



CENTRO UNIVERSITÁRIO ALVES FARIA - UNIALFA
MESTRADO ACADÊMICO EM DIREITO CONSTITUCIONAL ECONÔMICO

HUGO SÉRGIO URZEDA DA SILVEIRA

**REGULAÇÃO ECONÔMICA DA SAÚDE NO MUNICÍPIO DE GOIÂNIA E O TEMA
1.234 DO STF: IMPACTOS JURÍDICOS, ADMINISTRATIVOS E
ORÇAMENTÁRIOS SOB A PERSPECTIVA DO DIREITO CONSTITUCIONAL
ECONÔMICO**

GOIÂNIA
2025

HUGO SÉRGIO URZEDA DA SILVEIRA

**REGULAÇÃO ECONÔMICA DA SAÚDE NO MUNICÍPIO DE GOIÂNIA E O TEMA
1.234 DO STF: IMPACTOS JURÍDICOS, ADMINISTRATIVOS E
ORÇAMENTÁRIOS SOB A PERSPECTIVA DO DIREITO CONSTITUCIONAL
ECONÔMICO**

Dissertação elaborada no curso de Mestrado e apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Direito Constitucional Econômico do Centro Universitário Alves Faria, apresentado como requisito para a obtenção do título de Mestre em Direito Constitucional Econômico.

Linha de pesquisa: Regulação Econômica, Direito Concorrencial e Políticas de fomento empresarial.

Orientação: Prof. Dr. Ricardo Luiz Nicoli

GOIÂNIA
2025

Catálogo na fonte: Biblioteca UNIALFA

S587r

Silveira, Hugo Sérgio Urzeda da.

Regulação econômica da saúde no município de Goiânia e o tema 1.234 do STF : impactos jurídicos, administrativos e orçamentários sob a perspectiva do direito constitucional econômico. / Hugo Sérgio Urzeda da Silveira. – 2025.

114 f.: il. 30cm.

Orientador: Prof. Dr. Ricardo Luiz Nicoli.

Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Direito Constitucional Econômico, Centro Universitário Alves Faria (UNIALFA) – Goiânia, 2025.

1. Gestão municipal. 2. Tema 1.234. 3. Direito a saúde. 4. Supremo Tribunal Federal (STF). I. Nicoli, Ricardo Luiz. II. UNIALFA. III. Título.

CDU: 34+614.2(817.3)

HUGO SÉRGIO URZEDA DA SILVEIRA

**REGULAÇÃO ECONÔMICA DA SAÚDE NO MUNICÍPIO DE GOIÂNIA E O TEMA
1.234 DO STF: IMPACTOS JURÍDICOS, ADMINISTRATIVOS E
ORÇAMENTÁRIOS SOB A PERSPECTIVA DO DIREITO CONSTITUCIONAL
ECONÔMICO**

Dissertação elaborada no curso de Mestrado e apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Direito Constitucional Econômico do Centro Universitário Alves Faria, apresentado como requisito para a obtenção do título de Mestre em Direito Constitucional Econômico.

Linha de pesquisa: Regulação Econômica, Direito Concorrencial e Políticas de fomento empresarial.

Orientador: Prof. Dr. Ricardo Luiz Nicoli

Goiânia, ____ de dezembro de 2025.

Banca Examinadora

Prof. Dr. Ricardo Luiz Nicoli
(Orientador)

Prof. Dr. Paulo Junior Trindade dos Santos
(Avaliador)

Profa. Dra. Alessandra Vanessa Teixeira
(Avaliadora)

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus pelo dom da vida, pelo respirar a cada manhã, na renovação da esperança e busca constante pela Vossa graça;

Agradeço a minha família: minha esposa, Viviane, pelo amor e apoio incondicional, e pela dedicação em cuidar de nossos filhos, nos momentos em que eu não pude ajudar. Aos nossos milagres, Maria Vitória, Rafaela e Antônio, peço desculpas por tantos “não” e “agorinha”.

Meu querido pai, Sebastião. Minha maravilhosa mãe, Vera Lúcia. Minha irmã, Thatiane, e meu afilhado, jogador caro, Henrique. Minha sogra, Dona Maria, e sogro, Joel. Minhas cunhadas, Joelma, Luciana, e sobrinhas, Maria Eduarda, e Jordana.

Agradeço a todos os discentes que fizeram parte desta caminhada.

Agradeço ao juiz de Direito Dr. William Fabian, nosso magistrado coordenador, pelo incentivo, e a sua equipe de gabinete, representada pela Ana Paula Braga.

Aos colegas da UPJ das Varas de Fazenda Pública Municipal, que chamo de amigos, em particular ao nosso gestor máster, Rogério Sousa Sena Rodrigues, pela compreensão e apoio.

Obrigado ao Professor Dr. Ricardo Luiz Nicoli, meu orientador, pela paciência, correções e disponibilidade.

“Normalmente, considera-se que a ponderação em matéria de saúde é entre o direito à vida e à saúde de quem esteja postulando, e do outro lado os limites orçamentários”.

(Ministro Luís Roberto Barroso, 2025)

SILVEIRA, Hugo Sérgio Urzeda da. **Regulação Econômica da Saúde no Município de Goiânia e o Tema 1.234 do STF**: impactos jurídicos, administrativos e orçamentários sob a perspectiva do Direito Constitucional Econômico Goiânia: 2025. 113f.

RESUMO

A judicialização da saúde tornou-se um dos maiores desafios para o Estado brasileiro, especialmente quanto à repartição de competências e aos impactos orçamentários para os municípios, conforme se verifica no contexto de Goiânia. A pesquisa, sob a ótica do Direito Constitucional Econômico, visa responder ao seguinte problema: De que modo a fixação da competência judicial, firmada pelo Supremo Tribunal Federal no Tema 1.234, tem contribuído para uma gestão municipal da saúde mais equilibrada e eficiente, e quais os impactos jurídicos, administrativos e orçamentários decorrentes nas políticas públicas de saúde? O objetivo desta dissertação é analisar os reflexos jurídicos, administrativos e orçamentários da fixação da competência judicial das demandas da saúde, firmada pelo Supremo Tribunal Federal no Tema 1.234, avaliando sua contribuição para uma gestão municipal da saúde mais equilibrada e eficiente e verificando a efetividade dos mecanismos implementados na gestão municipal de saúde, tendo como referência o município de Goiânia. Adotou-se abordagem qualitativa, com método dedutivo, fundamentada em pesquisa bibliográfica e documental (doutrinas, legislações e precedentes judiciais) complementada por estudo de caso do município de Goiânia, com análise de dado sobre ações judiciais e impactos orçamentários. Os resultados mostram que a decisão referente ao Tema 1.234 do STF marca um ponto significativo ao estabelecer critérios objetivos de competência e responsabilidade federativa na busca por uma regulação econômica mais efetiva e legalmente segura no setor de saúde. No entanto, essa conquista ainda não é suficiente para resolver os descompassos financeiros e administrativos que marcam o sistema federativo do Brasil. A análise revela que encontrar um equilíbrio entre o direito à saúde e a responsabilidade fiscal exige não apenas decisões judiciais justas, mas, igualmente, políticas públicas bem estruturadas, planejamento que envolva diferentes níveis de governo e o reforço das capacidades locais. Dessa forma, ao definir a jurisdição judicial sobre as demandas de saúde, o Supremo Tribunal Federal, no julgamento do Tema 1.234, reafirma a função do Poder Judiciário na proteção dos direitos fundamentais, mas também institui mecanismos concretos destinados a promover maior racionalidade e segurança jurídica na tramitação dessas ações. Examina-se a efetividade dos mecanismos previstos pelo STF — como critérios objetivos de competência baseados no custo anual do tratamento e na situação regulatória do medicamento perante a Anvisa — e o incentivo à cooperação técnica entre os entes federativos e o próprio Judiciário. A dissertação analisa em que medida esses instrumentos vêm sendo efetivamente implementados na prática administrativa e orçamentária municipal, especialmente no caso de Goiânia, evidenciando que a eficácia da regulação econômica no direito à saúde depende não apenas da decisão judicial, mas da adoção coordenada desses mecanismos, do fortalecimento da governança pública local, da solidariedade federativa e da responsabilidade compartilhada entre todos os níveis da Federação.

Palavras-chave: Judicialização da saúde. Regulação econômica. Competência Judicial. Políticas públicas. Direito Constitucional Econômico.

SILVEIRA, Hugo Sérgio Urzeda da. **Economic regulation of health in the municipality of Goiânia and Topic 1.234 of the STF**: legal, administrative and budgetary impacts from the perspective of Economic Constitutional Law. Goiânia: 2025. 113p.

ABSTRACT

The judicialization of health has become one of the greatest challenges for the Brazilian State, especially regarding the distribution of competences and budgetary impacts to municipalities, as seen in the context of Goiânia. The research, from the perspective of Economic Constitutional Law, aims to answer the following problem: How the establishment of judicial competence, signed by the Supreme Court in Theme 1.234, has contributed to a more balanced and efficient municipal health management, and what are the legal, administrative and budgetary impacts on public health policies? The objective of this dissertation is to analyze the legal, administrative and budgetary reflexes of the establishment of the judicial competence of health demands, signed by the Supreme Court in Theme 1.234, assessing its contribution to a more balanced and efficient municipal health management and verifying the effectiveness of the mechanisms implemented in municipal health management, having as reference the city of Goiânia. We adopted a qualitative approach, with deductive method, based on bibliographical and documentary research (doctrines, legislation, and judicial precedents) complemented by case study of the city of Goiânia, with data analysis on legal actions and budgetary impacts. The results show that the decision regarding Theme 1.234 of the STF marks a significant point by establishing objective criteria of competence and federal responsibility in the search for more effective and legally safe economic regulation in the health sector. However, this achievement is still not enough to solve the financial and administrative imbalances that mark the federal system of Brazil. The analysis reveals that finding a balance between the right to health and fiscal responsibility requires not only fair judicial decisions, but also well-structured public policies, planning involving diverse levels of government and local capacity building. Thus, by defining the judicial jurisdiction over health claims, the Supreme Court, in the judgment of Topic 1.234, reaffirms the role of the Judiciary in the protection of fundamental rights, but also establishes concrete mechanisms aimed at promoting greater rationality and legal certainty in the processing of these actions. It examines the effectiveness of the mechanisms provided by the STF - as objective criteria of competence based on the annual cost of treatment and the regulatory situation of the drug before Anvisa - and the incentive to technical cooperation between federal entities and the judiciary itself. The dissertation analyzes to what extent these instruments have been effectively implemented in municipal administrative and budgetary practice, especially in the case of Goiânia, showing that the effectiveness of economic regulation in the right to health depends not only on the judicial decision, the coordinated adoption of these mechanisms, the strengthening of local public governance, federal solidarity and shared responsibility among all levels of the Federation.

Keywords: Judicialization of healthcare. Municipal economic regulation. Supreme Federal Court. Judicial jurisdiction. Public policies.

LISTA DE FIGURAS E QUADROS

Figura 1 - Aviso afixado na porta de entrada da unidade de saúde	10
Figura 2 - Percentuais de reembolso estabelecidos no Tema 1.234 (STF).....	88
Figura 3 - Distribuição da população por faixa etária e sexo (2024).....	91
Figura 4 - Evolução de nascidos vivos (2018-2024).....	91
Figura 5 - Evolução dos tipos de parto (2018-2024).....	92
QUADRO 1 - REORGANIZAÇÃO DA JUDICIALIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS NO BRASIL	87

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Anvisa	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CASSI	Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil
CNS	Conferências Nacionais de Saúde
CAIS	Centro de Atenção Integrada à Saúde
CF/1988	Constituição Federal de 1988
CMED	Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos
CONITEC	Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde
CNJ	Conselho Nacional de Justiça
CNS	Conferências Nacionais de Saúde
DSS	Determinantes Sociais de Saúde
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONGs	Organizações Não Governamentais
NATJUS	Núcleo de Apoio Técnico do Poder Judiciário
PMVG	Preço Máximo de Venda ao Governo
Prorural	Programa de Assistência ao Trabalhador Rural
SBDC	Sistema Brasileiro de Defesa da Concorrência
STA	Suspensão de Tutela Antecipada
STF	Supremo Tribunal Federal
STJ	Superior Tribunal de Justiça
SUS	Sistema Único de Saúde
UTI	Unidades de Tratamento Intensivo
TRF	Tribunal Regional Federal
TJGO	Tribunal de Justiça do Estado de Goiás

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
CAPÍTULO 1 - O DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE NO ORDENAMENTO CONSTITUCIONAL BRASILEIRO	17
1.1 Notas introdutórias e históricas	17
1.2 Saúde segundo a Constituição Federal de 1988	18
1.3 A gestão da saúde pelo Sistema Único de Saúde (SUS)	25
1.3.1 O papel dos municípios no SUS.....	27
1.4 Estado regulador: o papel da Agência Nacional de Saúde (ANS) na assistência Suplementar	28
1.4.1 Regulação econômica no contexto da judicialização da saúde.....	40
CAPÍTULO 2 - JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE E SEUS DESDOBRAMENTOS NO ESTADO BRASILEIRO	44
2.1 A evolução da judicialização da saúde no Brasil	44
2.1.1 Ações envolvendo medicamentos de alto custo.....	50
2.1.2 Demandas sobre medicamentos em pesquisa e tratamentos experimentais...	52
2.1.3 A aplicação da cláusula da “reserva do possível”	56
2.2 A atuação normativa e técnica do Conselho Nacional de Justiça (CNJ)	59
2.2.1 O NATJUS e os Núcleos de Apoio Técnico ao Judiciário	61
2.2.2 Recomendações, resoluções e instrumentos de uniformização.....	63
2.3 O Protagonismo do Judiciário	65
2.3.1 O uso de tutelas de urgência.....	69
2.3.2 Os precedentes judiciais no sistema processual brasileiro	70
CAPÍTULO 3 - A COMPETÊNCIA NAS DEMANDAS JUDICIAIS DE SAÚDE À LUZ DO TEMA 1.234 DO STF.....	73
3.1 A repercussão geral no RE n.º 1.366.243/SC e a tese do tema 1.234.....	73
3.2 Critérios de competência.....	78
3.3 Comentários aos fundamentos e votos proferidos no julgamento	81
3.4 Impactos jurídicos, administrativos e orçamentários: dados de Goiânia....	85
CONCLUSÃO	100
REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA.....	105

INTRODUÇÃO

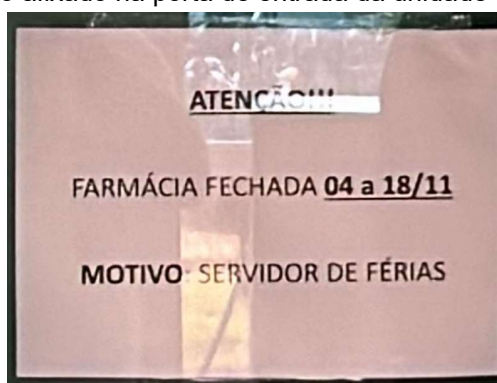
A judicialização da saúde consolidou-se como um dos fenômenos mais relevantes da atualidade ao transferir para o Poder Judiciário a solução de conflitos que decorrem da inatividade ou ineficiência administrativa e do subfinanciamento do Sistema Único de Saúde.

A decisão do Supremo Tribunal Federal no Tema 1.234, ao fixar critérios objetivos de competência para o julgamento dessas demandas, representa um marco jurídico de racionalização e segurança federativa, pois busca equilibrar o direito fundamental à saúde com a responsabilidade fiscal e administrativa dos entes públicos.

Sob a perspectiva do Direito Constitucional Econômico, esse tema revela a tensão entre a efetividade dos direitos sociais e os limites materiais do Estado, exigindo uma leitura que una jurisdição, economia e governança pública. A análise crítica do Tema 1.234 permite compreender como as decisões judiciais influenciam a alocação de recursos, a repartição de competências e a autonomia municipal, apontando para a necessidade de políticas públicas estruturadas e sustentáveis que concretizem o direito à saúde sem comprometer o equilíbrio orçamentário e a solidariedade federativa.

Em consulta médica no Centro de Atenção Integrada à Saúde (CAIS) do setor Cidade Jardim, localizado na cidade de Goiânia/GO, um usuário do Sistema Único de Saúde (SUS) deparou-se com a ausência de um profissional que interrompeu, por duas semanas, o fornecimento de medicamentos essenciais à população local, conforme a Figura 1.

Figura 1 - Aviso afixado na porta de entrada da unidade de saúde



Fonte: Fotografia tirada pelo autor (2025)

Por outro lado, o veículo jornalístico G1¹ veiculou a manchete: “União é condenada a custear medicamento para criança no valor de 15 milhões”, referindo-se a uma decisão que impôs à Administração Pública Federal o dever de fornecer um fármaco de altíssimo custo, não incorporado às diretrizes terapêuticas oficiais.

