e social),

a exemplo da proteção ao consumidor (inciso XXXII) e do mandado de segurança coletivo (inciso LXX), os quais não estariam imunes à reforma constitucional, ainda que inseridos no Título dos Direitos e Garantias Fundamentais.

A controvérsia sobre o alcance da expressão “individuais” deve ser resolvida com base em interpretação sistemática e teleológica. A teoria restritiva, embora ancorada na literalidade, enfrenta dificuldades como a exposta acima. Ademais, a Constituição não instituiu, expressamente, um regime jurídico inferior para direitos sociais, embora os tenha organizado em capítulos distintos (Martins, 2025, p. 586).

A teoria extensiva, majoritária, sustenta que todos os direitos fundamentais são protegidos contra abolição, pois a fundamentalidade decorre da dignidade da pessoa humana e da estrutura axiológica do Estado Social (Martins, 2025, p. 587). Nessa perspectiva, o direito à saúde – por sua íntima conexão com vida digna, igualdade material e mínimo existencial – integra o núcleo intangível da Constituição. Isso não significa que toda prestação concreta seja imutável: significa que não se pode suprimir o direito, esvaziar o SUS ou eliminar o dever estatal de estruturar políticas de saúde.

No plano dogmático, reconhecer a saúde como cláusula pétrea reforça a proibição de retrocesso social e a exigência de progressividade. A proibição de retrocesso não impede ajustes e reformas; ela impede supressões arbitrárias e regressões incompatíveis com a dignidade e com o núcleo essencial de proteção social. A progressividade, por sua vez, orienta o Estado a aprimorar políticas e ampliar cobertura conforme disponibilidade e racionalidade, sem discriminar e sem comprometer patamares já alcançados (Martins, 2025, p. 587).

Além disso, é necessário conferir concretude aos direitos sociais, uma vez que são essenciais para se atingir a dignidade da pessoa humana, um dos fundamentos principais da Constituição Federal (Brasil, 1988, art. 1º, III). Desse modo, conclui-se pela impossibilidade de abolição dos direitos sociais (Zawada; Costa, 2010, p. 182).

Essa conclusão tem relevância direta para a reserva do possível: se o direito é protegido contra esvaziamento, a escassez não autoriza recuos arbitrários; exige, isto sim, transparência, motivação e prioridades constitucionalmente adequadas. Não basta alegar limitação orçamentária; é necessário demonstrar que a política pública observa critérios impessoais e que a alocação de recursos não viola o dever de proteção mínima.

1.3 Judicialização do direito à saúde

A judicialização do direito à saúde decorre de múltiplos fatores: deficiências de acesso, desigualdades regionais, aumento de litigância estratégica, evolução tecnológica e falhas no processo administrativo de incorporação e dispensação. Ela cumpre função relevante quando corrige omissões e garante serviços padronizados; entretanto, em demandas por medicamentos fora das listas do SUS, pode produzir efeitos paradoxais, criando privilégios indevidos e desorganizando a política pública.

Gilmar Ferreira Mendes chama atenção para a assimetria distributiva e para a individualização da demanda quando o medicamento solicitado não integra o rol do SUS, apontando que a judicialização tende a beneficiar grupos com melhores condições socioeconômicas e acesso à informação, contrariando o projeto de universalidade e igualdade:

As hipóteses em que o procedimento ou o fármaco solicitado não estejam incluídos no rol de medicamentos fornecidos pelo SUS geram uma individualização da demanda e tornam-se um crescente problema à política de saúde pública. Estudo realizado no Estado de São Paulo constatou que 77% dos remédios solicitados em um determinado período não integravam os programas de assistência farmacêutica do SUS. O levantamento também evidenciou que geralmente as pessoas beneficiadas pela intervenção do Poder Judiciário são as que possuem melhores condições socioeconômicas e acesso à informação, o que resulta em verdadeira assimetria do sistema. [...] É bem verdade que, em muitos casos, a judicialização do direito à saúde deveria ocorrer, preferencialmente, no plano das ações coletivas e não no contexto de milhares de ações individuais. (Mendes; Branco, 2025, p. 674).

A advertência conduz a um ponto central: a judicialização, quando atomizada, tende a fragilizar a igualdade ao criar uma “fila paralela” baseada em capacidade de litigar. Além disso, a compra judicializada pode elevar preços, reduzir ganhos de escala e interferir na programação sanitária. Por isso, a racionalização do contencioso precisa dialogar com instrumentos coletivos, com governança colaborativa e com a qualificação técnica das decisões (Mendes; Branco, 2025, p. 674).