Esses dois episódios, revelam a coexistência de duas faces da crise na saúde pública brasileira: primeiro, a ausência de mecanismos de substituição de servidores impacta, principalmente, populações mais vulneráveis, que dependem exclusivamente do SUS; segundo, de outro, a atuação cada vez mais intensa do Poder Judiciário, como instância substitutiva das políticas públicas de saúde, reflete a tensão entre o direito individual à saúde e os limites orçamentários e técnicos do sistema público.

A efetivação do direito à saúde está profundamente condicionada pela organização federativa e pela gestão orçamentária. A análise desses casos contribui para discutir o papel do Judiciário, os limites da reserva do possível e a necessidade de políticas públicas estruturadas que evitem a dependência de decisões judiciais para garantir o acesso à saúde.

O direito à saúde é fundamental para a Dignidade da Pessoa Humana, associado ao direito à vida (art. 5º, CF/1988). Encontra-se inscrito na Constituição brasileira, no capítulo II, art. 6º, como um direito social. O art. 23, em seu inciso II, prevê que o cuidado da saúde pública é de competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, o último, especificamente sobre atendimento à saúde da população local (Brasil, 1988).

No título sobre a Ordem Social, o art. 196 da CF/1988 estabelece que deve ser garantida por meio de políticas públicas de caráter social e econômico, assim disposto:

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

¹ Decisão liminar proferida no Processo 5018662-62.2024.4.03.0000, pelo desembargador Federal Valdeci dos Santos, da 6ª turma do Tribunal Regional Federal de Mato Grosso do Sul (TRF da 3ª região), que entendeu pela imprescindibilidade do tratamento a partir de laudo médico anexo ao processo e condenou União a fornecer medicamento que custa mais de R\$ 15 milhões a criança com condição genética rara (cirurgia estereotáxica guiada por neuro navegação em ressonância nuclear magnética).

A saúde, como dever imposto ao Estado pela norma constitucional, é cumprida por meio de políticas sociais e econômicas, objetivando melhorar as condições de saúde da população na totalidade, destinando parte da receita pública para este objetivo constitucional.

O SUS foi desenvolvido a fim de garantir o direito fundamental à saúde, considerando que a esmagadora parcela da população é atendida pela rede pública de saúde. A maioria dos trabalhadores não tem condições de contratar um plano de saúde. Aqueles que têm são intermediados pelas empresas empregadoras, e, mesmo assim, são planos que não se estendem para o restante de sua família. Desta forma, tornou-se cada vez mais frequente recorrer ao Poder Judiciário para garantir o acesso à saúde.

O Ministro Luiz Roberto Barroso, Presidente do STF e do CNJ, na VII Jornada de Direito da Saúde, realizada em 24/25 de abril de 2025, destacou o crescente número de ações relacionadas ao tema saúde: “Nós temos um problema que tem sido crescente. A cada ano, aumenta o número de demandas na área da saúde. Portanto, esse é o grande ponto que precisamos equacionar: Como estancar esse crescimento? Não há Judiciário que dê conta desse volume de demandas” (Agência Nacional de Vigilância Sanitária [Anvisa], 2025, *on-line*).

As decisões relacionadas à saúde não levam em conta os aspectos de custo-efetividade dos tratamentos ou até mesmo as políticas públicas formuladas pelo Poder Executivo, colocando os administradores em dificuldades na operação do sistema de saúde pública, podendo gerar um colapso, resultando em desigualdade ao acesso a bens e a serviços de saúde de forma concreta a toda a população. Diante dessa realidade, a definição de critérios objetivos para a fixação da competência nas ações judiciais em matéria de saúde tornou-se uma questão urgente, que foi enfrentada pelo STF no julgamento do RE n.º 1.366.243/SC, que resultou na fixação da tese do Tema 1.234 da Repercussão Geral.

Nesse contexto, pretende-se responder ao seguinte problema: De que modo a fixação da competência judicial, firmada pelo Supremo Tribunal Federal no Tema 1.234, tem contribuído para uma gestão municipal da saúde mais equilibrada e eficiente, e, em que medida os mecanismos previstos vêm sendo efetivamente implementados nas políticas públicas de saúde?

A hipótese do estudo é a de que a fixação da competência judicial pelo Supremo Tribunal Federal no Tema 1.234 tem contribuído para uma gestão municipal

da saúde mais equilibrada e eficiente ao delimitar com maior clareza as responsabilidades entre os entes federativos, promovendo segurança jurídica e racionalização do uso de recursos públicos. Contudo, a efetividade desses mecanismos ainda depende da capacidade administrativa e financeira dos municípios, bem como da articulação intergovernamental e da implementação concreta das políticas públicas de saúde nos níveis local e regional.

Para tal, assumiu-se como objetivo geral analisar os reflexos jurídicos, administrativos e orçamentários da fixação da competência judicial, firmada pelo Supremo Tribunal Federal no Tema 1.234, avaliando sua contribuição para uma gestão municipal da saúde mais equilibrada e eficiente e verificando a efetividade dos mecanismos implementados nas políticas públicas de saúde, tendo como referência o município de Goiânia.

E, como objetivos específicos: contextualizar o direito fundamental à saúde na CF/1988 e no SUS; examinar a judicialização da saúde e a atuação do judiciário (CNJ, Natjus, STF e STJ); analisar a decisão do STF no RE 1.366.243/SC de repercussão geral - Tema 1.234; avaliar os impactos para os municípios, em especial Goiânia.

A pesquisa adota uma abordagem qualitativa, voltada à compreensão dos significados e implicações jurídicas, administrativas e econômicas da judicialização da saúde no contexto federativo brasileiro. Utiliza-se o método dedutivo, partindo dos fundamentos teóricos do Direito Constitucional Econômico e das normas constitucionais sobre o direito à saúde para analisar seus reflexos práticos na gestão pública municipal. A investigação baseia-se em pesquisa bibliográfica e documental, abrangendo doutrinas especializadas, legislações pertinentes, decisões do Supremo Tribunal Federal e do Superior Tribunal de Justiça, além de relatórios e dados oficiais do Conselho Nacional de Justiça (CNJ) e do Ministério da Saúde.

Complementarmente, desenvolve-se um estudo de caso sobre o município de Goiânia, com análise de informações empíricas referentes às ações judiciais em saúde e aos impactos orçamentários decorrentes, permitindo observar de forma concreta os efeitos da fixação da competência judicial definida pelo Tema 1.234 do STF.

A escolha do tema desta dissertação se justifica pela crescente judicialização da saúde no Brasil, fenômeno que vem desafiando a estrutura do Estado, em especial os municípios, responsáveis diretos pela prestação dos serviços básicos à população. Segundo o banco de dados do CNJ, em 2024, a judicialização da saúde registrou mais

de 660 mil casos novos. Até 31 de setembro de 2025, o Judiciário recebeu quase 218 mil novos processos em saúde.

No estado de Goiás², foram ajuizadas 4.712 ações judiciais relacionadas à saúde. Destas, 2.271 somente em Goiânia, revelando a intensidade do problema e seu impacto direto sobre a gestão municipal (CNJ, 2025). Esse contexto evidencia uma realidade de sobrecarga financeira e administrativa, em que decisões judiciais, muitas vezes baseadas em demandas individuais, comprometem a execução de políticas públicas universais e a previsibilidade orçamentária necessária para o funcionamento do SUS.

A presente pesquisa justifica-se por sua relevância social, acadêmica e prática, ao abordar de forma integrada os impactos jurídicos, administrativos e econômicos decorrentes das decisões judiciais em matéria de saúde, especialmente após o julgamento do Tema 1.234 do STF.

No plano social, o estudo contribui para o debate sobre a efetividade do direito à saúde e o equilíbrio federativo na prestação dos serviços públicos essenciais. No âmbito acadêmico, preenche uma lacuna existente na literatura jurídica ao articular o Direito Constitucional Econômico com a análise das consequências orçamentárias e gerenciais da judicialização, superando abordagens meramente dogmáticas. Já sob a perspectiva prática, oferece subsídios concretos para a formulação de políticas públicas mais equitativas, sustentáveis e juridicamente seguras, capazes de harmonizar a proteção dos direitos fundamentais com a responsabilidade fiscal e a boa governança pública.

Dessa forma, a pesquisa contribui simultaneamente para o avanço do conhecimento científico e para a qualificação das práticas administrativas, reforçando a importância do diálogo entre direito, economia e políticas públicas na consolidação do Estado Democrático de Direito.

Adota abordagem qualitativa e método dedutivo, fundamentada em levantamento bibliográfico e documental. Foram consultadas: (i) literatura acadêmica especializada; (ii) artigos científicos; (iii) legislações pertinentes (CF/1988, Lei 8.080/1990, Lei nº 9.961/2000); (iv) decisões do STF e STJ; e (v) relatórios jornalísticos selecionados. O estudo de caso focado no município de Goiânia, com análise de dados sobre ações judiciais de saúde e impactos orçamentários. A

² Disponível em: <https://justica-em-numeros.cnj.jus.br/painel-saude/>. Acesso em: 31 set. 2025.

interpretação dos dados coletados foi realizada à luz dos princípios constitucionais da dignidade da pessoa, eficiência administrativa, solidariedade federativa e reserva do possível.

A pesquisa busca evidenciar: (i) a insuficiência estrutural e de planejamento municipal; (ii) o papel do Judiciário como garantidor do direito à saúde; (iii) os desafios para compatibilizar financiamento público e mínimo existencial; e (iv) a tensão entre universalidade do SUS e limites orçamentários, relacionando-os à decisão do Tema 1.234 do STF.

A dissertação encontra-se assim dividida:

O Capítulo 1 trata do direito fundamental à saúde no ordenamento constitucional brasileiro. Faz um resgate histórico da trajetória do direito à saúde no Brasil, destacando a evolução desde o século XIX até a sua consagração como direito social pela Constituição de 1988. Discute-se as responsabilidades compartilhadas entre União, Estados, Distrito Federal e Municípios na gestão do SUS, além da importância da descentralização administrativa e do papel da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) na regulação do setor privado. O capítulo destaca as desigualdades regionais, os desafios de financiamento e a relevância da participação social por meio de conferências e conselhos de saúde.

O Capítulo 2 mostra a judicialização da saúde e seus desdobramentos no Estado brasileiro. Aborda o fenômeno da judicialização como consequência da busca crescente dos cidadãos pelo Judiciário para garantir o acesso a tratamentos e medicamentos. Analisam-se as ações envolvendo medicamentos de alto custo, tratamentos experimentais e a aplicação da cláusula da reserva do possível. Além disso, o capítulo examina a atuação do CNJ na formulação de políticas judiciárias para a saúde, a criação do NATJUS e a utilização de notas técnicas como subsídio às decisões judiciais. Também se destaca o papel do STF e do STJ no estabelecimento de precedentes que influenciam a definição de responsabilidades entre os entes federativos.

No Capítulo 3, revela-se a competência nas demandas judiciais de saúde à luz do Tema 1.234 do STF. Concentra-se na análise do RE n.º 1.366.243/SC, que originou o Tema 1.234 de Repercussão Geral. O capítulo detalha a fixação de critérios objetivos para determinar a competência judicial em demandas de fornecimento de medicamentos, como o custo anual do tratamento e a situação regulatória perante a Anvisa. Além da análise dos votos dos ministros e fundamentos do julgamento, o

capítulo discute de forma aprofundada os reflexos jurídicos, administrativos e orçamentários para os municípios, com especial atenção ao caso de Goiânia, evidenciando os desafios na alocação de recursos, na governança federativa e na efetividade do direito à saúde.

CAPÍTULO 1 - O DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE NO ORDENAMENTO CONSTITUCIONAL BRASILEIRO

A saúde, enquanto direito fundamental de natureza social, ocupa posição central no ordenamento constitucional brasileiro. Mais do que um benefício assegurado pelo Estado, trata-se de uma garantia indissociável da dignidade humana, vinculada ao ideal de justiça social e ao princípio da universalidade do acesso.

A análise de sua evolução histórica permite compreender os desafios que marcaram a trajetória da saúde no Brasil, bem como os avanços consagrados pela Constituição Federal de 1988, especialmente no que tange à consolidação do SUS. Este capítulo busca resgatar esse percurso histórico e normativo, destacando o processo de afirmação da saúde como direito fundamental no Brasil contemporâneo.

1.1 Notas introdutórias e históricas

O reconhecimento da saúde como direito fundamental social no Brasil é resultado de um longo processo histórico e político. Durante o século XIX, o acesso a cuidados médicos era limitado, marcado pela exclusão da população pobre, dos trabalhadores rurais e dos escravizados, visto que os serviços de saúde estavam restritos a quem contribuía com a Previdência Social. Esse cenário refletia um modelo de assistência fragmentado e excludente, que não contemplava políticas públicas universais.

A partir da década de 1960, surgiram medidas pontuais de ampliação do acesso, como a assistência médica previdenciária de 1967, voltada a trabalhadores formais. Nos anos 1970, a saúde passou a ser um espaço de mobilização social, com o movimento da reforma sanitária e a articulação entre saúde e democracia, em oposição ao regime ditatorial. Nessa época, importantes marcos foram instituídos: em 1971, o Programa de Assistência ao Trabalhador Rural (Prorural); em 1972, a inclusão das empregadas domésticas; e, em 1973, a extensão aos trabalhadores autônomos.

Nos anos 1980, a discussão sobre saúde pública ganhou força por meio das Conferências Nacionais de Saúde (CNS), que consolidaram a ideia de universalização do atendimento. A 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, foi decisiva ao propor um sistema público universal, gratuito e de acesso igualitário, influenciando

diretamente o texto constitucional de 1988. Paralelamente, no cenário internacional, a Carta de Ottawa (1986) apontava para a necessidade de promoção da saúde em um contexto marcado pela industrialização e pelo aumento das doenças crônicas.

A Constituição Federal de 1988 representou uma ruptura em relação às cartas anteriores (1824, 1891, 1934, 1937, 1946 e 1967), que apenas tratavam da repartição de competências legislativas em matéria de saúde. Pela primeira vez, a saúde foi consagrada como direito social no artigo 6º, ao lado da educação, do trabalho, da moradia, do lazer, da segurança e da previdência social, entre outros (Brasil, 1988). Assim, o direito à saúde passou a integrar a ordem social, cujo objetivo constitucional é assegurar o bem-estar e a justiça social a todos os cidadãos.

Observa-se que a trajetória histórica do direito à saúde no Brasil revela um percurso de lutas sociais e transformações institucionais que culminaram na Constituição Federal de 1988. De um modelo excludente e restrito a determinadas categorias, chegou-se à consagração de um direito universal, gratuito e de responsabilidade do Estado, em conformidade com os princípios de cidadania e dignidade da pessoa humana. Esse marco jurídico-político consolidou a saúde como um dos pilares do Estado Social brasileiro, sendo indispensável para a efetivação de outros direitos fundamentais e para a construção de uma sociedade mais justa e igualitária.

No tópico seguinte, tratar-se-á do direito fundamental à saúde segundo a CF/1988.

1.2 Saúde segundo a Constituição Federal de 1988

O advento da CF/1988 representou uma verdadeira ruptura paradigmática em relação às constituições anteriores, ao consagrar a saúde como um direito social fundamental e um dever do Estado. Ao situá-la no rol dos direitos sociais (art. 6º) e regulamentá-la nos artigos 196 a 200, a Carta Magna incorporou os ideais da reforma sanitária e das lutas democráticas dos anos 1980, estabelecendo a universalidade e a integralidade como princípios estruturantes do SUS. Nesse contexto, a saúde passou a ser compreendida não apenas como ausência de doença, mas como condição indispensável à efetivação da dignidade da pessoa humana e à promoção da justiça social.

O direito à saúde está relacionado aos princípios da dignidade da pessoa humana e da sobrevivência digna, associado ao direito à vida (art. 5º, CF/1988). Inscrito no capítulo II da CF/1988, em seu art. 6º como um direito social, ao lado da educação, do trabalho, da moradia, entre outros. Esse reconhecimento engloba aspectos sociais e econômicos (Brasil, 1988).

A concepção de direitos sociais apresentada em Paulo Lobo Saraiva (1983, p. 23) revela a dimensão coletiva e transformadora desse ramo do direito. Ao defini-los como o “[...] conjunto de princípios e normas imperativas que tem por sujeito os grupos e os membros dos grupos, tem por objetivo (fim) a adaptação da forma jurídica (Leis, Códigos) à realidade social e visa (atuação), nesta adaptação, à colaboração de todos ao bem comum”, o autor enfatiza três elementos centrais: o sujeito, o objetivo e a finalidade.

Primeiramente, os sujeitos dos direitos sociais não são apenas os indivíduos isolados, mas também os grupos sociais, especialmente aqueles mais vulneráveis. Essa perspectiva é fundamental para compreender que os direitos sociais buscam corrigir desigualdades estruturais, assegurando proteção e garantias que não poderiam ser obtidas apenas pela lógica individualista dos direitos civis e políticos.

Em segundo lugar, o objetivo desses direitos é adequar as normas jurídicas à realidade social. Isso significa que as leis, códigos e instituições não podem permanecer abstratos ou distanciados da vida concreta da população. Ao contrário, devem ser moldados para responder às necessidades históricas e sociais, permitindo que a justiça seja efetivamente aplicada ao cotidiano. No caso do Brasil, a Constituição Federal de 1988 representou exatamente esse esforço de adaptação, ao elevar a saúde, a educação, a previdência e outros direitos ao status de fundamentais, reconhecendo-os como imprescindíveis para a efetivação da cidadania.

Por fim, a finalidade desses direitos, segundo Saraiva (1983), é a promoção do bem comum, a partir da colaboração de toda a sociedade. Isso implica reconhecer que o Estado tem a função primordial de garantir a implementação de políticas públicas, mas que a efetivação dos direitos sociais demanda também o engajamento social, seja por meio da participação popular, do controle social das políticas públicas ou do fortalecimento de instituições democráticas.

Dentro desse contexto, o direito à saúde é um exemplo paradigmático da concepção de Saraiva (1983). Até a década de 1980, o acesso à saúde no Brasil era restrito a contribuintes da Previdência Social, excluindo grande parcela da população.

A mobilização da reforma sanitária e a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986) demonstraram a necessidade de adaptar o sistema jurídico às demandas sociais emergentes, culminando no reconhecimento da saúde como direito de todos e dever do Estado na Constituição de 1988 (art. 196). Assim, a saúde passou a ser não apenas um benefício previdenciário, mas um direito fundamental universal, sustentado pela solidariedade social e pela obrigação estatal de garantir condições dignas de vida.

Dessa forma, a teoria de Saraiva (1983) encontra plena concretude no direito à saúde: ele é coletivo em seu alcance (voltado a todos os cidadãos), exige a adaptação da norma jurídica à realidade social (universalização e gratuidade pelo SUS) e visa ao bem comum (promoção de equidade, justiça social e dignidade humana).

A CF/1988 instituiu a saúde como um direito de todos e dever do Estado, entendido como União, Estados, Distrito Federal e Municípios, efetivado por meio de políticas públicas de caráter social e econômico, que permitem a igualdade de seus serviços, sendo regulamentada pelos artigos 196 a 200. Neste sentido, o direito à saúde não se restringe apenas ao atendimento em hospitais ou unidades básicas, objetiva a minimização do risco de doença e outros agravos, bem como o acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação, isto é, a garantia ampla de qualidade de vida (Brasil, 1988).

No contexto internacional, a Organização Mundial de Saúde (OMS), constituída em 1948, com representantes de 61 países, estabeleceu que a saúde se caracteriza como o completo bem-estar físico, mental e social da sociedade e não apenas como a ausência de doenças. Esta definição, ainda, é objeto de debates, uma vez que deve ser levando em consideração vários fatores como condições sociais, habitação, econômicas e ambientais que afetam a saúde das pessoas.

Valquíria Luiz dos Santos Alves (2022), em sua dissertação de mestrado, relata que a saúde das pessoas está intimamente ligada às suas condições de vida. Aspectos externos, como o ambiente em que habitam, as condições de higiene, incluindo a poluição do ar e da água, o tratamento de esgoto, o gerenciamento do lixo e a infraestrutura disponível na comunidade, são exemplos de Determinantes Sociais de Saúde (DSS). Esses fatores demonstram uma conexão significativa entre a saúde e as condições que podem favorecer o surgimento de doenças.

O direito à saúde, reconhecido como direito social fundamental, não é mera norma programática, sim, verdadeiro direito subjetivo e universal oponível, sobretudo, contra o Estado, o qual tem obrigação constitucional de fornecê-lo. A saúde é um direito indisponível de todos e dever do Estado, de aplicação imediata, como afirma Inocência Mártires Coelho, citando Sérgio Pinto Martins, em sentença proferida pelo magistrado Luciomar Fernandes da Silva (2021, *on-line*):

[...] a saúde é direito de todos e dever do Estado. [...] Configura de um direito público subjetivo, que pode ser exigido do Estado, ao qual é imposto o dever de prestá-lo, como sustenta Sérgio Pinto Martins, que, no particular, não faz referência alguma à reserva do financeiramente possível [...]. Tribunal de Justiça do Estado de Goiás Documento Assinado e Publicado Digitalmente em 01/08/2021-01:02:37. Assinado por LICIOMAR FERNANDES DA SILVA Localizar pelo código: 109387615432563873423098581³

Desta forma, constitui um direito a prestações positivas do Estado que abrange todo e qualquer tipo de auxílio relacionado à saúde humana, seja na promoção, na proteção ou na recuperação da saúde, ao menos na oferta de melhor qualidade de vida. O Estado, em seu dever de prestar estes serviços, encontra-se obrigado a disponibilizar atendimento médico-hospitalar, fornecimento de medicamento, tratamento, realização de exames, dentre outros, como será abordado na sequência.

Portanto, o reconhecimento da saúde como direito fundamental na CF/1988 consolidou a sua natureza de direito público subjetivo, dotado de aplicabilidade imediata e exigibilidade frente ao Estado. Ao afirmar que a saúde é “direito de todos e dever do Estado” (art. 196), o texto constitucional reforça a responsabilidade solidária da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na formulação e execução de políticas públicas voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde.

Mais do que garantir o acesso universal a serviços hospitalares e ambulatoriais, a Constituição estabelece uma concepção ampliada, que engloba os determinantes sociais e econômicos como fatores essenciais para a qualidade de vida. Dessa forma, a saúde deixou de ser um benefício restrito a grupos específicos para se afirmar como um direito universal, integral e indispensável à dignidade

³ Disponível em: <https://projudi.tjgo.jus.br/PendenciaPublica>. Acesso em: 05 out. 2025.

humana, o que fundamenta a análise dos mecanismos jurídicos e institucionais que asseguram sua concretização.

A CF/1988 inovou ao estabelecer a saúde como um direito fundamental social e, ao mesmo tempo, como um dever do Estado, de competência comum a todos os entes federativos (art. 23, II, CF/1988). Essa responsabilidade solidária se traduz em obrigações jurídicas e administrativas que exigem a atuação articulada da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios.

Tal desenho federativo rompeu com a lógica anterior de acesso restrito e segmentado, ampliando a saúde para um patamar de universalidade e integralidade. Nesse contexto, a saúde pública não é apenas um serviço, mas um instrumento de justiça social e de concretização da dignidade da pessoa humana.

No Brasil, o cuidado da saúde é de competência comum à União, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para atendimento à saúde da população local. Cabe a todos os entes federados, cada qual no seu âmbito administrativo, o dever de zelar pela adequada assistência à saúde a todos os cidadãos (art. 23, inciso II, CF/1988). A saúde, como dever imposto ao Estado pela norma constitucional, é cumprida por meio de políticas sociais e econômicas, objetivando melhorar as condições de saúde, porque não dizer, de vida, da população na totalidade, destinando parte da receita pública para este objetivo (Brasil, 1988).

A possibilidade da condição de vida saudável deve ser viabilizada a toda a população brasileira, mediante o fornecimento de serviços de qualidade, tratamentos, medicamentos⁴ e demais insumos que se fizerem necessários. Milhares de indivíduos podem ser acometidos pela mesma doença, todos têm direito às consultas médicas, exames, tratamento adequado e medicamentos, sem distinção, segundo suas especificidades, em observância aos princípios de universalidade e de igualdade do direito à saúde.

Contudo, segundo Flávio Galdino (2005, p. 37), os direitos, especialmente os fundamentais, têm um custo e não são gratuitos; eles precisam ser financiados

⁴ Além disso, a despesa com medicamentos representa a de maior peso no gasto total das famílias com saúde, impactando no orçamento, principalmente entre os mais pobres – o que a caracteriza como altamente regressiva. A “Pesquisa Mundial da Saúde” (PMS) no Brasil de 2003 e a “Avaliação da Assistência Farmacêutica no Brasil”, realizada em 2004, apontam para um acesso público e privado – de, respectivamente, 87,0% e 89,6% dos medicamentos prescritos na última consulta. No entanto, em ambos os estudos, a falta de recurso financeiro constou como a principal alegação entre os que não conseguiram obter seus medicamentos (55,0% e 62,8%, respectivamente), conforme (Ventura; Simas; Pepe, 2010, p. 79).

pelo Estado e por recursos públicos para serem efetivos. Isso implica que a implementação de um direito envolve despesas financeiras que devem ser consideradas na alocação de recursos, já que o dinheiro não é ilimitado e surge da necessidade de uma boa gestão orçamentária.

Deste modo, o Estado precisa ter condições econômicas para garantir a prestação dos serviços a qualquer um que necessite. Os aspectos financeiros precisam ser considerados para o uso eficiente dos recursos em todo o território nacional.

Como dito, a responsabilidade pela manutenção econômica da saúde é conjunta de todos os entes federativos, que deverão estar previstas em suas respectivas leis orçamentárias (Plano Plurianual, Lei de Diretrizes Orçamentárias e Lei Orçamentária Anual), sendo a principal fonte de custeio da saúde pública as contribuições sociais art. 198, § 1º, CF (Brasil, 1988).

A saúde, como dever do Estado, deve ser garantida por meio de políticas sociais e econômicas, conforme o art. 196 da CF/1988, voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde. Como observa José Afonso da Silva (2014, p. 824), os direitos sociais “são prestações positivas proporcionadas pelo Estado, direta ou indiretamente, enunciadas em normas constitucionais, que possibilitam melhores condições de vida aos mais fracos”. Assim, o dever estatal de garantir a saúde não se resume ao atendimento médico-hospitalar, mas envolve ações estruturantes sobre os determinantes sociais da saúde, como saneamento, habitação, alimentação e meio ambiente equilibrado.

No plano orçamentário, a saúde é financiada principalmente pelas contribuições sociais (art. 198, §1º, CF/1988) e deve constar no Plano Plurianual (PPA), na Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e na Lei Orçamentária Anual (LOA). Essa previsão assegura a vinculação mínima de recursos à área da saúde, reforçada pela Emenda Constitucional nº 29/2000 e, posteriormente, pela EC nº 86/2015, que fixaram percentuais obrigatórios de aplicação da receita corrente bruta da União, Estados e Municípios na saúde.

Apesar dessa estrutura normativa, Maria Sylvia Zanella Di Pietro (2018) adverte que a concretização do direito à saúde enfrenta entraves, sobretudo em razão das desigualdades regionais e municipais, que geram disparidades na oferta e na qualidade dos serviços. Essa desigualdade obriga a atuação coordenada do Ministério da Saúde, responsável por definir diretrizes nacionais e assegurar a descentralização

do atendimento por meio do SUS. Além disso, o dever do Estado deve ser compreendido sob a ótica do mínimo existencial.

Para Ingo Wolfgang Sarlet (2012, p. 189), o direito à saúde integra o núcleo essencial dos direitos fundamentais, sendo parte indissociável da dignidade humana. Isso significa que não se trata de uma norma meramente programática ou condicionada à “reserva do possível”, mas de uma obrigação imediata do poder público. Como lembra o autor, o “mínimo existencial” deve ser garantido independentemente de limitações orçamentárias, cabendo ao Estado comprovar, em situações excepcionais, a impossibilidade de cumprimento.

Vale ressaltar que o dever estatal em saúde não é apenas jurídico, mas também ético e político, na medida em que busca a redução das desigualdades sociais e regionais. Celso Antônio Bandeira de Mello (2015) reforça que o princípio da igualdade impõe ao Estado não apenas tratar todos da mesma forma, mas também adotar medidas diferenciadas para alcançar uma efetiva equidade. No campo da saúde, isso significa investir mais em regiões e grupos populacionais em maior situação de vulnerabilidade.

A saúde pública como dever do Estado representa a materialização de um compromisso constitucional com a dignidade humana e a justiça social. Embora o financiamento e a execução do direito à saúde estejam sujeitos a limitações materiais e às desigualdades regionais, a Constituição de 1988 impôs aos entes federativos a obrigação solidária de assegurar políticas e serviços que atendam de forma universal, igualitária e integral toda a população.

Esse dever se concretiza, na prática, pela organização do SUS, que, como será tratado no item seguinte, constitui a principal ferramenta de efetivação do direito à saúde no Brasil. Contudo, é evidente as desigualdades entre os entes federativos, visível até mesmo entre Municípios de um mesmo Estado.

Assim, para um melhor equilíbrio financeiro, as políticas públicas sanitárias são conduzidas pelo Ministério da Saúde (MS), concretizadas por meio do SUS. A CF/1988, nos artigos 198 a 200 (Brasil, 1988), atribuiu ao SUS as propriedades da organização, procedimento e execução ao direito à saúde no Brasil, o que será abordado no item a seguir.

1.3 A gestão da saúde pelo Sistema Único de Saúde (SUS)

A criação do SUS representou uma das maiores conquistas sociais advindas da CF/1988, inserida no contexto da redemocratização do país e das lutas pela universalização dos direitos sociais. Inspirado nos princípios da Reforma Sanitária, o SUS consolidou-se como modelo público e descentralizado de atenção à saúde, pautado nos fundamentos da universalidade, integralidade e equidade. Trata-se de uma inovação institucional que, ao contrário dos sistemas anteriores baseados na previdência social restrita aos trabalhadores formais, garantiu acesso irrestrito a todos os cidadãos, sem distinção de classe social, condição econômica ou vínculo laboral (Paim, 2009; Escorel *et al.*, 2006).

O acesso universal à saúde pública se concretiza por meio do SUS, regulamentado em 1990 com a promulgação das Leis nº 8.080 e nº 8.142. A primeira, conhecida como Lei Orgânica da Saúde (LOS), dispõe sobre a organização e funcionamento dos serviços de saúde, definindo atribuições, funções e princípios; a segunda assegura a participação da comunidade na formulação de políticas públicas, bem como o financiamento tripartite do sistema (Brasil, 1990).

A LOS, apesar de sua importância, enfrentou vetos presidenciais em temas cruciais, como financiamento e política de recursos humanos, revelando as tensões históricas entre a amplitude normativa e a realidade orçamentária (Kuschinir; Fausto, 2006).

A concepção do SUS está diretamente relacionada ao entendimento da saúde como direito fundamental do ser humano e dever do Estado, em consonância com o artigo 196 da CF/1988. Essa perspectiva vai ao encontro do que afirma Ordacgy (2007), citado pela magistrada Simone Monteiro, ao considerar a saúde um bem intangível, essencial à dignidade e à vida, e, portanto, merecedor de proteção estatal prioritária. Nesse sentido, o SUS não se limita a prover serviços médicos e hospitalares, mas compreende também políticas de promoção e prevenção, articulando-se com ações sociais e econômicas que visam reduzir as desigualdades em saúde.

A estrutura do SUS foi pensada de forma regionalizada e hierarquizada, respeitando a lógica da descentralização administrativa. O artigo 198 da CF/1988 estabelece como diretrizes fundamentais a descentralização com direção única em

cada esfera de governo, o atendimento integral, com ênfase na prevenção, e a participação comunitária.

Essa organização permite que União, Estados e Municípios compartilhem responsabilidades: à União, cabe a formulação de normas gerais, o repasse financeiro e a coordenação nacional; aos Estados, a coordenação regional e a normatização suplementar; e aos Municípios, a execução direta da política de saúde, por serem os entes mais próximos do cidadão (Brasil, 1988).

Segundo Paim (2009), essa descentralização trouxe avanços importantes, como a municipalização dos serviços de saúde e a maior capilaridade do SUS, mas também desafios, sobretudo no tocante ao financiamento adequado e à desigualdade na capacidade de gestão dos entes federados. Além disso, Escorel *et al.* (2006) destaca que a participação social, prevista nos conselhos e conferências de saúde, constitui elemento essencial para a democratização da gestão, ainda que enfrente limites práticos, como baixa representatividade e influência nas decisões finais.

Outro ponto crucial é o financiamento. O SUS é financiado pela União, Estados e Municípios, em regime tripartite, mas desde sua criação sofre com subfinanciamento crônico. Marques *et al.* (2016) ressaltam que, apesar de atender à maioria da população brasileira, o SUS recebe investimentos públicos menores que outros sistemas universais de países com nível de desenvolvimento semelhante, o que compromete a qualidade e a efetividade dos serviços prestados. Ainda assim, o sistema tem se mostrado essencial, sobretudo em crises sanitárias como a pandemia da Covid-19, quando revelou sua capacidade de coordenação nacional, produção científica e distribuição de vacinas em larga escala.

A gestão do SUS reflete tanto os avanços da Constituição Cidadã na efetivação do direito à saúde quanto as tensões e contradições próprias de um sistema público universal em um país marcado por desigualdades históricas. O SUS se consolidou como marco civilizatório na história brasileira, ampliando o acesso à saúde e garantindo direitos fundamentais a milhões de cidadãos. E, apesar dos entraves relacionados ao financiamento, à burocracia e à desigualdade de gestão entre entes federados, o sistema permanece como um dos pilares da proteção social no Brasil. Sua gestão, baseada na descentralização, integralidade e participação social, reafirma o compromisso estatal com a universalização do direito à saúde, sendo, portanto, instrumento indispensável de justiça social e promoção da cidadania.