Outro exemplo prático das consequências trazidas pela judicialização do direito a saúde é trazido por Villas-Bôas e Cunha Júnior (2024, p. 59), no qual há locais em que tiveram comprometido “mais de 80% dos recursos anuais destinados à saúde, como se verificou no estado da Bahia que, em 2023, teve custo decorrente da judicialização em assistência farmacêutica da ordem de R\$371.489,131,38”.

Em termos teóricos, a judicialização pode ser lida como mecanismo de responsabilização institucional: ao exigir transparência e motivação, o Judiciário pode induzir melhorias administrativas. Entretanto, quando atua como substituto permanente

da política pública, produz distorções distributivas e compromete a legitimidade de escolhas democráticas, contribuindo para uma excessiva judicialização e incremento de gastos vindos de decisões judiciais, havendo um cenário de absoluta desgovernança pública (Almeida, 2025).

A resposta constitucional adequada é calibrar a intervenção judicial, preservando tutela de casos urgentes e de violações do núcleo essencial, mas evitando decisões que anulem protocolos universais sem base técnico-científica.

Os Temas 6 e 1234 caminham nessa direção ao deslocar o foco do processo individual para a análise do itinerário administrativo, do ato da CONITEC e dos critérios de evidência científica, preservando a tutela jurisdicional apenas como exceção qualificada. Nesse modelo, o Judiciário atua, preferencialmente, como instância de controle de legalidade e de correção de falhas do processo decisório.

Por fim, é importante ressaltar o papel das ações coletivas na judicialização racional do direito à saúde. Demandas coletivas podem promover isonomia, reduzir custos transacionais e gerar soluções estruturantes (por exemplo, revisão de protocolos e incorporação de tecnologia), preservando a universalidade do SUS (Mendes; Branco, 2025, p. 674). A racionalização proposta pelo STF, ao enfatizar governança e fluxos, tende a incentivar esse movimento, ainda que sua efetividade dependa de implementação institucional e de mudança cultural.

2 Reserva do possível

A compreensão do alcance e dos limites do direito à saúde exige o enfrentamento da noção de reserva do possível, categoria dogmática que emerge como resposta jurídica à escassez de recursos e às escolhas alocativas inerentes às políticas públicas. Nesse sentido, torna-se imprescindível examinar sua origem, seus contornos conceituais e as tipologias desenvolvidas pela doutrina, a fim de compreender como essa categoria pode funcionar não como mecanismo de negação, mas como critério racional e controlável de decisão estatal.

2.1 Origem e conceito da reserva do possível

A teoria da reserva do possível teve sua construção inicial na Alemanha, especialmente a partir da década de 1970. Segundo Ingo Wolfgang Sarlet e Mariana Filchtiner Figueiredo, esse conceito passou a vincular a efetividade dos direitos sociais à

capacidade financeira do Estado, demonstrando que a realização concreta desses direitos depende dos recursos disponíveis nos cofres públicos:

A construção teórica da “reserva do possível” tem, ao que se sabe, origem na Alemanha, especialmente a partir do início dos anos de 1970. De acordo com a noção de reserva do possível, a efetividade dos direitos sociais a prestações materiais estaria sob a reserva das capacidades financeiras do Estado, uma vez que seriam direitos fundamentais dependentes de prestações financiadas pelos cofres públicos. A partir disso, a “reserva do possível” (Der Vorbehalt des Möglichen) passou a traduzir (tanto para a doutrina majoritária, quanto para a jurisprudência constitucional na Alemanha) a idéia de que os direitos sociais a prestações materiais dependem da real disponibilidade de recursos financeiros por parte do Estado, disponibilidade esta que estaria localizada no campo discricionário das decisões governamentais e parlamentares, sintetizadas no orçamento público. (Sarlet; Figueiredo, 2007, p. 188).

O Tribunal Constitucional Federal Alemão afirma que os direitos fundamentais sociais dependem do que o indivíduo pode razoavelmente esperar da sociedade. A decisão rejeitou a obrigação do Estado de criar vagas suficientes nas universidades públicas para todos os candidatos (Scaff, 2006, p. 38).

Neste contexto, aborda-se a relação entre Estado e cidadão, destacando os compromissos mútuos estabelecidos. Não é possível imputar ao Estado a obrigação de atender plenamente a todas as demandas dos cidadãos, sendo essencial observar os princípios de proporcionalidade e razoabilidade. Portanto, a discussão não se limita apenas à disponibilidade financeira ou orçamentária para garantir o acesso ao ensino superior, mas sim ao engajamento do Estado diante das expectativas dos indivíduos, respeitando os limites viáveis (Bitencourt, 2014, p. 217).

A importação da noção para o Brasil exige cautela. A Constituição de 1988 densificou deveres estatais e fixou vinculações de financiamento e de organização do SUS, reduzindo a margem para alegações genéricas de insuficiência. Além disso, a reserva do possível não pode ser compreendida como exceção absoluta à exigibilidade judicial, sob pena de transformar direitos sociais em promessas vazias (Sarlet; Figueiredo, 2007, p. 191).

A dimensão argumentativa é especialmente relevante: mesmo quando há limitação de recursos, deve-se avaliar se a negativa estatal respeita critérios de proporcionalidade e se o sacrifício imposto ao indivíduo é justificado por benefícios coletivos (Sarlet; Figueiredo, 2007, p. 192). Esse raciocínio não transforma o Judiciário em gestor do orçamento; transforma-o em fiscal de legalidade e racionalidade das escolhas públicas. É nessa linha que se compreende a exigência, nos Temas 6 e 1234, de analisar o ato administrativo da CONITEC e a negativa administrativa.

Em suma, a reserva do possível deve ser vista como categoria que condiciona a exigibilidade de prestações, mas não a elimina. Ela impõe uma metodologia de decisão baseada em transparência e motivação, o que aproxima o debate do devido processo decisório em políticas públicas.

2.2 Tipologias e classificações da reserva do possível na doutrina

A doutrina brasileira desenvolveu tipologias para evitar reducionismo. Flávio Martins distingue modalidades de reserva do possível por limitação fática e por limitação jurídica. Essa diferenciação permite separar hipóteses de impossibilidade material (o bem não existe ou não é ofertável) de hipóteses de escolha alocativa (o bem existe, mas não foi priorizado), atribuindo a cada uma delas padrões distintos de controle judicial:

Quanto à primeira modalidade de ‘reserva do possível’ (por limitação fática, decorrente de escassez real ou econômica), estamos diante de um limite imanente. [...] Enquadram-se nessa primeira modalidade a impossibilidade de ofertar um medicamento que não existe, ou transplante de órgãos a todos os que dele necessitam. Por sua vez, quanto à segunda modalidade de ‘reserva do possível’ (por limitação jurídica), os recursos econômicos faticamente existem, mas sua ‘alocação em determinados setores acaba por implicar o não atendimento de outras necessidades, por uma decisão disjuntiva do órgão ou agente com competência em matéria alocativa’. [...] As escolhas revestem-se de nítido caráter político[...]. (Martins, 2025, p. 925).

Em termos de padrões de controle, pode-se afirmar que: (i) na limitação fática, o controle judicial tende a reconhecer o direito e exigir planejamento, mas não pode impor o impossível; (ii) na limitação jurídica, o controle judicial deve ser mais intenso quanto ao procedimento e à motivação, pois há espaço de escolha (Martins, 2025, p. 925).

A tipologia proposta por Flávio Martins apresenta uma matriz analítica relevante para interpretar as teses do STF quanto à judicialização do acesso a medicamentos não incorporados ao SUS. De acordo com essa classificação, a maioria dessas demandas é enquadrada pelo Supremo Tribunal Federal como casos de limitação jurídica, e não de limitação fática. Isso significa que, ao invés de se aceitar uma alegação abstrata de escassez de recursos, torna-se necessário um exame rigoroso do ato administrativo da CONITEC e do itinerário processual que levou à negativa.

Tal abordagem permite distinguir situações em que a impossibilidade material realmente impede a prestação (limitação fática) daquelas em que o bem existe, mas não foi priorizado por decisão política ou administrativa (limitação jurídica). Ao exigir a análise do itinerário administrativo, o STF reforça a necessidade de controle quanto à boa administração e ao devido processo decisório, evitando que o argumento de escassez seja

utilizado de forma superficial ou como mero bloqueio ao exercício de direitos fundamentais. Dessa forma, a tipologia de Martins contribui para uma leitura mais detalhada e justificativa das decisões judiciais, alinhando-as ao compromisso de racionalidade e transparência na alocação dos recursos públicos.