1.3.1 O papel dos municípios no SUS

A CF/1988 conferiu aos municípios o papel central na execução das políticas públicas de saúde, ao reconhecê-los como entes federativos autônomos e responsáveis diretos pela prestação dos serviços básicos à população. No âmbito do SUS, os municípios tornaram-se protagonistas na formulação, implementação e avaliação de ações e serviços, pois são os entes mais próximos das necessidades concretas dos cidadãos. Essa descentralização da gestão foi concebida como estratégia para ampliar o acesso, fortalecer a participação social e garantir a efetividade das políticas públicas, ainda que, na prática, apresente inúmeros desafios decorrentes de desigualdades financeiras, estruturais e regionais (Marques *et al.*, 2016; Paim, 2009).

Existem no Brasil mais de 5.500 municípios com realidades extremamente heterogêneas em termos de recursos financeiros, humanos e de infraestrutura. Enquanto alguns não dispõem de condições mínimas para ofertar serviços básicos, outros conseguem se estruturar e tornarem-se polos de referência em saúde, absorvendo a demanda de municípios vizinhos. As características geográficas, culturais e de gestão também impactam diretamente na capacidade de atendimento, principalmente quando se trata de serviços de média e alta complexidade, frequentemente concentrados em capitais e regiões metropolitanas, exigindo que cidadãos percorram grandes distâncias em busca de tratamento (Gershman; Viana, 2011).

Nesse contexto, os municípios assumem a responsabilidade pelo planejamento, execução e avaliação das ações de saúde no âmbito de seu território, de acordo com suas capacidades e com os repasses orçamentários definidos pelo pacto federativo. Conforme Marques *et al.* (2016), cabe ao gestor municipal elaborar o Plano Municipal de Saúde, em conjunto com o Conselho Municipal de Saúde, organizar a rede de serviços, garantir a integralidade da atenção e participar do processo de regionalização do SUS. Essas funções fazem dos secretários municipais de saúde os principais atores do processo de consolidação do sistema, uma vez que são responsáveis por traduzir as diretrizes nacionais em políticas locais.

O financiamento do SUS é tripartite, envolvendo União, Estados e Municípios, conforme previsto nas Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90. A União transfere recursos do Fundo Nacional de Saúde de forma automática e regular para os Fundos Estaduais e

Municipais de Saúde, em blocos de financiamento. Esses valores devem contemplar tanto os gastos diretos (como medicamentos, insumos e manutenção de equipamentos) quanto os indiretos (salários de profissionais, contas de água, energia, entre outros). Entretanto, como assinala Falleiros (2013), os municípios enfrentam sérias dificuldades para manter a sustentabilidade de suas redes de saúde, em razão do subfinanciamento histórico do sistema e do aumento constante das demandas judiciais por medicamentos e tratamentos.

Dentre os desafios apresentados, pontua-se, entre outras, a necessidade de superar tensões entre interesses públicos e privados na saúde via regulação e acentuação do poder de compra estatal e de recompor o quadro de servidores públicos federais, avançando na centralidade do papel da saúde em uma proposta de desenvolvimento baseada no bem-estar social, por meio da configuração de estratégias e instrumentos de planejamento, regulação e financiamento de apoio à conformação de sistemas públicos regionais de saúde e o desenvolvimento de mecanismos que favoreçam a participação de ampla gama de atores, bem como formas de garantir a defesa de um projeto de saúde pública no âmbito do Legislativo e a criação de mecanismos que garantam maior transparência ao processo político, de modo a afirmar o projeto democrático para a saúde (Falleiros, 2013, p. 4).

É no município que a saúde efetivamente acontece: é onde as políticas nacionais se materializam em consultas, exames, campanhas de vacinação e atendimentos hospitalares. Por isso, os municípios acabam figurando como polo passivo de grande parte das demandas judiciais relacionadas à saúde, arcando com custos que comprometem seus orçamentos e inviabilizam o planejamento de médio e longo prazo. Essa sobrecarga é agravada pela indefinição dos limites de atuação de cada ente federado, o que gera sobreposição de responsabilidades ou omissões estatais.

Esse impasse chegou ao Supremo Tribunal Federal (STF) no julgamento do Recurso Extraordinário nº 1.366.243/SC, que fixou a tese do Tema 1.234 da Repercussão Geral, estabelecendo parâmetros para a definição da competência federativa em matéria de saúde, tema que será detalhado adiante. Tal decisão buscou reduzir os conflitos de atribuições, mas também reafirmou o caráter solidário da responsabilidade entre os entes federativos na efetivação do direito à saúde.

Os municípios, portanto, desempenham papel estratégico e insubstituível no funcionamento do SUS, sendo responsáveis pela implementação direta das políticas

de saúde junto à população. No entanto, enfrentam limitações severas decorrentes das desigualdades regionais, do subfinanciamento e da crescente judicialização da saúde. Essa realidade reforça a necessidade de fortalecer os mecanismos de cooperação interfederativa, o aprimoramento da regionalização e a busca por um modelo de financiamento mais justo e sustentável, de modo a garantir a efetividade do direito à saúde em todo o território nacional.

1.4 Estado regulador: o papel da Agência Nacional de Saúde (ANS) na assistência Suplementar

O sistema de saúde brasileiro foi concebido de forma mista, permitindo a coexistência entre o setor público, representado pelo SUS, e o setor privado, de caráter suplementar. Essa dualidade está prevista no artigo 199 da CF/1988, que admite a participação complementar da iniciativa privada, desde que respeitados os princípios e diretrizes estabelecidos pela política pública de saúde.

A abertura ao setor privado não foi apenas uma concessão liberal, mas também uma resposta pragmática às limitações orçamentárias e estruturais do Estado, ao passo que o mercado suplementar assumiu importância crescente na prestação de serviços médicos e hospitalares ao longo das últimas décadas. Nesse contexto, coube ao Estado a tarefa de atuar como regulador, fiscalizador e mediador das relações entre consumidores, empresas e o próprio SUS, função que se materializou com a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), em 2000.

A assistência suplementar, que teve início na década de 1960 com planos empresariais como benefício aos trabalhadores, expandiu-se rapidamente até a década de 1990, tornando-se parte estruturante do sistema de saúde. A Lei nº 9.656/1998 instituiu a base legal para os planos de saúde, enquanto a Lei nº 9.961/2000 criou a ANS, autarquia vinculada ao Ministério da Saúde, responsável por regular e fiscalizar o setor. A missão da agência é “promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores”. Essa regulação se tornou essencial diante das características próprias do mercado de saúde

suplementar, como a seleção adversa, a falta de transparência contratual e as frequentes práticas abusivas que lesavam os consumidores.

Atualmente, o setor suplementar atende mais de 50 milhões de beneficiários, distribuídos entre operadoras de planos de saúde, cooperativas médicas, seguradoras especializadas e administradoras de benefícios. A ANS desempenha funções estratégicas, entre elas: estabelecer parâmetros de cobertura, normatizar o ressarcimento ao SUS, definir regras sobre doenças e lesões preexistentes, autorizar reajustes e fiscalizar as atividades das operadoras. A atuação da agência é fundamental para garantir equilíbrio no mercado, preservar os direitos dos usuários e assegurar previsibilidade às empresas, evitando distorções que comprometam o sistema como um todo.

O artigo 199 da CF/1988 admite a participação complementar da iniciativa privada no sistema de saúde, mediante contratos de direito público ou convênio com o SUS, desde que respeitados os princípios e diretrizes estabelecidas pela política pública de saúde. A relevância do tema se justifica pela atuação do Estado, como agente normativo e regulador da atividade econômica no Brasil, ao qual compete fiscalizar, incentivar e indicar diretrizes para o setor privado de saúde.

A livre iniciativa permite de qualquer pessoa ou empresa exerça atividades econômicas de forma autônoma, com liberdade de escolha no ramo de atuação e na busca o lucro, respeitando os limites estabelecidos pela lei. Essa liberdade é um dos elementos centrais do sistema capitalista e está diretamente relacionada à promoção da eficiência econômica, ao incentivo à inovação e à geração de empregos. No entanto, essa liberdade econômica não é absoluta. A livre iniciativa se dá em um contexto de economia regulada, em que o Estado desempenha um papel ativo na definição de normas que regulam as atividades econômicas, buscando-se equilibrar o atendimento à população com os recursos disponíveis, a regulação e ao controle da atuação do setor privado.

O Estado regulador está previsto em vários artigos da Constituição e depende das necessidades de cada setor e das peculiaridades do mercado, visando um equilíbrio entre o livre mercado e a proteção de interesses públicos, como justiça social, sustentabilidade e segurança econômica. A regulação se materializa por meio de leis, normas e agências reguladoras que atuam, na maioria das vezes, para corrigir falhas de mercado, promover a competitividade, assegurar direitos e incentivar o desenvolvimento econômico de forma equilibrada e inclusiva.

O conjunto de leis que regula a atividade econômica define obrigações e direitos das empresas, garantindo um ambiente previsível e seguro para consumidores, trabalhadores e investidores. O equilíbrio entre liberdade de mercado e intervenção estatal é fundamental para a estabilidade econômica. É de suma importância a função do Estado na criação de um ambiente regulatório eficiente e equilibrado. No Brasil, alguns setores específicos necessitam de uma regulação técnica e especializada por agências reguladoras que monitoram o cumprimento das normas, fiscalizam práticas empresariais e, até mesmo, a mediação de conflitos entre empresas e consumidores, especialmente no que concerne a saúde temos a ANS.

A assistência privada à saúde surgiu na década de 1960, impulsionada pela necessidade de complementar o sistema público de saúde, que na época era considerado insuficiente. As empresas começaram a oferecer assistência médica aos seus funcionários como benefício, buscando aumentar a produtividade e reduzir faltas decorrentes de problemas de saúde. A exemplo, temos o Banco do Brasil, que criou uma Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil (CASSI), sendo o mais antigo plano de saúde privado no Brasil, que permanece em atendimento até hoje.

A assistência suplementar é desempenhada em diferentes modalidades, desde medicinas e odontologias de grupo, seguradoras especializadas, cooperativas e administradoras de benefício. Segundo Eurípedes Balsanufu Carvalho e Luiz Carlos de Oliveira Cecílio (2007), o crescimento do setor foi absurdo, tanto que no ano de 1996, operavam 1660 empresas, que possuíam aproximadamente 40 milhões de beneficiários, sendo que houve uma ampliação do setor, onde os seguros cresceram 63% em 1994 e 40% em 1995.

Embora instituída a partir da Lei n.º 9.656, de junho de 1998, somente, em 28 de janeiro de 2000, com a promulgação da Lei 9.961, foi criada a ANS, no Brasil, autarquia sob regime especial, vinculada ao Ministério da Saúde. Tem como missão: “Promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores, contribuindo, assim, para o desenvolvimento das ações de saúde no país”.

A regulação, na maioria das vezes, surge para corrigir falhas de mercado, promover a competitividade, assegurar direitos e incentivar o desenvolvimento econômico de forma equilibrada e inclusiva. O mercado de saúde suplementar

brasileiro apresenta características particulares, como o fato de o consumidor não ter autonomia para decidir quando utilizará o serviço, as informações muitas vezes incompletas e altamente mutável no tempo, as mudanças de custo total do atendimento e a seleção adversa e de risco (barreiras impostas pelas seguradoras à entrada de segurados no sistema) são alguns exemplos da necessidade de regulamentação.

Neste sentido, a ANS surge com a missão de regular o mercado de saúde suplementar, justificada pela necessidade de proteger os direitos dos consumidores de práticas abusivas ou condições injustas em contratos (transparência das informações das cláusulas). O mercado dos planos de assistência à saúde, após décadas sem regulamentação, teve que se organizar e adaptar as regras impostas pela ANS, sob pena de multas caso não se ajustassem as novas regras, como estabelece o artigo 1º e seu parágrafo primeiro da Lei n.º 9.565/1998.

Atualmente, o setor de assistência privada à saúde conta com mais de 50 milhões de beneficiários e 696 operadoras em atividade. Com a incumbência de mudar radicalmente o mercado de saúde suplementar, destacam as seguintes competências da ANS (2025, *on-line*):

- I. Propor políticas e diretrizes gerais ao Conselho Nacional de Saúde Suplementar - CONSU para a regulação do setor de saúde suplementar;
- II. Estabelecer parâmetros e indicadores de qualidade e de cobertura em assistência à saúde para os serviços próprios e de terceiros oferecidos pelas operadoras;
- III. Estabelecer normas para ressarcimento ao Sistema Único de Saúde;
- IV. Normatizar os conceitos de doença e lesão preexistentes;
- V. Definir, para fins de aplicação da Lei 9.656, de 1998, a segmentação das operadoras e administradoras de planos privados de assistência à saúde, observando as suas peculiaridades;
- VI. Decidir sobre o estabelecimento de subsegmentações aos tipos de planos definidos nos incisos I a IV do art. 12 da Lei 9.656, de 1998;
- VII. Autorizar reajustes e revisões das contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência à saúde, de acordo com parâmetros e diretrizes gerais fixados conjuntamente pelos Ministérios da Fazenda e da Saúde;
- VIII. Expedir normas e padrões para o envio de informações de natureza econômico-financeira pelas operadoras, com vistas à homologação de reajustes e revisões;
- IX. Fiscalizar as atividades das operadoras de planos privados de assistência à saúde e zelar pelo cumprimento das normas atinentes ao seu funcionamento;
- X. Articular-se com os órgãos de defesa do consumidor visando a eficácia da proteção e defesa do consumidor de serviços privados de

assistência à saúde, observado o disposto na Lei no 8.078, de 11 de setembro de 1990.

Com a tendência de um mercado de caráter complexo, a ANS estabeleceu regras claras a fim de organizar e dar as diretrizes a serem seguidas pelas empresas do setor e resguardar os usuários dos planos de saúde, como a exigência de garantia financeira para que as empresas de saúde se estabelecessem e aplicação de multas àquelas que não cumprirem o estabelecido pela agência.

Ressalta-se que foram criados dois órgãos para auxiliarem a ANS na regulamentação da saúde no Brasil: a Anvisa, responsável pela regulação sanitária e fiscalização econômica do mercado da produção e circulação de bens de insumos e da prestação de serviços de interesse à saúde e o Sistema Brasileiro de Defesa da Concorrência (SBDC), que garante a competitividade do setor. A assistência à saúde não constitui um monopólio ou serviço exclusivo do Estado. Contudo, sendo um direito fundamental de relevância pública, quando prestada pela iniciativa privada, estará submetida à regulamentação, fiscalização e controle do Poder Público.

O registro na Anvisa é condição para industrialização, comercialização e importação com fins comerciais, registro ou cadastro mostra-se condição para que a Agência fiscalizadora possa monitorar a segurança, a eficácia e a qualidade terapêutica do produto. Sem aprovação pelo órgão investido legalmente da competência e dotado da expertise para tanto, existe o risco de o medicamento prejudicar a saúde do paciente

Em síntese, a saúde suplementar consolidou-se como componente essencial do sistema de saúde brasileiro, funcionando como alternativa e complemento ao SUS, sobretudo no atendimento de média e alta complexidade. Todavia, a expansão acelerada do setor evidenciou a necessidade de forte regulação estatal para conter abusos e assegurar a qualidade dos serviços prestados. Nesse sentido, a criação da ANS representou um marco regulatório capaz de organizar o mercado, promover transparência nas relações entre operadoras e consumidores e resguardar o interesse público. Assim, a atuação da agência reafirma a importância do Estado como garantidor do equilíbrio entre a liberdade econômica e a proteção de um direito fundamental: a saúde.

Com efeito, o mercado de saúde, tanto público como privado, apresenta um aumento no número de demandas, decorrentes de má prestação do serviço,

fornecimento de medicamentos de alto custo e não incorporados ao SUS, dentre outros motivos. Segundo dados do CNJ, até o mês de agosto de 2025, foram ajuizadas mais de 323 mil ações, apontando para um aumento da judicialização na saúde no Brasil, tema que será exposto no capítulo a seguir.

O sistema de saúde brasileiro foi concebido de forma mista, permitindo a coexistência entre o setor público representado pelo SUS e o setor privado, de caráter suplementar. A criação dessa arquitetura institucional refletiu tanto a herança do modelo previdenciário anterior à Constituição quanto as limitações orçamentárias e estruturais do Estado brasileiro, que, desde o início da década de 1990, enfrentava dificuldades para universalizar o acesso à saúde (Albuquerque *et al.*, 2008).

A consolidação do mercado de saúde suplementar no Brasil foi fortemente influenciada por transformações econômicas e sociais associadas à reestruturação produtiva e ao avanço do setor de serviços. Durante a década de 1960, a assistência médica privada surgiu como benefício empresarial aos trabalhadores formais, buscando reduzir absenteísmo e aumentar produtividade. O exemplo clássico é o da CASSI, fundada em 1944, considerada o plano de saúde mais antigo em funcionamento contínuo no país (Carvalho; Cecílio, 2007). Essa experiência institucional foi ampliada nas décadas seguintes, com o surgimento de cooperativas médicas, medicinas de grupo e seguradoras de saúde, compondo um mosaico de atores que passaram a disputar espaço com o sistema público.