3 Temas 6 e 1234 de Repercussão Geral do STF

Em um contexto marcado pela crescente judicialização, torna-se indispensável reconhecer que a efetividade desse direito depende da incorporação de critérios técnico-científicos, da observância da medicina baseada em evidências e da adoção de modelos de governança que promovam coordenação institucional e planejamento.

Diante de tal cenário, surgiram os Temas 6 e 1234 de Repercussão Geral do STF, que reorientam o debate para critérios controláveis (itinerário administrativo, legalidade do ato da CONITEC, evidência científica e imprescindibilidade), de modo a compatibilizar a tutela do mínimo existencial com a isonomia distributiva e a sustentabilidade das políticas públicas, sob um modelo de reserva do possível compreendida como método decisório sujeito a escrutínio jurídico.

3.1 Premissas comuns e contexto: judicialização, evidência científica e governança colaborativa

Os Temas 6 e 1234 foram julgados em contexto de crescimento de ações judiciais por medicamentos, com impacto sobre orçamentos e risco de fragmentação da política pública. Em ambos, o STF reconheceu premissas estruturantes: (i) recursos públicos são finitos; (ii) o SUS é universal e deve assegurar isonomia; (iii) a decisão sobre incorporação de tecnologias deve respeitar avaliação técnica e econômica; e (iv) a judicialização excessiva pode comprometer eficiência e sustentabilidade do sistema (Brasil, 2024).

No plano institucional, as teses adotam estratégia de reorientação do contencioso. A via administrativa deixa de ser mero requisito formal e passa a ser etapa substantiva de construção do caso: é na esfera administrativa que se deve pleitear o fármaco, obter decisão e, se for o caso, discutir a legalidade da não incorporação.

A noção de medicina baseada em evidências é central nessa reorientação. A proteção constitucional da saúde não autoriza o Estado a oferecer tratamentos ineficazes; tampouco autoriza o Judiciário a impor terapias sem lastro científico. A avaliação técnica

(CONITEC) e os núcleos de apoio técnico do Judiciário operam como mecanismos de controle epistêmico da decisão, reduzindo assimetria informacional e riscos ao paciente.

Além disso, o STF buscou resolver problema federativo recorrente: a indefinição do polo passivo e as disputas sobre ressarcimento. Ao homologar acordos e estabelecer critérios objetivos de competência e custeio, o Tema 1234 pretendeu diminuir conflitos, permitir planejamento e reduzir a litigância lateral, que frequentemente atrasava o acesso ao tratamento.

Essas premissas comuns formam o pano de fundo para compreender o conteúdo específico de cada tema e, sobretudo, para entender como a reserva do possível é incorporada como método de decisão e não apenas como limite financeiro.

3.2 Tema 6 (RE 566.471): regra geral de não fornecimento judicial e hipóteses excepcionais

O Tema 6 discutiu se o Estado é obrigado a fornecer medicamento registrado na ANVISA, mas fora das listas oficiais do SUS, sem que haja capacidade financeira de adquirir o medicamento. O STF fixou regra geral restritiva: a ausência de inclusão do fármaco nas listas impede, como regra, o fornecimento por decisão judicial, independentemente do custo. A justificativa repousa na ideia de que o SUS deve priorizar políticas universalizáveis; do contrário, decisões individuais romperiam a isonomia e deslocariam recursos para quem litiga (Brasil, 2024).

A Corte, contudo, não adotou negativa absoluta. Reconheceu possibilidade excepcional de concessão judicial, desde que preenchidos requisitos cumulativos, cujo ônus probatório recai sobre o autor, e desde que o magistrado observe deveres procedimentais, sob pena de nulidade. O modelo desloca o foco do litígio: a discussão passa a envolver (i) legalidade da não incorporação; (ii) inexistência de alternativas no SUS; (iii) robustez das evidências científicas (iv) incapacidade financeira de adquirir o medicamento (Brasil, 2024).

Em termos acadêmicos, a inovação está na construção de um teste de excepcionalidade em camadas: filtro administrativo (negativa e percurso de solicitação), filtro institucional (CONITEC e legalidade), filtro terapêutico (substitutibilidade e imprescindibilidade) e filtro epistêmico (medicina baseada em evidências). Esse desenho procura conciliar o mínimo existencial com a isonomia, impedindo que decisões judiciais produzam privilégios injustificados:

A ausência de inclusão de medicamento nas listas de dispensação do Sistema Único de Saúde - SUS (RENAME, RESME, REMUME, entre outras) impede, como regra geral, o fornecimento do fármaco por decisão judicial, independentemente do custo. É possível, excepcionalmente, a concessão judicial de medicamento registrado na ANVISA, mas não incorporado às listas de dispensação do Sistema Único de Saúde, desde que preenchidos, cumulativamente, requisitos probatórios e procedimentais. (Brasil, 2024).