A partir dos anos 1980, o setor privado expandiu-se vertiginosamente, impulsionado pela urbanização acelerada, pela ampliação do emprego formal e pela percepção de deficiências do sistema público. Como observa Bahia (2001), o crescimento da saúde suplementar não representou uma ruptura com o SUS, mas uma acomodação entre interesses públicos e privados, em um contexto de restrição fiscal e demanda crescente por serviços de maior qualidade.

O marco regulatório foi consolidado apenas nos anos 1990, com a promulgação da Lei nº 9.656/1998, que estabeleceu regras para planos e seguros de saúde, e da Lei nº 9.961/2000, que criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). A ANS foi instituída como autarquia sob regime especial, vinculada ao Ministério da Saúde, com a missão de “promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores” (Brasil, 2000).

O marco normativo do setor foi estabelecido pela Lei n.º 9.656/1998, que definiu os direitos e deveres das operadoras e dos consumidores, além de disciplinar as formas de contratação, cobertura e reajuste. Em complemento, a Lei n.º 9.961/2000 criou a ANS, com autonomia técnica e administrativa, vinculada ao Ministério da Saúde, tendo como missão “promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde” (Brasil, 2000). A criação dessa autarquia especial inseriu-se no contexto mais amplo de reformas do Estado, que buscavam a modernização da administração pública e o fortalecimento do papel regulador estatal sobre setores estratégicos da economia, como energia, telecomunicações e saúde (Pires; Costa, 2013).

As funções da ANS vão além da mera fiscalização econômica. Ela atua na regulação assistencial, definindo padrões de qualidade, protocolos clínicos e critérios mínimos de cobertura. De acordo com Lima Júnior (2024), a agência se consolidou como instrumento essencial de política pública, equilibrando os interesses das operadoras e dos beneficiários por meio de uma regulação técnico-científica. Entre suas atribuições, destacam-se: a autorização de funcionamento das operadoras, o controle de reajustes, a supervisão das garantias financeiras e o estabelecimento do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que determina os serviços mínimos obrigatórios a serem ofertados pelos planos (Santos; Oliveira, 2023).

Segundo dados do Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS, 2024), o mercado brasileiro é composto por aproximadamente 700 operadoras ativas, abrangendo cooperativas médicas, seguradoras especializadas, medicinas de grupo e administradoras de benefícios. Essa diversidade organizacional confere ao setor grande complexidade regulatória, uma vez que cada modelo possui estrutura operacional, rede prestadora e perfil de risco distintos. Por isso, a regulação precisa ser dinâmica e tecnicamente fundamentada, permitindo à ANS ajustar-se continuamente às mudanças de mercado e às inovações tecnológicas, como a telemedicina e a incorporação de terapias avançadas.

A trajetória da saúde suplementar demonstra que o Estado brasileiro exerce papel ativo na construção de um equilíbrio entre a liberdade econômica e a proteção de direitos fundamentais. Como salienta Bahia (2022), a presença estatal na regulação da saúde não configura intervenção indevida, mas sim instrumento necessário de justiça social, pois a saúde é um bem público de relevância constitucional. A atuação da ANS, portanto, simboliza a tentativa de compatibilizar o

princípio da livre iniciativa com a garantia do direito à saúde previsto no artigo 6º da Constituição Federal.

Uma das falhas mais relevantes é a assimetria de informação: o beneficiário, ao contratar um plano, raramente dispõe de todas as informações necessárias sobre o risco, a rede credenciada ou as cláusulas contratuais, enquanto a operadora detém maior conhecimento técnico e de gestão (Lara, 2013). Essa condição vulnerabiliza o consumidor e favorece práticas como cláusulas abusivas ou mudanças contratuais unilaterais, fato que justificou a intervenção estatal por meio da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Outro desafio é a seleção adversa, que ocorre quando operadoras atraem ou são contratadas majoritariamente por pessoas com maior probabilidade de utilizar serviços, gerando desequilíbrios financeiros e insuficiente cobertura para os demais. Estudos empíricos no Brasil apontam que variáveis observáveis como idade, sexo e estado de saúde influenciam a decisão de contratar plano de saúde e a categoria do plano adquirido (Maia, 2006). Essa seleção adversa compromete a sustentabilidade do mercado e inviabiliza modelos que não prevejam mecanismos de mitigação, como subsídios cruzados ou segmentação mínima obrigatória.

Além disso, há risco moral, que se evidencia quando o beneficiário, ao dispor de plano, adota comportamento (maior utilização, menor preocupação com custos) que individualmente faz sentido, mas coletivamente onera o sistema. Essa dinâmica exige que a regulação vá além da simples economia e abrace aspectos assistenciais, como monitoramento de sinistralidade, exigências de garantias financeiras pelas operadoras e recomposição de reservas técnicas (Lima Júnior, 2025).

A ANS, por sua vez, foi incumbida de responder a essas disfunções. Entre as suas atribuições estão a supervisão econômico-financeira das operadoras, a definição de padrões mínimos de cobertura (por meio do Rol de Procedimentos), a normatização dos contratos, a autorização e controle de reajustes e a fiscalização das relações entre operadoras, beneficiários e prestadores (Salvatori, 2012). Essa atuação regulatória se tornou essencial para coibir práticas que lesavam os consumidores, como exclusões indevidas, reajustes abusivos ou falta de rede adequada.

Contudo, a regulação não está isenta de desafios, e um ponto crítico refere-se à modicidade tarifária: como conciliar a necessidade de manter planos acessíveis com o imperativo de que as operadoras se mantenham economicamente viáveis? O

equilíbrio entre preços, coberturas e qualidade de atendimento exige monitoramento constante. Estudos indicam que, mesmo após mais de uma década de regulação, persistem problemas estruturais, como concentração de mercado, fragilidade das operadoras de menor porte e desigualdade regional na cobertura dos planos (IESS, 2015). Dessa forma, o papel da ANS precisa evoluir não apenas para regular o mercado, mas para integrar-se a uma política de saúde mais ampla, que considere equidade, acesso e sustentabilidade como pilares.

A estrutura do mercado de saúde suplementar evidencia significativa heterogeneidade entre os tipos de operadoras e modalidades contratuais existentes. De acordo com a ANS (2025), o setor é composto majoritariamente por planos coletivos empresariais, que representam aproximadamente 70% das contratações, seguidos pelos planos individuais e familiares.

Essa predominância dos contratos coletivos reflete a política de benefícios corporativos adotada por empresas privadas e instituições públicas, configurando-se como mecanismo de retenção de talentos e de segurança laboral. Entretanto, segundo Bahia (2022), essa estrutura reforça desigualdades, pois o acesso à saúde suplementar permanece condicionado à inserção formal no mercado de trabalho, o que restringe o direito a grupos vulneráveis e de menor renda.

A regulação da ANS busca mitigar tais assimetrias e promover equilíbrio competitivo. Entre os principais instrumentos utilizados está o controle dos reajustes anuais, autorizado pela agência com base em parâmetros macroeconômicos e nos custos médico-hospitalares observados no período anterior (Brasil, 2000). Essa medida tem por objetivo evitar aumentos arbitrários nas mensalidades e preservar a modicidade tarifária, princípio essencial para a manutenção do sistema. Além disso, a agência define o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que estabelece o conjunto mínimo de coberturas obrigatórias. Segundo Lima Júnior (2024), essa iniciativa trouxe transparência e segurança jurídica, padronizando o acesso e limitando a discricionariedade das operadoras.

Outro eixo da regulação é o acompanhamento econômico-financeiro das empresas. A ANS exige que as operadoras mantenham reservas técnicas e provisões mínimas de solvência, de modo a garantir capacidade de pagamento e continuidade dos serviços contratados. Essa medida é fundamental diante da natureza de risco do setor, uma vez que a imprevisibilidade dos custos médico-hospitalares pode comprometer a sustentabilidade das operadoras (Santos; Oliveira, 2023). Além disso,

a agência adota o monitoramento permanente de indicadores de desempenho assistencial, como tempo de espera, taxa de reclamações e índice de autorização de procedimentos, consolidando uma regulação baseada em evidências.

A atuação da ANS também se articula com outros órgãos de defesa do consumidor e de controle da concorrência, como o Sistema Brasileiro de Defesa da Concorrência (SBDC) e os Procons estaduais. Essa integração institucional fortalece o enfrentamento de práticas anticompetitivas e abusivas, como a negativa indevida de cobertura e a exclusão arbitrária de beneficiários (Pires; Costa, 2013). No campo sanitário, a agência atua em parceria com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), responsável pela regulação de produtos e serviços de interesse à saúde, formando um sistema regulatório interdependente.

Para Lima Júnior (2024), a consolidação da ANS como órgão técnico regulador representa um avanço civilizatório no modelo de governança da saúde no Brasil. A regulação, nesse caso, não se limita ao controle econômico, mas assume dimensão social e ética, ao equilibrar a liberdade empresarial com a proteção do direito fundamental à saúde. A ação coordenada entre Estado e iniciativa privada busca harmonizar a eficiência econômica com a equidade, reafirmando o papel da saúde como bem público e não apenas mercadoria.

Apesar dos avanços obtidos com a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar, o setor continua enfrentando desafios estruturais que testam a capacidade regulatória do Estado. Um dos fenômenos mais expressivos é a judicialização da saúde, que abrange tanto o sistema público quanto o privado. Segundo o CNJ em 2025, apenas até agosto daquele ano foram ajuizadas mais de 323 mil ações relacionadas à cobertura de planos de saúde, reajustes abusivos e negativa de tratamentos de alto custo. A judicialização, embora garanta o acesso individual à saúde, também revela falhas regulatórias e contratuais que poderiam ser solucionadas por meio de maior transparência e mecanismos preventivos de mediação entre consumidores e operadoras (Bahia, 2022).

Outro problema recorrente se refere à concentração de mercado. De acordo com o Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS, 2024), as cinco maiores operadoras concentram mais de 40% dos beneficiários do país, o que reduz a competitividade e favorece práticas comerciais dominantes. Essa concentração, aliada à entrada restrita de novos competidores, cria um ambiente de oligopólio regionalizado, dificultando a modicidade tarifária e o aumento da qualidade dos

serviços. Para Pires e Costa (2013), o fortalecimento de barreiras regulatórias e a exigência de capital mínimo são fatores que, embora garantam estabilidade financeira, acabam dificultando a entrada de operadoras menores e a diversificação do mercado.

Além da concentração, há a persistente desigualdade territorial na distribuição de beneficiários. Enquanto regiões metropolitanas do Sudeste concentram a maior parte da rede hospitalar privada, áreas do Norte e Nordeste apresentam índices inferiores a 10% de cobertura populacional (Lima Júnior, 2024). Essa disparidade reflete desigualdades socioeconômicas e a insuficiência de incentivos à interiorização dos serviços. Assim, a regulação da ANS é chamada a atuar não apenas sobre aspectos econômicos, mas também sobre as dimensões territoriais e de equidade, de modo a reduzir a exclusão regional no acesso à assistência suplementar.

Um campo de atenção crescente é o da incorporação tecnológica e da telemedicina. A pandemia de COVID-19 acelerou a digitalização dos atendimentos e a ampliação de serviços remotos, exigindo da ANS novas normas para garantir segurança da informação, confidencialidade e qualidade clínica. Segundo Santos e Oliveira (2023), a regulação tecnológica representa um desafio emergente, pois envolve temas como precificação de novos procedimentos, auditorias de uso e responsabilidade médica em ambiente digital. A agência vem atuando com protocolos e resoluções específicas para compatibilizar inovação e segurança assistencial.

É importante destacar que o modelo regulatório brasileiro se inspira em experiências internacionais, mas apresenta peculiaridades próprias. Ao contrário de países como os Estados Unidos, onde a regulação é predominantemente estadual, ou da União Europeia, onde há integração supranacional, no Brasil a regulação combina forte centralização com autonomia técnica das agências (Carvalho; Cecílio, 2007). Esse arranjo institucional permite maior uniformidade nas normas, mas também exige constante diálogo federativo para harmonizar políticas de saúde pública e suplementar.

O mercado de saúde suplementar consolidou-se como um dos pilares do sistema brasileiro de atenção à saúde, funcionando como alternativa e complemento ao SUS, sobretudo no atendimento de média e alta complexidade. No entanto, a expansão do setor revelou a necessidade de uma regulação sólida, transparente e técnica, capaz de equilibrar os interesses econômicos das operadoras com o direito fundamental à saúde.

A criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar representou, nesse sentido, um marco na institucionalização da regulação pública da assistência privada à saúde, consolidando o Estado como mediador entre a lógica de mercado e os valores constitucionais da universalidade e da equidade (Lima Júnior, 2024).

A experiência brasileira demonstra que a saúde, mesmo quando ofertada sob regime privado, não pode ser tratada apenas como mercadoria, mas como bem público de relevância social. O papel regulador do Estado deve garantir que o princípio da livre iniciativa, previsto no artigo 170 da Constituição, seja compatibilizado com o princípio da dignidade da pessoa humana e com o dever de proteção à vida. Para Bahia (2022), o desafio contemporâneo da regulação sanitária é justamente transformar a competição de mercado em instrumento de eficiência sem comprometer a ética do cuidado e o direito à saúde como bem coletivo.

O fortalecimento da ANS, portanto, é condição indispensável para a sustentabilidade do sistema suplementar. O aprimoramento da fiscalização, a ampliação da transparência contratual e a atualização contínua do Rol de Procedimentos são mecanismos que podem reduzir litígios e garantir maior previsibilidade regulatória. Além disso, a integração da ANS com outros órgãos como a Anvisa, o SBDC e o CNJ contribuem para uma governança mais coordenada e eficaz. Como ressaltam Santos e Oliveira (2023), a regulação contemporânea da saúde exige uma abordagem interdisciplinar, que una economia, direito, ética e política pública em torno do interesse coletivo.

Em conclusão, a consolidação de um mercado de saúde suplementar equilibrado e justo depende da atuação firme e técnica do Estado regulador, representado pela ANS. O desafio está em manter a liberdade econômica sem perder de vista o caráter essencial da saúde como direito humano fundamental. Ao longo dos últimos 25 anos, o sistema regulatório brasileiro demonstrou avanços significativos, mas ainda requer aprimoramentos contínuos para garantir que a assistência suplementar cumpra seu papel complementar ao SUS, assegurando eficiência, equidade e dignidade na prestação de cuidados à população.

1.4.1 Regulação econômica no contexto da judicialização da saúde

A judicialização da saúde, além de fenômeno jurídico e institucional, constitui um processo de natureza econômica que reorganiza incentivos, altera a alocação de

recursos públicos e tensiona o funcionamento das políticas sanitárias. Sob a perspectiva do Direito Constitucional Econômico, esse fenômeno revela uma espécie de “concorrência assimétrica” entre demandas individuais — frequentemente amparadas por tutelas de urgência e marcadas pela dramaticidade dos casos concretos — e as políticas públicas de saúde estruturadas com base em critérios epidemiológicos, custo-efetividade e planejamento orçamentário. Essa assimetria afeta diretamente o equilíbrio federativo e a capacidade de gestão dos municípios, principais responsáveis pela execução dos serviços básicos no SUS.

Ao impor ao gestor público obrigações financeiras imprevistas, muitas vezes desconectadas do planejamento coletivo, a judicialização fragiliza o arranjo federativo e compromete a previsibilidade administrativa, aspecto essencial para o adequado funcionamento das políticas públicas. Esse cenário demonstra que tal dinâmica cria verdadeira concorrência entre demandas individuais e políticas universais, repercutindo de forma direta na alocação de recursos. Conforme reconhece o Conselho Nacional de Justiça, o grande volume de demandas judiciais em saúde acarreta “representativo dispêndio de recursos públicos decorrente desses processos judiciais”, o que afeta a organização e a execução das políticas sanitárias no âmbito do SUS (CNJ, 2015. p. 10).

A lógica distributiva da saúde, fundada na universalidade e na equidade, passa a ser atravessada por decisões que priorizam casos individuais e deslocam recursos originalmente destinados a programas contínuos, ações de prevenção ou atendimentos coletivos. A análise econômica desse cenário evidencia que cada ordem judicial cria externalidades que afetam a sustentabilidade do sistema, tornando o Judiciário agente indireto de redefinição de prioridades sanitárias.

A compreensão da judicialização como fenômeno que altera a lógica distributiva das políticas públicas exige reconhecer que decisões judiciais individualizadas, embora justificadas pela dramaticidade dos casos concretos, produzem repercussões sistêmicas sobre o arranjo regulatório do SUS. Como assinalam Leite e Bastos (2018), o crescimento das demandas judiciais, especialmente aquelas relacionadas ao fornecimento de medicamentos, introduz pressões que extrapolam o caso concreto, na medida em que geram dispêndios significativos e reorientam fluxos orçamentários previamente planejados pelos entes federativos (Leite; Bastos, 2018. p. 2).

Em diálogo com essa perspectiva, os autores recuperam a reflexão de Barroso, para quem a concessão judicial de prestações sanitárias, quando desvinculada de critérios técnicos e parâmetros administrativos, pode “redundar em uma disfunção em todo o sistema” (Leite; Bastos, 2018. p. 5). Esse diagnóstico robustece a análise regulatória a judicialização desloca recursos, altera incentivos e compromete a coerência institucional do sistema de saúde, produzindo uma concorrência assimétrica entre demandas individuais e políticas públicas universais — dinâmica que afeta, de modo mais agudo, os municípios, cuja capacidade financeira é estruturalmente limitada.

A discussão sobre os efeitos econômicos da judicialização evidencia a necessidade de compreender o direito à saúde dentro de uma lógica regulatória que considere incentivos, racionalidade decisória e eficiência administrativa. Nesse sentido, Braga (2021) destaca que a regulação pública envolve justamente a criação de arranjos institucionais capazes de corrigir falhas, reduzir assimetrias e promover coordenação entre atores, articulando fundamentos jurídicos e econômicos da intervenção estatal. Essa perspectiva contribui para reforçar que mecanismos como o Tema 1.234 do STF assumem função regulatória essencial ao conferir previsibilidade e reduzir distorções no sistema.

Nesse contexto, o Tema 1.234 do Supremo Tribunal Federal surge como tentativa de reorganizar o ambiente regulatório da saúde, reduzindo incertezas e propiciando maior coerência federativa. Ao fixar critérios objetivos de competência — como o custo anual do tratamento, a natureza do medicamento e a situação regulatória perante a Anvisa — o STF atua como agente regulador, padronizando comportamentos, disciplinando incentivos e proporcionando parâmetros técnico-jurídicos mais estáveis para a tomada de decisão. Esse movimento aproxima-se do propósito essencial da regulação econômica: conferir segurança jurídica, racionalidade decisória e eficiência na alocação de recursos escassos.

Essa decisão, contudo, não se limita à definição de competência processual. Ela se articula com a necessidade de fortalecimento do federalismo cooperativo, na medida em que estimula a atuação conjunta entre União, Estados e Municípios, reduz a sobreposição de responsabilidades e mitiga conflitos que historicamente sobrecarregaram os entes municipais.

Sob a ótica Direito Constitucional Econômico, o Tema 1.234 consolida-se como instrumento destinado a reequilibrar a “concorrência” entre demandas

individuais e políticas públicas universais, preservando a sustentabilidade fiscal e o planejamento estratégico das ações de saúde.

O próprio CNJ reconhece que a ausência de critérios nacionais unificados contribui para a fragmentação decisória e para o aumento da litigiosidade, reforçando a necessidade de mecanismos como os fixados pelo STF no Tema 1.234 (CNJ, 2015). A racionalidade regulatória introduzida pelo Supremo cria condições para que o Estado, especialmente o gestor municipal, recupere capacidade de planejamento, organize prioridades com maior previsibilidade e implemente políticas públicas estruturadas.

Ao disciplinar o fluxo decisório e reduzir a fragmentação federativa, o Tema 1.234 contribui para impedir que decisões judiciais descoordenadas desequilibrem o sistema, permitindo que a alocação de recursos observe critérios técnicos, epidemiológicos e econômicos compatíveis com os princípios constitucionais da eficiência, equidade e solidariedade.

Dessa forma, compreender a judicialização como fenômeno que impacta o ambiente regulatório e concorre com as políticas públicas de saúde é essencial para analisar seus reflexos no âmbito municipal. Essa leitura evidencia que o direito fundamental à saúde somente se concretiza de modo sustentável quando amparado por mecanismos regulatórios estáveis, federalismo cooperativo e governança pública eficiente — elementos indispensáveis para o desenvolvimento social e para a consolidação do Estado Democrático de Direito.

CAPÍTULO 2 - JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE E SEUS DESDOBRAMENTOS NO ESTADO BRASILEIRO

Após uma análise ao direito fundamental à saúde no âmbito constitucional brasileiro, este capítulo discorrerá acerca da crescente persecução da tutela deste direito, que ensejou em um aumento do número de ações judiciais, que autores denominaram judicialização da saúde. Tratar-se-á desde a origem do deste fenômeno, passando pelos medicamentos de alto custo, pesquisa e tratamento experimentais, até a atuação, por meio do CNJ, e, posterior, protagonismo do judiciário, onde abordará os precedentes decisórios.

2.1 A evolução da judicialização da saúde no Brasil

A judicialização da saúde constitui um dos fenômenos mais marcantes do constitucionalismo contemporâneo brasileiro, sendo resultado da elevação do direito à saúde à condição de direito fundamental na Constituição Federal de 1988 e da possibilidade irrestrita de acesso à Justiça. Esse processo emergiu como instrumento de efetivação dos direitos sociais em um cenário de insuficiência estatal, desigualdades regionais e crescente demanda por medicamentos, procedimentos e internações. Nas últimas décadas, tornou-se objeto de intenso debate acadêmico e político, envolvendo questões orçamentárias, jurídicas, éticas e sanitárias (Barroso, 2019; Ferraz, 2021).

Conforme Alves (2019, p. 2), “A definição da saúde como direito fundamental social, levou ao acionamento do Poder Judiciário, buscando o fornecimento de medicamentos, insumos ou serviços médico-hospitalares pelo Poder Executivo, conhecido como judicialização da saúde”.

A CF/1988, em seu artigo 5º, inciso XXXV, estabelece que nenhuma lesão ou ameaça a direito pode ser excluída da apreciação do Poder Judiciário, norma que fundamenta a expansão do acesso à justiça. Paralelamente, o artigo 6º elevou a saúde à categoria de direito social, o que consolidou a legitimação da tutela judicial como mecanismo de concretização desse direito (Brasil, 1988).

Na década de 1990, a atuação judicial ainda era tímida, marcada pelo argumento da reserva do possível e da separação dos poderes. Entretanto, esse

quadro se modificou com o ingresso de ações relacionadas à infecção pelo vírus HIV⁵, em que pacientes e organizações da sociedade civil obtiveram decisões favoráveis ao fornecimento de medicamentos, transformando o Judiciário em protagonista da efetivação do direito à saúde (Ventura; Simas; Pepe, 2010).

De acordo com os autores Ventura, Simas e Pepe (2010, p. 78):

As reivindicações fundamentam-se no direito constitucional à saúde, que inclui o dever estatal de prestar assistência à saúde individual, de forma integral, universal e gratuita, no Sistema Único de Saúde (SUS), sob a responsabilidade conjunta da União Federal, estados e municípios. A ampla estratégia de advocacia empreendida pelas organizações não-governamentais (ONGs), em todo Brasil, resultou numa jurisprudência favorável à responsabilização dos entes federativos no cumprimento imediato desta prestação estatal, e em avanços nas políticas públicas de saúde às pessoas com HIV/Aids, em especial o acesso universal e gratuito aos medicamentos antirretrovirais. De fato, parece que este segmento conseguiu estabelecer uma relação positiva entre acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde.

Esse movimento foi institucionalizado com a Lei nº 9.313/1996, que garantiu a distribuição gratuita de medicamentos antirretrovirais. A jurisprudência passou a se consolidar, como no julgamento do RE 271.286, em que o Supremo Tribunal Federal reconheceu a obrigação estatal de fornecimento de medicamentos indispensáveis, ainda que de alto custo. Esse precedente marcou o início de uma compreensão ampliada do princípio da dignidade da pessoa humana e do direito à vida como fundamentos da intervenção judicial (Biehl; Petryna, 2013).

Nos anos 2000, a judicialização se expandiu para além das demandas de HIV/aids, alcançando medicamentos não padronizados pelo SUS, cirurgias e tratamentos especializados. Segundo Bucci e Duarte (2017), a judicialização ocorre quando indivíduos ou grupos sociais recorrem ao Poder Judiciário para suprir a ausência ou inefetividade das políticas públicas, transferindo ao juiz a tarefa de deliberar sobre alocação de recursos e prioridades em saúde.

⁵ Os progressos nas políticas públicas voltadas para o apoio a pessoas com HIV/Aids parecem ter incentivado outros movimentos sociais e a sociedade em geral. Nas últimas décadas, observou-se que a utilização de ações judiciais se tornou uma ferramenta significativa para a defesa de direitos e para a expansão de políticas públicas, o que também ampliou o papel do Ministério Público nessa área. Entretanto, também se observa a inserção do processo judicial no “caminho terapêutico” de muitos indivíduos, que de maneira particular tentam assegurar o acesso a medicamentos e tratamentos de saúde que atendam suas demandas específicas, através desse meio (Ventura; Simas; Pepe, 2010).

Vianna Werneck destaca que “a expansão da esfera judicial sobre o campo político ocorre em contextos de fragilidade institucional e de deficit de representação democrática” (1999, p. 34-36). O fenômeno da judicialização extrapola o campo jurídico e passa a ser um modo de exercício de poder político, em que o Judiciário atua como instância substitutiva das decisões de natureza administrativa e legislativa.

Essa prática, embora tenha possibilitado acesso a tratamentos inovadores, também gerou tensões sobre os limites da intervenção judicial em políticas públicas. Corroborando com a fala de Vieira (2023, p. 8):

Não há dúvidas de que o Judiciário exerce importante papel quando determina que o Estado cumpra o seu dever de garantir o fornecimento de medicamentos incorporados ao SUS, em observância às diretrizes e normativos das políticas públicas. Diretrizes e normativos estes que 46% dos magistrados, em pesquisa recente, disseram não observar. Enquanto isso, decisões de política fiscal são tomadas no âmbito da União com grande impacto negativo nos direitos sociais, como a implantação do teto de gastos para as despesas primárias, o congelamento das aplicações mínimas em saúde e educação, a ausência de limitação das despesas financeiras e a ampliação do gasto tributário. Dada a importância da política fiscal para a garantia de direitos, discutem-se hoje princípios de direitos humanos para a política fiscal, em uma iniciativa que busca aproximar os campos da economia e do direito. O Judiciário precisa exercitar a macrojustiça, o que demanda controle sobre processos envolvendo as políticas macroeconômicas que afetam o custeio do SUS. Caso não a exerça, continuará fomentando iniquidades em saúde.

Parte da literatura crítica alerta para os efeitos da chamada “adjudicação pragmática”: decisões que resolvem a demanda individual imediata, mas que podem comprometer a coletividade ao desviar recursos de políticas estruturais. Piazenski e Aguiar (2017) observa que decisões para custear medicamentos de alto custo ou vagas em UTIs muitas vezes desconsideram a capacidade financeira do ente público e a necessidade de equidade na distribuição dos recursos. Esse tensionamento envolve diretamente os princípios constitucionais da reserva do possível, do mínimo existencial e da separação dos poderes (Carvalho; Mergener, 2024).

Os autores Piazenski e Aguiar (2017, p. 367) complementam afirmando que:

De acordo com a adjudicação pragmática, a aplicação do Direito não pode deixar de considerar as consequências de cada interpretação alternativa possível; deve encontrar, em face de um caso concreto, soluções possíveis de serem cumpridas pelo destinatário da norma; deve considerar o todo que é o Estado, não ignorando a existência de limites para a realização, em cada momento, dos seus fins; deve

sempre preferir a interpretação que preserve a efetividade e a autoridade da decisão. Para que tais diretrizes hermenêuticas sejam observadas, o Direito não pode se encapsular nele mesmo, mas abrir-se à interdisciplinaridade a fim de encontrar soluções a casos que revelam profunda interação com outros sistemas sociais, em especial o político.

O STF, diante do aumento exponencial dessas demandas, passou a se debruçar sobre o tema. Em 2010, no julgamento da STA 175, relatada pelo ministro Gilmar Mendes, o STF enfrentou a questão do fornecimento do medicamento Zavesca, de alto custo e não incorporado ao SUS. A decisão manteve a obrigação do fornecimento, reconhecendo que o elevado custo não poderia, por si só, justificar a negativa.

Já em 2019, o RE 657.718 (Tema 500 da repercussão geral) fixou critérios para concessão de medicamentos não registrados na Anvisa, restringindo a possibilidade, mas admitindo exceções em casos de demora irrazoável da agência regulatória e em doenças raras. Essas decisões revelam a tentativa da Corte de equilibrar a proteção ao direito individual com a preservação de políticas públicas sustentáveis (Asensi; Pinheiro, 2016).

Outro exemplo é a Declaração oriunda do I Encontro do Fórum Nacional do Judiciário para a Saúde, realizado em 18 e 19 de novembro de 2010. Esta Declaração parte do pressuposto de que a atuação do Judiciário é crucial para o resgate efetivo da cidadania e realização do direito à saúde, mesmo sob o argumento de que do seu exercício advêm tensões com a administração pública. Interessante notar que esta Declaração revela, inclusive, a auto-compreensão de que os magistrados possuem uma relevante missão na influência das políticas públicas de saúde. Em 2011, o CNJ ainda publicou a Recomendação n. 36 que, inspirada na Recomendação n. 31, trouxe regramentos específicos para o julgamento de demandas envolvendo a saúde suplementar. Desse modo, ao estabelecer a importância de se oficializar a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e a necessidade de se incluir representantes das operadoras de planos de saúde nos Comitês Estaduais de Saúde, o CNJ deu mais um passo na coordenação de estratégias judiciais para o tema (Asensi; Pinheiro, 2016, p. 12).

A literatura aponta que a judicialização da saúde vai além da análise legalista, envolvendo fatores políticos, sociais e sanitários. Para Machado (2015), as ações individuais são as mais bem-sucedidas, pois lidam com pedidos específicos, enquanto as ações coletivas enfrentam maior resistência judicial, por incidirem diretamente

sobre a formulação das políticas públicas e impactarem significativamente o orçamento. Esse cenário revela a tensão entre direitos individuais e coletivos, exigindo uma reflexão crítica sobre os efeitos sistêmicos das decisões judiciais (Ferraz, 2011, 2021).

A evolução da judicialização da saúde no Brasil demonstra a centralidade do Poder Judiciário na efetivação de direitos fundamentais diante das falhas ou omissões do Executivo e do Legislativo. Conforme Viana, Burgos e Sales (2007) a partir da década de 1970, notou-se que os juízes, inclusive aqueles do sistema de direito civil, começaram a ocupar posições que antes eram predominantemente ocupadas por instituições políticas e órgãos de autorregulação. Essa mudança não indica uma busca por poder por parte do Judiciário, mas sim reflete processos mais intrincados e duradouros.

Esses processos procedem de múltiplas instâncias e resultam das profundas transformações que, desde o segundo pós-guerra, afetaram as sociedades ocidentais. Em primeiro lugar, a própria guerra, com o Tribunal de Nuremberg, convocado para o julgamento de crimes contra a humanidade praticados pelos dirigentes nazistas, abrindo caminho para a penalização de agentes estatais que violem os Direitos Humanos, como institucionalizado nas últimas décadas do século XX, e superpondo ao poder soberano nacional um direito de foro internacional. Da guerra igualmente veio a motivação, de importância crucial, para que as constituições trouxessem em seu corpo um “núcleo dogmático”, na expressão de J. Habermas, explicitando valores fundamentais a obrigar o poder soberano. O chamado constitucionalismo democrático reclamava, portanto, um judiciário dotado da capacidade de exercer jurisdição sobre a legislação produzida pelo poder soberano. E, na esteira da guerra, o *Welfare State*, com suas ambições de organizar o capitalismo e introduzir relações de harmonia entre as classes sociais, com suas fortes repercussões no sentido de trazer o direito para o centro da vida social (Viana; Burgos; Sales, 2007, p. 21).

Para os autores, a normativa do ‘capitalismo organizado’, assim como diversas outras peculiaridades, emerge com a intenção, devido às circunstâncias específicas de sua esfera econômica, de regulamentar o futuro com base no presente, em oposição ao tradicional modelo liberal, que se guia, em nome da segurança jurídica, pelo passado. Com essa origem, a legislação do bem-estar social apresenta um caráter flexível, indefinido e orientado a programas, pois se permite integrar elementos concretos, contrastando com a rigidez formal do direito na visão liberal tradicional.

Essa natureza indeterminada, nas discussões acerca de sua interpretação em situações específicas, coloca o juiz na posição de um legislador implícito, trazendo as consequências naturais desse novo papel na vida republicana e, especialmente, nas interações entre os Três Poderes. Nesse cenário, onde o sistema jurídico e o Judiciário haviam aumentado sua influência na sociedade e na política, ao longo da década de 1970 começou a se consolidar a crise do Estado de Bem-Estar Social. A resposta drástica a essa situação se manifestou com o surgimento do neoliberalismo, que buscou desregulamentar o mercado e reconfigurar a economia como uma esfera independente (Viana *et al.*, 1999; Viana; Burgos; Sales, 2007).