Para explicitar o conteúdo da excepcionalidade, a própria síntese institucional do STF indica requisitos cumulativos e deveres do magistrado:

Em situações excepcionais, a Justiça pode determinar o fornecimento de medicamentos que não estão nas listas do SUS, desde que a pessoa comprove: (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. (Brasil, 2024).

A decisão baseou-se em três premissas: a escassez de recursos públicos para comprar todos os medicamentos, a proteção dos princípios da universalidade e igualdade no acesso à saúde, garantindo que o fornecimento seja possível para todos, e o respeito ao conhecimento técnico e à medicina baseada em evidências, limitando a intervenção judicial e priorizando a avaliação dos órgãos especializados (Boccuzzi; Boccuzzi Neto 2025, p.4688).

A reserva do possível, aqui, opera em dupla dimensão. Como limite, impede que o Judiciário substitua a política pública por decisões casuísticas; como método, impõe um itinerário probatório e procedimental que desloca o debate para a legalidade do processo de não incorporação e para a medicina baseada em evidências.

Outro aspecto relevante é o papel do magistrado na fundamentação. A tese indica que decisões devem enfrentar o ato administrativo, a prova científica e a substitutibilidade terapêutica, evitando fundamentação genérica. Isso se conecta a padrões processuais contemporâneos de motivação, segundo os quais a decisão deve dialogar com as razões do administrador e com os argumentos técnicos do caso.

3.3 Tema 1234 (RE 1.366.243): competência, custeio, fim da solidariedade indistinta e controle do ato da CONITEC

O Tema 1234 de Repercussão Geral reveste-se de significativa relevância para a judicialização da saúde. O Supremo Tribunal Federal assentou que, nas demandas judiciais voltadas ao fornecimento de medicamentos incorporados ou não às políticas

públicas do SUS, inclusive aqueles de uso oncológico, a atribuição de competência e responsabilidade pela prestação do serviço depende da natureza do medicamento e de sua classificação nos distintos componentes da assistência farmacêutica (Silva, Marino e Rissato, 2025, p. 14).

O STF homologou acordos interfederativos e fixou regras objetivas, com base no custo anual do tratamento e na natureza do medicamento. Em termos estruturais, a tese altera a prática forense: o magistrado deve verificar a correta composição do polo passivo e direcionar o cumprimento conforme a repartição de responsabilidades, afastando a lógica de solidariedade indistinta nas hipóteses abrangidas pelo Tema 1234.

Na dimensão de competência e custeio, o acordo adotou critérios quantitativos (custo anual em salários mínimos) e instituiu regras de ressarcimento, visando previsibilidade orçamentária e redução de conflitos (Brasil, 2024). Isso reordena incentivos: diminui a litigância estratégica de escolha do ente demandado e induz planejamento federativo

Além disso, o Tema 1234 reforça a necessidade de negativa administrativa e a análise judicial do ato administrativo de não incorporação e da negativa, com controle limitado à legalidade, sem substituição do mérito técnico (Brasil, 2024).

A solução de governança colaborativa, ao prever fluxos e plataforma de informações, sugere um modelo de “federalismo cooperativo” aplicado à judicialização: em vez de litígios intermináveis sobre competência, o sistema passa a ter regras de encaminhamento e custeio, permitindo que a discussão se concentre no mérito constitucional da prestação de saúde.

O acordo diz que as ações judiciais que pedem medicamentos que não estão na lista do SUS, mas que têm registro na Anvisa, devem ser propostas na Justiça Federal se o valor anual do medicamento for igual ou maior que 210 salários mínimos. Nesse caso, a União pagará o custo total do medicamento. Se o valor for entre 7 e 210 salários mínimos, a ação será julgada na Justiça Estadual, e a União reembolsará parte das despesas dos Estados e Municípios. (Brasil, 2024).

Do ponto de vista solicitado, dois aspectos merecem destaque.

(a) Fim da solidariedade indistinta: nas demandas relativas a medicamentos abrangidos pelos fluxos do Tema 1234, o magistrado deve observar a repartição de responsabilidades e, quando necessário, corrigir o polo passivo, com deslocamento de competência. Essa mudança tem impacto direto na advocacia pública: reduz-se a sobrecarga de Estados e Municípios em casos de alto custo e melhora-se a previsibilidade de ressarcimento.

(b) Controle judicial do ato administrativo: para medicamentos não incorporados, o Judiciário deve analisar o ato comissivo ou omissivo da não incorporação pela CONITEC e a negativa de fornecimento na via administrativa. O controle é de legalidade: examina-se procedimento, motivação, prazos e critérios normativos, sem substituir a avaliação técnico-econômica.

Essa estrutura incentiva a Administração a decidir de forma mais transparente e tempestiva. Ao mesmo tempo, desloca a litigância para o debate sobre legalidade e racionalidade, afastando a ideia de que a prescrição médica, por si só, é suficiente para gerar obrigação estatal.

O Tema 1234 ainda prevê integração de informações por plataforma nacional, sinalizando tentativa de governança colaborativa entre Administração e Judiciário (Brasil, 2024). Do ponto de vista acadêmico, trata-se de um movimento de institucionalização do contencioso: a judicialização deixa de ser uma soma de casos individuais e passa a ser objeto de gestão e coordenação federativa.

Em síntese, o Tema 1234 atua como peça complementar do Tema 6: enquanto o Tema 6 estabelece critérios materiais e probatórios para concessão excepcional, o Tema 1234 organiza quem decide, quem paga e como tramita, reduzindo incertezas e alinhando incentivos federativos.

3.4 Os reflexos da reserva do possível nos Temas 6 e 1234

A conjugação dos Temas 6 e 1234 revela um reposicionamento da reserva do possível no direito brasileiro. Em vez de ser cláusula invocada genericamente, ela passa a ser incorporada como premissa estruturante de decisões sobre medicamentos fora das listas do SUS.

O STF assume que a escassez e o planejamento são realidades inafastáveis e que políticas públicas devem beneficiar o maior número de pessoas em igualdade. Ao mesmo tempo, recusa transformar a reserva do possível em obstáculo absoluto: preserva tutela excepcional, condicionada a prova robusta e a falhas administrativas juridicamente relevantes.

Pode-se afirmar que a Corte construiu uma reserva do possível proceduralizada, com três características centrais:

(a) Procedimentalização administrativa: exige-se tentativa administrativa e negativa, reforçando a Administração como porta de entrada.

(b) Procedimentalização jurisdicional: impõem-se deveres ao magistrado (análise do ato da CONITEC, consulta técnica, fundamentação), sob pena de nulidade.

(c) Procedimentalização federativa: definem-se regras de competência e custeio, reduzindo conflitos entre entes.

O paradigma oferece ganhos: promove isonomia, reduz incentivos à judicialização oportunista, valoriza decisões públicas justificadas e reforça o papel do Judiciário como controle de legalidade, não como gestor paralelo de políticas sanitárias.

Em suma, a reserva do possível, nesses julgados, deixa de ser apenas limite e torna-se método de decisão: uma exigência de procedimento, prova e justificativa pública, compatível com o núcleo essencial do direito à saúde.

CONCLUSÃO

A Constituição de 1988 reconhece a saúde como direito de todos e dever do Estado e institui um sistema público universal, que exige planejamento, financiamento e decisões técnico-científicas. Esse desenho amplia a exigibilidade de prestações, mas torna inevitável lidar com escassez e escolhas alocativas.

A reserva do possível, quando corretamente compreendida, não anula direitos sociais, mas impõe racionalidade, transparência e justificativa às escolhas públicas. A distinção entre limitação fática e limitação jurídica evidencia que, em muitos litígios sanitários, o problema não é inexistência absoluta de recursos, mas alocação e decisão administrativa. Nessa hipótese, a reserva do possível opera como ônus argumentativo qualificado: exige-se motivação, respeito a procedimentos e coerência com evidências.

Contudo, o uso arbitrário da teoria, sem essa dimensão estruturante, reduz a um emprego ideológico e neoliberal de redução de custos a todo custo, o que poderá retirar a eficácia do direito à saúde previsto constitucionalmente.

Os Temas 6 e 1234 do STF têm por objetivo evitar a arbitrariedade, encontrando um meio termo entre a reserva do possível e o direito à saúde, ao estabelecer critérios para a concessão judicial de medicamentos não incorporados e ao reorganizar competência e custeio no federalismo sanitário. A Corte fixou regra geral de não fornecimento judicial fora das listas do SUS, mas preservou tutela excepcional em hipóteses de imprescindibilidade, ausência de alternativa e falha administrativa juridicamente relevante, condicionando-a à análise do ato da CONITEC, à consulta técnica e à negativa administrativa.