As reformas neoliberais diminuem, quando não eliminam completamente, as bases que garantiam direitos a diversos segmentos da sociedade, ao mesmo tempo em que geram, também através da reestruturação da produção, uma diminuição da atividade sindical e da participação associativa de maneira geral. No universo ideal do capitalismo estruturado e na busca por uma convivência equilibrada entre as diferentes classes sociais, orientada por políticas e normas jurídicas, dá lugar a uma sociedade dividida, sujeita às flutuações do mercado.

Nesse contexto, os fundamentos das ideologias e da religião, assim como os vínculos da família convencional, começam a enfraquecer sua capacidade de unir. Desprovidos de um Estado, de crenças, de partidos e de organizações sindicais, suas esperanças por direitos se transformam em solicitações ao poder judiciário, que se torna o refúgio das queixas contemporâneas, como bem descreveu A. Garapon (*apud* Viana *et al.*, 1999).

A explosão de ações judiciais, a partir desse momento, se tornou um fenômeno global, transformando a pauta do acesso à Justiça em uma prioridade nas políticas públicas. Esse movimento, em sua essência e amplitude, encontrará ressonância nas instituições da democracia política, especialmente no sistema representativo.

Os legisladores, percebendo a diminuição da eficácia e da abrangência dos instrumentos do estado de bem-estar social, assim como a desconexão existente nas democracias atuais entre os que ocupam cargos e os cidadãos, começam a promover, através das leis, os meios de representação funcional. Por meio de suas ações, o sistema judiciário se torna mais acessível, aproximando-se da comunidade ao implementar juizados de pequenas causas, que são mais rápidos e menos complicados (Viana *et al.*, 1999).

A formalização das ações coletivas expande-se, colocando o juiz, através da solicitação de organizações da sociedade civil, em uma posição crucial nas decisões relacionadas às políticas públicas. Além disso, a rede de proteção oferecida pelo sistema judiciário se fortalece ainda mais com a criação de leis que garantem os direitos do consumidor. A intrusão do campo jurídico na esfera social se intensifica na regulamentação dos grupos mais suscetíveis, representando uma evidente transição em que o judiciário assume o lugar do Estado e das estruturas institucionais tradicionais da república. Esse movimento tem como objetivo proteger crianças, adolescentes, idosos e pessoas com deficiência física (Viana *et al.*, 1999).

Na visão dos referidos autores, o magistrado assume um papel central na questão social. Na ausência de política, partidos ou uma vida comunitária estruturada, as pessoas se voltam a ele, utilizando os instrumentos legais desenvolvidos pelo legislador para buscar alternativas que possibilitem a defesa e a conquista de seus direitos. Portanto, a recente estrutura institucional se torna mais evidente por intermédio da fiscalização da conformidade constitucional das normas e do processo eleitoral realizada pelo poder judiciário, colocando o governo soberano sob a égide das leis que ele mesmo criou.

Se, por um lado, a judicialização ampliou o acesso de milhares de cidadãos a medicamentos e tratamentos essenciais, por outro, trouxe desafios relacionados ao financiamento, à equidade e à separação dos poderes. O fenômeno não pode ser reduzido a uma disputa jurídica, pois expressa também a desigualdade social, as limitações do SUS e a necessidade de políticas públicas mais eficientes. A experiência brasileira mostra que a judicialização continuará a desempenhar papel importante, mas sua legitimidade e efetividade dependerão de decisões judiciais equilibradas, capazes de conciliar o direito individual à saúde com a sustentabilidade das políticas coletivas.

2.1.1 Ações envolvendo medicamentos de alto custo

A judicialização⁶ da saúde tem se manifestado de forma mais contundente nas demandas relacionadas ao fornecimento de medicamentos de alto custo,

⁶ Conforme descrevem Ventura, Simas e Pepe (2010) de maneira geral, os estudos sobre a judicialização da saúde enfatizam mais fortemente os efeitos negativos deste tipo de demanda na governabilidade e gestão das políticas e ações de saúde. Uma das principais justificativas é que este tipo de intervenção no SUS aprofundaria as iniquidades no acesso à saúde, privilegiando determinado

tornando-se um dos principais desafios do Estado brasileiro na efetivação do direito à saúde. Essas ações refletem, de um lado, o tensionamento entre a garantia constitucional da dignidade da pessoa humana e da vida; de outro, as limitações orçamentárias e administrativas do SUS. O fenômeno é complexo porque envolve não apenas o cumprimento de um direito individual, mas também a sustentabilidade de políticas públicas universais, exigindo do Judiciário decisões que conciliem urgência médica com justiça distributiva (Barroso, 2019; Ferraz, 2021).

Medicamentos de alto custo são aqueles cujo preço supera significativamente a média dos fármacos disponíveis, geralmente destinados ao tratamento de doenças raras, crônicas ou complexas, como câncer, esclerose múltipla, doenças autoimunes e distúrbios metabólicos hereditários. De acordo com Machado (2015), esses medicamentos possuem alto valor agregado devido a fatores como pesquisa intensiva, baixa escala de produção, monopólio de patentes e concentração de mercado em poucas indústrias farmacêuticas globais. Ademais, muitos desses fármacos não estão incorporados nas listas do SUS, o que amplia a procura pelo Judiciário como meio de acesso.

O STF já consolidou entendimentos importantes sobre o tema. No julgamento do RE 566.471/RS, relatado pelo ministro Marco Aurélio Mello, a Corte firmou parâmetros para a concessão judicial de medicamentos de alto custo. Exige-se a comprovação da imprescindibilidade clínica do fármaco, a inexistência de substituto terapêutico incorporado ao SUS e a incapacidade financeira do paciente ou de seus familiares. Esse tripé tem orientado magistrados em todo o país a ponderar entre o direito individual ao tratamento e os limites da política pública (STF, 2010).

Contudo, autores como Biehl e Petryna (2013) ressaltam que o deferimento de tais demandas pode provocar distorções no sistema de saúde, privilegiando indivíduos que conseguem acionar o Judiciário em detrimento da coletividade. Essa crítica também é compartilhada por Piazenski e Aguiar (2017), que adverte para os riscos de uma adjudicação imediatista, voltada a solucionar casos urgentes, mas que, ao desviar recursos vultosos, compromete o planejamento coletivo do SUS.

Por outro lado, não se pode desconsiderar o papel fundamental da judicialização como mecanismo de acesso à saúde em situações de omissão estatal.

segmento e indivíduos, com maior poder de reivindicação, em detrimento de outros, na medida em que necessidades individuais ou de grupos determinados seriam atendidas em prejuízo a necessidades de outros grupos e indivíduos.

Estudos apontam que muitas decisões judiciais garantiram a pacientes o acesso a medicamentos inovadores, posteriormente incorporados às políticas públicas após análise de custo efetividade pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC) (Gomes, 2021). Isso revela que, em alguns casos, o Judiciário contribui indiretamente para a atualização e ampliação das diretrizes terapêuticas nacionais.

As ações envolvendo medicamentos de alto custo expressam o paradoxo central da judicialização da saúde: garantir a proteção do indivíduo em situações críticas sem comprometer a coletividade e a sustentabilidade financeira do sistema público. Se, por um lado, tais decisões materializam direitos fundamentais em casos concretos, por outro, levantam questionamentos sobre equidade, eficiência e prioridades orçamentárias. A solução desse dilema passa pela integração entre Poder Judiciário, Executivo e órgãos técnicos como a CONITEC, no sentido de construir critérios objetivos, baseados em evidências científicas e análises de custo-benefício, capazes de assegurar tanto a justiça individual quanto a efetividade das políticas públicas universais de saúde.

2.1.2 Demandas sobre medicamentos em pesquisa e tratamentos experimentais

A Anvisa, como já afirmado no item 1.4, é uma autarquia, vinculada ao Ministério da Saúde, responsável por proteger a saúde da população por meio do controle sanitário de produtos e serviços no país. A agência estabelece normas e fiscaliza para a produção e o consumo de produtos e serviços sujeitos à vigilância sanitária, dentre suas funções destaca-se a autorização ou não da entrada de novos produtos no mercado brasileiro.

A evolução da judicialização da saúde no Brasil revelou uma categoria de demandas particularmente sensível: aquelas relacionadas a medicamentos em fase de pesquisa clínica e a tratamentos considerados experimentais. Essas ações se inserem em um contexto de grandes expectativas sociais, em que pacientes e familiares buscam no Judiciário o acesso a terapias inovadoras que ainda não passaram pelo processo regulatório completo. Ao mesmo tempo, expõem os limites da intervenção judicial em políticas públicas de saúde, uma vez que envolvem fármacos sem registro sanitário definitivo, alto custo e eficácia ainda não comprovada. O debate exige uma reflexão entre o direito individual ao tratamento e os princípios de

segurança, eficácia, custo efetividade e sustentabilidade que norteiam a saúde pública no Brasil (Ventura; Simas; Pepe, 2010; Asensi; Pinheiro, 2016).

No julgamento do RE 657.718⁷ (Tema 500 da repercussão geral), o Supremo Tribunal Federal firmou a regra de que o Estado não pode ser obrigado a fornecer medicamentos não registrados na Anvisa, admitindo exceções apenas em casos de mora irrazoável da agência regulatória ou em doenças raras e ultrarraras, desde que observados critérios objetivos como registro em agências internacionais de referência, ausência de substituto terapêutico no Brasil e comprovação da indispensabilidade clínica. Essa decisão representou um marco ao reafirmar a importância do registro sanitário como instrumento de proteção da saúde coletiva e da credibilidade científica (STF, 2019).

O Superior Tribunal de Justiça (STJ)⁸, no REsp 1.721.705/SP⁹, relatado pela ministra Nancy Andrighi, reforçou essa compreensão ao definir como experimental o tratamento clínico ou cirúrgico incompatível com normas de controle sanitário ou não reconhecido pela comunidade científica, em consonância com o art. 10, I, da Lei nº 9.656/1998. Essa interpretação restringe o espaço de concessão judicial e busca evitar que o Judiciário substitua o processo regulatório de aprovação científica e ética dos tratamentos.

Apesar disso, na prática, decisões continuam a ser proferidas determinando a entrega de medicamentos ou terapias ainda em fase de testes, muitas vezes sem adequada análise de custo efetividade ou consulta aos pareceres técnicos da CONITEC ou dos Núcleos de Apoio Técnico do Judiciário (NATJUS). Isso gera forte impacto nos municípios, que acabam arcando com despesas elevadíssimas em detrimento de políticas públicas universais. Como lembra Hesse (2009), a força normativa da Constituição deve ser interpretada em equilíbrio com a realidade do Estado, especialmente diante da escassez de recursos.

⁷ Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=4143144>. Acesso em: 05 out. 2025.

⁸ De acordo com Nicoli (2021, p. 116) “A competência dos tribunais brasileiros está definida na Constituição da República. O Superior Tribunal de Justiça e o Supremo Tribunal Federal são as duas Cortes de Vértice pátrias. Ambas têm a função de uniformizar a interpretação jurídica. Ao Superior Tribunal de Justiça cabe uniformizar a interpretação sobre a legislação federal. Ao Supremo Tribunal Federal impende o papel de guardião da interpretação da Constituição da República, garantindo a sua força normativa”.

⁹ Informativo, n. 0632, 28 set. 2018. Confira: STJ, Terceira Turma. REsp nº 1.721.705/SP. Rel. Min. Nancy Andrighi, j. 28.8.2018. DJe, 6 set. 2018. Disponível em: https://processo.stj.jus.br/processo/revista/documento/mediado/?componente=ATC&sequencial=87057969&num_registro=201702673838&data=20180906&tipo=5&formato=PDF. Acesso em: 08 set. 2025.

No julgamento do RE n. 657.718, ficou determinado, como regra, que o Estado não pode ser obrigado a fornecer medicamentos não registrados na Anvisa. O registro constitui proteção à saúde pública, atestando a eficácia, segurança e qualidade dos fármacos comercializados no país, além de garantir o devido controle de preços. A aprovação de novos fármacos depende de rígidos testes. Para a aprovação de medicamentos, exige-se a participação humana voluntária em fases, com pequenos e grandes grupos saudáveis ou acometidos de determinada patologia, tudo aprovado por um comitê de ética independente.

Na realidade, a expressão “tratamento experimental” é utilizada muitas vezes em sentido amplo, abrangendo quaisquer cuidados inovadores. Inclusive, a pesquisa que conta com protocolo aprovado previamente por comitê de ética, sujeita à rígida fiscalização estatal, de certa forma, ao apresentar resultado positivo, beneficia a humanidade). Por vezes, o significado é mais restrito e abrange somente a prática não usual empregada em paciente determinado (Paiano; Furlan, 2021, p. 21).

Segundo a Anvisa, medicamento em pesquisa ou produto investigacional, é o fármaco (novo ou já registrado, mas em nova indicação/posologia) estudado em ensaios clínicos com participação de seres humanos, para avaliar segurança, eficácia e farmacocinética, seguindo fases. Já um tratamento experimental refere-se a intervenções terapêuticas ainda não validadas por evidência conclusiva de eficácia e segurança para a indicação pretendida, ou seja, está em fase de testes clínicos, ainda não tem registro sanitário aprovado para o uso no Brasil e, conseqüentemente, não possui evidência científica comprovada sobre seus benefícios em seres humanos¹⁰.

No referido RE 566.471, com repercussão geral (Tema 6) entendeu possível a concessão, de forma excepcional, de medicamento registrado na Anvisa não constar das listas do SUS (Rename, Resme e Remune), independentemente do custo, desde que respeitadas uma série de critérios e requisitos:

3. 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

¹⁰ Estão relacionadas a causas múltiplas, são caracterizadas por início gradual, com longa ou indefinida duração, podendo gerar incapacidades. Constituem problema de saúde de grande magnitude, correspondendo a 72% das causas de mortes. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil 2021-2030. Ministério da Saúde, 2021.

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.

4. Além disso, ao analisar pedido de entrega de um medicamento não incluído no SUS, o juiz deve: (i) avaliar a decisão da CONITEC de não incluir o medicamento nas listas oficiais e a negativa do pedido pelo órgão público responsável; (ii) consultar o Núcleo de Apoio Técnico do Poder Judiciário (NATJUS) ou outros especialistas; (iii) notificar os órgãos responsáveis para que avaliem a possibilidade de incluir o medicamento nas listas do SUS, se o medicamento for concedido. Em nenhum caso, o juiz pode decidir apenas com base em laudos médicos apresentados pela pessoa que solicita o medicamento¹¹.

Contudo, decisões, muitas vezes, proferidas sem a devida análise de custo efetividade, da existência de protocolos clínicos ou da regulação vigente, recaem diretamente sobre municípios desprovidos de capacidade financeira, técnica e organizacional para arcar com medicamentos ou procedimentos de altíssimo custo, cujo valor é desproporcional às suas receitas. Nas palavras de Hesse, o direito deve ter consciência de seus limites, “até porque a força normativa da Constituição é apenas uma das forças de cuja atuação resulta a realidade do Estado” (Hesse, 2009, p. 139).

As ações envolvendo medicamentos de alto custo impactam diretamente o planejamento orçamentário municipal, gera um desequilíbrio financeiro, à medida que gastos emergenciais com um único paciente podem comprometer programas coletivos de saúde, como vacinação e serviços básicos. Os recursos originalmente destinados a políticas públicas universais acabam sendo deslocados para atender demandas individuais, criando um cenário de desigualdade no acesso à saúde. O que reforça, além do conflito entre o direito individual e o direito coletivo, as tensões entre a efetividade do direito fundamental à saúde (art. 196 da CF/1988) e a reserva do possível (tópico adiante), que se materializa no orçamento limitado dos entes subnacionais.

As demandas judiciais por medicamentos em pesquisa e tratamentos experimentais evidenciam os dilemas mais complexos da judicialização da saúde. De um lado, representam a esperança de pacientes em situações críticas, muitas vezes sem alternativas terapêuticas disponíveis; de outro, desafiam a lógica de segurança

¹¹ Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=2565078>. Acesso em: 05 out. 2025.

sanitária, o equilíbrio orçamentário e a equidade no acesso aos serviços de saúde. Embora o Judiciário atue como guardião dos direitos fundamentais, sua intervenção deve ser pautada por critérios técnicos, diálogo institucional com órgãos reguladores e respeito às políticas públicas estruturadas. Assim, a conciliação entre o direito individual e a proteção coletiva só será possível por meio de decisões judiciais fundamentadas em evidências científicas, análise de custo-benefício e reconhecimento das limitações do Estado na efetivação de um sistema de saúde universal e sustentável.

2.1.3 A aplicação da cláusula da “reserva do possível”

A judicialização da saúde tem exposto os limites do Estado brasileiro em conciliar o reconhecimento dos direitos fundamentais sociais, a exemplo da saúde, com a realidade orçamentária e administrativa dos entes federativos.

Flávio Galdino observa que a efetivação do direito à saúde não depende apenas de vontade política ou de decisão judicial, mas da existência de recursos públicos que permitam a sua concretização. O autor ressalta que “a Constituição não cria riquezas; ela apenas as distribui” (2005, p. 45), advertindo que o reconhecimento de novos direitos, sem previsão orçamentária correspondente, pode comprometer a sustentabilidade das políticas públicas.