O principal reflexo é a construção de uma reserva do possível procedimentalizada, que busca conciliar mínimo existencial, isonomia e sustentabilidade. O êxito do modelo, contudo, depende de implementação institucional: aprimoramento da via administrativa, fortalecimento da CONITEC, transparência das negativas, ampliação de suporte técnico ao Judiciário e uso de instrumentos coletivos de litigância.

Além disso, procedimentalização é multifacetada: racionaliza o mecanismo da separação de poderes, delinea a reserva do possível dando-lhe objetividade e, não menos, faz uma escolha política. Esse processo de controle nas despesas de saúde pode ser interpretado sob duas perspectivas: a administração gerencial e o neoliberalismo.

No enfoque gerencial, a procedimentalização busca aprimorar a eficiência do sistema público, promovendo transparência, racionalidade e fundamentação técnica nas decisões, com o objetivo de otimizar o uso dos recursos e garantir a sustentabilidade das políticas de saúde. Esse modelo valoriza a gestão profissionalizada, baseada em evidências e procedimentos claros, evitando desperdícios e assegurando a equidade no acesso aos serviços.

Por outro lado, pode-se entender, ao impor limites e condicionar prestações à análise técnica e administrativa, que tal reflete uma lógica neoliberal, na medida em que prioriza o equilíbrio fiscal e a contenção dos gastos, podendo restringir o alcance dos direitos sociais em nome da responsabilidade financeira.

A fronteira entre administração gerencial e neoliberalismo é tênue: ambos os modelos resultam em um controle mais rigoroso sobre as despesas públicas, mas se diferenciam quanto à finalidade e ao impacto na efetivação dos direitos. Enquanto a administração gerencial pretende racionalizar e qualificar a prestação de serviços, o neoliberalismo pode ser criticado por reduzir custos de forma excessiva, subordinando o direito à saúde às limitações orçamentárias.

Assim, a procedimentalização, dependendo de sua implementação e do contexto político, pode tanto fortalecer o sistema público quanto se converter em barreira ao acesso, devendo ser constantemente reavaliada para preservar o núcleo essencial do direito à saúde.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Luisa Ferreira Lima. **O julgamento do Tema 1234 pelo STF e a evolução do tratamento judicial conferido ao tema da judicialização da saúde no Brasil:**

Análise Crítica Acerca Dos Novos Limites Da Cognição Judicial E Suas Potenciais Repercussões À Luz Da Efetividade Dos Direitos Sociais. Revista DCS, [S. l.], v. 22, n. 79, p. e138, 2025. DOI: 10.54899/dcs.v22i79.138. Disponível em: <https://ojs.revistadcs.com/index.php/revista/article/view/138>. Acesso em: 19 abr. 2026.

BITENCOURT, Caroline Müller. **A reserva do possível no contexto da realidade constitucional brasileira e sua aplicabilidade em relação às políticas públicas e aos direitos sociais**. A&C - Revista de Direito Administrativo & Constitucional, Belo Horizonte, v. 14, n. 55, p. 213–244, 2014. DOI: 10.21056/aec.v14i55.110. Disponível em: <https://revistaaec.com/index.php/revistaaec/article/view/110>. Acesso em: 19 abr. 2026.

BOCCUZZI, Lucas Lopes; BOCCUZZI NETO, Vito Antonio. **O Tema 6 do STF: o Direito À Saúde e o Direito Fundamental À Prova**. Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação, [S. l.], v. 11, n. 10, p. 4683–4697, 2025. DOI: 10.51891/rease.v11i10.21731. Disponível em: <https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/21731>. Acesso em: 22 abr. 2026.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 22 fev. 2026.

BRASIL. **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. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm. Acesso em: 22 fev. 2026.

BRASIL. **Supremo Tribunal Federal. Recurso extraordinário nº 566.471/RN (Tema 6 da repercussão geral)**. Brasília, DF: STF, 2024a. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/jurisprudenciaRepercussao/verAndamentoProcesso.asp?incidente=2565078&numeroProcesso=566471&classeProcesso=RE&numeroTema=6>. Acesso em: 22 fev. 2026.

BRASIL. **Supremo Tribunal Federal. Recurso extraordinário nº 1.366.243/SC (Tema 1234 da repercussão geral)**. Brasília, DF: STF, 2024b. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/jurisprudenciaRepercussao/verAndamentoProcesso.asp?incidente=6335939&numeroProcesso=1366243&classeProcesso=RE&numeroTema=1234>. Acesso em: 22 fev. 2026.

BRASIL. **Supremo Tribunal Federal. RE 566.471 (Tema 6)**: informação à sociedade. Brasília, DF: STF, 2024c. Disponível em: https://www.stf.jus.br/arquivo/cms/noticiaNoticiaStf/anexo/RE566.471_tema6_infosociedade_LCFSP.pdf. Acesso em: 22 fev. 2026.

BRASIL. **Supremo Tribunal Federal. RE 1.366.243 (Tema 1234): informação à sociedade**. Brasília, DF: STF, 2024d. Disponível em: https://www.stf.jus.br/arquivo/cms/noticiaNoticiaStf/anexo/RE1.366.243_tema1234_infosociedade_LCFSP.pdf. Acesso em: 22 fev. 2026.

MARTINS, Flávio. **Curso de direito constitucional**. 9. ed. Rio de Janeiro: SRV, 2025. E-book. ISBN 9788553626908. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788553626908/>. Acesso em: 22 fev. 2026.

MEDEIROS NETO, Xisto Tiago de. **Os direitos sociais e a sua concepção como Cláusula Pétreia Constitucional**. MINISTÉRIO PÚBLICO DO TRABALHO, p. 79. Disponível em: <https://anpt.org.br/images/attachments/article/2721/Revista%20MPT%20-%20Edi%C3%A7%C3%A3o%2027.pdf#page=78>. Acesso em: 19 abr. 2026.

MENDES, Gilmar Ferreira; BRANCO, Paulo Gustavo Gonet. **Curso de direito constitucional**. 20. ed. Rio de Janeiro: SRV, 2025. E-book. ISBN 9788553627233. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788553627233/>. Acesso em: 22 fev. 2026.

SARLET, Ingo Wolfgang; FIGUEIREDO, Mariana Filchtiner. **Reserva do possível, mínimo existencial e direito à saúde**: algumas aproximações. Revista Brasileira de

Direitos Fundamentais & Justiça, v. 1, n. 1, p. 171–213, 2007. DOI: 10.30899/dfj.v1i1.590. Disponível em: <https://dfj.emnuvens.com.br/dfj/article/view/590>. Acesso em: 16 fev. 2026.

SARLET, Ingo Wolfgang; MARINONI, Luiz Guilherme; MITIDIERO, Daniel. **Curso de direito constitucional**. 14. ed. Rio de Janeiro: SRV, 2025. E-book. ISBN 9788553626885. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788553626885/>. Acesso em: 21 fev. 2026.

SCAFF, Fernando Facury. **Reserva do possível, mínimo existencial e direitos humanos**. Revista Argumentum-Argumentum Journal of Law, v. 6, p. 31-46, 2006. Disponível em: <https://ojs.unimar.br/index.php/revistaargumentum/article/view/731>. Acesso em: 19 abr. 2026.

SILVA, A. de L. E. da; MARINO, T. F.; RISSATO, V. S. **A sistemática da aplicabilidade do Tema 1234 do Supremo Tribunal Federal à luz do princípio da razoável duração do processo**. Cuadernos de Educación y Desarrollo , [S. l.], v. 17, n. 9, p. e9399, 2025. DOI: 10.55905/cuadv17n9-064. Disponível em: <https://ojs.cuadernoseducacion.com/ojs/index.php/ced/article/view/9399>. Acesso em: 21 abr. 2026.

VILLAS-BÔAS, Maria Elisa; CUNHA JÚNIOR, Dirley da. **Modificações trazidas pelo Tema 1234 à judicialização em saúde e atuação das Defensorias Públicas**. Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário, v. 13, n. 4, p. 57-76, 2024. Disponível em: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/1295/1574>. Acesso em: 19 abr. 2026.

ZAWADA, Adriana Melo; COSTA, Arlei da. **A condição de “Cláusulas Pétreas” dos Direitos Sociais na Constituição Federal do Brasil**. Revista Direitos Humanos Fundamentais, [S. l.], v. 10, n. 2, 2010. DOI: 10.36751/rdh.v10i2.456. Disponível em: <https://revistas.unifio.br/rmd/article/view/456>. Acesso em: 21 abr. 2026.