Nesse cenário, a cláusula da “reserva do possível” surge como argumento recorrente nas ações judiciais, em especial aquelas que envolvem fornecimento de medicamentos de alto custo, tratamentos experimentais ou procedimentos não incorporados às políticas públicas.

O instituto traduz a ideia de que a efetivação dos direitos sociais depende das condições materiais e financeiras do Estado, impondo a necessidade de escolhas democráticas na alocação de recursos públicos. Assim, a tensão entre o princípio do mínimo existencial e a reserva do possível torna-se central na análise judicial de demandas envolvendo saúde, conforme afirmado por Wang e Ferraz (2013, p. 178):

[...] portanto, a judicialização do direito à saúde no Brasil tende a beneficiar uma minoria socioeconomicamente privilegiada, com maior acesso à informação, à assistência jurídica e ao sistema judiciário. Isso tende a obrigar autoridades de saúde a desviar escassos recursos de programas abrangentes e racionalmente planejados, que atendem a maioria da população, para serviços (muitas vezes,

aquisição de medicamentos novos e caros), que não são nem economicamente eficientes nem prioritários em um sistema público de saúde que busca atender, com recursos limitados, uma grande população necessitada.

Na visão dos autores, esse paradigma brasileiro de disputas no setor da saúde tem gerado divisões entre pesquisadores em duas frentes antagônicas. Por um lado, fortalece-se a área favorável ao litígio, na qual o conflito é visto como uma ferramenta legítima e benéfica, forçando um Poder Executivo hesitante a garantir o direito à saúde estabelecido na CF/1988. Entretanto, há quem argumente que o principal tipo de conflito jurídico no Brasil, conhecido como “modelo brasileiro”, em vez de garantir o acesso ao direito à saúde, pode, na verdade, obstaculizar sua efetivação.

A reserva do possível tem dupla dimensão: de um lado, reflete a limitação fática dos recursos financeiros disponíveis; de outro, expressa a legitimidade democrática das escolhas orçamentárias feitas pelos poderes Executivo e Legislativo. Segundo Silva (2006), toda norma que garante direitos fundamentais está sujeita a algum grau de limitação de eficácia, pois nenhuma política pública pode ser dissociada da realidade econômica do Estado. Entretanto, essa limitação não pode ser usada de forma genérica ou abstrata como justificativa para negar direitos, devendo o Estado demonstrar concretamente a insuficiência de recursos e a priorização de políticas públicas estruturais.

No entendimento de Silva (2006, p. 33):

É fácil perceber, portanto, que a possível relativização dos direitos fundamentais, que encontra a sua expressão maior na negação de um conteúdo essencial desses direitos que não seja também meramente relativo, não é o produto de um "relativismo niilista" ou algo semelhante. É, ao contrário, uma tentativa de criar condições de diálogo intersubjetivo e de controle social da atividade do legislativo e do judiciário, a partir de um modelo que impõe, a todo tempo, exigências de fundamentação. O relativismo, portanto, está aqui claramente em conexão com as exigências de um Estado Democrático de Direito, que não aceita a restrição aos seus direitos mais fundamentais de forma acobertada, por meio do recurso a intuições, muitas vezes moralistas, e a pré-compreensões mal esclarecidas.

Conforme Silva, a constante ênfase nas exigências argumentativas derivadas das limitações e da salvaguarda dos direitos fundamentais sugere que a abordagem mais apropriada é aquela que busca tanto o desenvolvimento quanto a proteção desses direitos. Essa abordagem deve se basear, não na inação ou em ações isoladas

e sem reflexão, mas em um diálogo constitucional que promova a comunicação intersubjetiva entre os poderes estatais e a sociedade.

O mínimo existencial, por sua vez, corresponde ao núcleo essencial dos direitos sociais, compreendido como o conjunto de prestações indispensáveis para assegurar a cada pessoa uma vida digna e saudável. Sarlet (2003) ressalta que a efetivação desse núcleo deve considerar a situação concreta do indivíduo, mas sempre em harmonia com critérios de racionalidade e igualdade. Assim, a judicialização da saúde é plenamente justificada quando há ameaça à integridade física e à vida, ainda que envolva custos significativos, desde que comprovada a imprescindibilidade do tratamento.

A jurisprudência do Supremo Tribunal Federal e do Superior Tribunal de Justiça tem buscado equilibrar essas duas dimensões. Em decisões recentes, como no RE 566.471/RS (Tema 6 da repercussão geral) e no RE 657.718/MG (Tema 500), a Corte reconheceu a obrigação excepcional do fornecimento de medicamentos fora das listas oficiais, mas estabeleceu critérios objetivos, como a comprovação de eficácia científica, a inexistência de substituto terapêutico e a incapacidade financeira do paciente. Da mesma forma, o STJ, no REsp 1.185.474/SC, ressaltou que a limitação financeira não pode ser invocada de forma absoluta para afastar o dever estatal, devendo-se garantir ao menos o acesso ao mínimo existencial.

Estudos recentes reforçam que a aplicação da reserva do possível deve ser interpretada em conjunto com a ideia de máxima efetividade dos direitos fundamentais, evitando que a escassez orçamentária seja utilizada como pretexto para omissões estatais (Ferrer; Ribeiro; Hartmann, 2020). Vieira (2023) acrescenta que a mera positivação constitucional de direitos não altera, por si só, a realidade social, exigindo-se mecanismos institucionais de concretização.

Vieira (2023, p. 7) assim explica:

Sobre a relação entre o orçamento público, a judicialização da saúde e a teoria da reserva do possível, as manifestações de parte dos gestores públicos e dos magistrados se contrapõem. De um lado, gestores se utilizam dessa teoria para justificar a impossibilidade de atendimento da demanda judicial, alegando a indisponibilidade de recursos para atendê-la. De outro lado, juízes contra-argumentam que não se pode sobrepor um interesse secundário do Estado ao direito à saúde sob o argumento da reserva do possível. O fato é que ambas as posições precisam ser repensadas. O conceito de reserva do possível foi importado da Alemanha, onde houve reconhecimento de que questões envolvendo direitos sociais sofrem limitação em três

dimensões: i) reserva do faticamente possível: a satisfação da demanda precisa ser viável; ii) reserva do juridicamente possível: a demanda precisa ser juridicamente possível; e iii) reserva do financeiramente possível: o atendimento à demanda fica limitado à capacidade financeira do Estado.

No que diz respeito à aplicação da teoria da reserva do possível pelos administradores, é importante destacar que não se deve confundir a capacidade econômica do Estado com o orçamento anual destinado à saúde. A capacidade econômica do governo é avaliada com base em todos os recursos obtidos da população. Certamente, a capacidade de investimento em políticas que efetivam direitos sociais é restringida pelas receitas, tornando essencial a contribuição da população nas discussões lideradas por seus representantes sobre a alocação dos recursos. Contudo, não se deve justificar a falta de recursos apenas com base no orçamento anual destinado à saúde (Vieira, 2023).

A aplicação da cláusula da reserva do possível na judicialização da saúde deve ser analisada como mecanismo de ponderação, e não como obstáculo absoluto à efetividade dos direitos sociais. Embora seja legítimo reconhecer que os recursos públicos são limitados e que o planejamento orçamentário cabe ao Executivo e ao Legislativo, não se pode ignorar o núcleo essencial do direito à saúde, representado pelo mínimo existencial. Assim, a intervenção judicial deve ocorrer de forma excepcional, fundamentada em critérios técnicos, evidências científicas e diálogo institucional, de modo a compatibilizar a proteção da dignidade humana com a responsabilidade fiscal e a sustentabilidade das políticas públicas de saúde.

2.2 A atuação normativa e técnica do Conselho Nacional de Justiça (CNJ)

O CNJ que tem por finalidade o aperfeiçoamento do sistema judiciário nacional, tem deliberado, estimulado, desenvolvido e implementado diversas ações e estratégias para a atuação do Judiciário - uma política judiciária para a saúde.

Uma das primeiras iniciativas foi a edição da Portaria n. 650/2009, que resultou na criação de um grupo de trabalho e apoio para estudos, a fim de elaborar e analisar propostas e medidas eficientes para a erradicação das demandas judiciais da área em questão. Em seguida, a Recomendação nº 31/2010 estabeleceu diretrizes para que os tribunais buscassem maior eficiência na tramitação de processos relacionados à assistência à saúde, enfatizando que decisões sobre medidas de

urgência fossem fundamentadas em argumentos técnicos de profissionais da saúde, reduzindo a margem de subjetividade judicial¹².

No intuito de debater as questões de notória relevância para a saúde foi criado o “Fórum Nacional do Judiciário para a Assistência à Saúde”, formado por Comitês Executivos Estaduais e coordenado pelo Comitê Executivo Nacional. Esse espaço de governança colaborativa permitiu o diálogo entre magistrados, gestores públicos e especialistas em saúde.

Como resultados, destacam-se as Jornadas de Direito da Saúde, que produziram enunciados orientadores. Na I Jornada de Direito da Saúde foram aprovados e editados 45 (quarenta e cinco) enunciados relacionados à saúde, para subsidiar os magistrados na elucidação das demandas relacionadas ao direito à saúde. Na II Jornada, resultou em um total de 22 (vinte e dois) novos enunciados foram publicados. Na III Jornada, foram aprovados 35 (trinta e cinco) novos enunciados, os quais passaram a subsidiar a fundamentação das decisões judiciais, promovendo maior uniformidade e segurança jurídica (Ventura; Pepe; Simas, 2010).

A judicialização da saúde, pela sua complexidade e impacto no sistema de justiça e no orçamento público, demandou do CNJ a construção de uma política judiciária voltada especificamente para esse fenômeno. Criado pela Emenda Constitucional (EC) nº 45/2004, o CNJ tem como missão institucional o aperfeiçoamento do sistema judiciário nacional, buscando maior eficiência, transparência e uniformidade na atuação dos tribunais. Nesse contexto, a instituição assumiu papel estratégico ao propor medidas normativas e técnicas destinadas a orientar os magistrados na análise das demandas de saúde, visando conciliar a proteção dos direitos fundamentais com a racionalidade administrativa e orçamentária (Machado, 2015; Asensi; Pinheiro, 2016).

Pela Resolução n. 238/2016 foram criados os Núcleos de Apoio Técnico do Poder Judiciário (NATJUS), uma plataforma de consulta disponibilizada aos magistrados, na qual concentra os pareceres e notas técnicas elaboradas por profissionais da saúde, que permite um suporte especializado na tomada e fundamentação de decisões com base em evidência científica¹³.

¹² Disponível em: <https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/877>. Acesso em: 05 out. 2025.

¹³ Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/wpcontent/uploads/2019/03/e8661c101b2d80ec95593d03dc1f1d3e.pdf>. Acesso em: 05 out. 2025.

Os NATJUS integram atualmente a Plataforma natijus, desenvolvida em parceria com o Ministério da Saúde e o Hospital Sírio-Libanês, permitindo aos magistrados acesso imediato a informações científicas de qualidade sobre medicamentos, procedimentos e tecnologias em saúde. Estudos apontam que o uso da plataforma tem contribuído para decisões mais fundamentadas, baseadas em evidências, reduzindo tanto o risco de concessões indiscriminadas quanto a insegurança jurídica (Ferrer; Ribeiro; Hartmann, 2020).

Além disso, o CNJ vem incentivando a cooperação interinstitucional e a capacitação de magistrados, reconhecendo que a judicialização da saúde não se limita a uma questão jurídica, mas também envolve conhecimento técnico-científico, planejamento orçamentário e gestão pública.

Autores como Wang e Ferraz (2013) observam que a atuação normativa do CNJ representa um avanço na busca por soluções estruturais para a judicialização, deslocando o debate de uma dimensão meramente individual para uma perspectiva sistêmica.

A atuação normativa e técnica do CNJ representa um marco na institucionalização da política judiciária da saúde no Brasil. Por meio de portarias, recomendações, fóruns, jornadas e da criação do NATJUS, o Conselho contribuiu para a padronização e fundamentação técnica das decisões judiciais, buscando equilibrar o direito individual à saúde com a sustentabilidade das políticas públicas. Trata-se de um movimento inovador, que reforça o papel do Judiciário como garantidor dos direitos fundamentais, mas também reconhece a importância da ciência, da gestão e da cooperação interinstitucional para enfrentar os desafios da judicialização da saúde.

2.2.1 O NATJUS e os Núcleos de Apoio Técnico ao Judiciário

Como dito, os NATJUS foram concebidos para fornecer suporte técnico às decisões judiciais em saúde, buscando reduzir a disparidade de decisões entre tribunais e aumentar a previsibilidade no tratamento das demandas. Segundo Asensi e Pinheiro (2016), a ausência de fundamentação técnico-científica era uma das principais críticas ao fenômeno da judicialização, uma vez que muitas decisões se baseavam exclusivamente em laudos médicos individuais, sem considerar protocolos clínicos, custo-efetividade ou alternativas terapêuticas disponíveis no SUS. Os

NATJUS, nesse sentido, representam um avanço institucional ao aproximar o Judiciário das evidências científicas e das diretrizes nacionais em saúde.

Cada NATJUS estadual é composto por equipes multiprofissionais, geralmente formadas por médicos, farmacêuticos, enfermeiros, fisioterapeutas e especialistas em Avaliação de Tecnologias Em Saúde (ATS). Seu funcionamento está diretamente articulado com a Rede Nacional de Núcleos de Avaliação de Tecnologias em Saúde (REBRATS), criada pelo Ministério da Saúde, de modo a garantir uniformidade metodológica. A emissão de Notas Técnicas (NTs) e Pareceres Técnico-Científicos (PTCs) é realizada a partir da análise de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas (PCDTs), literatura científica indexada em bases internacionais e dados de custo-efetividade.

A grande inovação do CNJ foi a criação do e-NATJUS, sistema eletrônico que centraliza todas as notas e pareceres elaborados pelos núcleos estaduais. De acordo com Ferrer, Ribeiro e Hartmann (2020), a plataforma funciona como uma base nacional de consulta, permitindo que magistrados de qualquer estado acessem rapidamente documentos já produzidos em casos semelhantes. Isso aumenta a uniformização jurisprudencial, reduz decisões contraditórias e contribui para a previsibilidade no tratamento das ações judiciais de saúde.

Pesquisas apontam que o uso do NATJUS já apresenta impactos positivos. Segundo estudo de Machado (2015), a incorporação de pareceres técnico-científicos nas decisões judiciais favorece uma maior racionalidade e reduz concessões de tratamentos sem comprovação científica. Além disso, levantamento do próprio CNJ (2020) mostra que tribunais que utilizam regularmente o e-NATJUS apresentam maior consistência nas fundamentações e menor índice de deferimento de pedidos para medicamentos sem registro na Anvisa.

Apesar dos avanços, desafios persistem. Entre eles, destacam-se: (i) a necessidade de expansão e capacitação das equipes multiprofissionais; (ii) a atualização contínua das notas técnicas diante da velocidade da inovação em saúde; (iii) a assimetria entre tribunais, já que alguns estados têm NATJUS mais estruturados do que outros; e (iv) a dificuldade de conciliar decisões judiciais individuais com políticas públicas de caráter coletivo.

Como destacam Ventura, Simas e Pepe (2010), a judicialização da saúde não pode ser resolvida apenas por instrumentos técnicos, mas exige diálogo constante entre Judiciário, Executivo e sociedade civil.

Os NATJUS e a plataforma e-NATJUS representam um avanço significativo na qualificação das decisões judiciais em saúde no Brasil. Ao fornecer subsídios técnico-científicos baseados em evidências, os núcleos contribuem para decisões mais equilibradas, que consideram não apenas a situação individual do paciente, mas também a sustentabilidade do sistema público de saúde. Ainda que haja desafios estruturais e operacionais, o NATJUS fortalece a legitimidade das decisões judiciais, ao aproximá-las da ciência e das políticas públicas de saúde, constituindo-se como ferramenta indispensável para enfrentar o fenômeno da judicialização de forma mais racional e equitativa.

2.2.2 Recomendações, resoluções e instrumentos de uniformização

A atuação normativa do CNJ no campo da saúde tem sido fundamental para enfrentar a fragmentação das decisões judiciais e para buscar maior eficiência e uniformidade na tramitação das demandas. Por meio de portarias, recomendações, resoluções e enunciados aprovados em Jornadas de Direito da Saúde, o CNJ vem estabelecendo parâmetros para que magistrados possam tomar decisões mais fundamentadas, alinhadas com as diretrizes do SUS e com evidências científicas. Tais instrumentos não substituem a autonomia judicial, mas fornecem *soft law* orientativa, que busca reduzir assimetrias entre tribunais e reforçar o papel institucional do Judiciário como garantidor de direitos fundamentais (Asensi; Pinheiro, 2016).

A primeira iniciativa do CNJ foi a edição da Portaria nº 650/2009, que criou grupo de trabalho para estudar a judicialização da saúde. Esse grupo teve a missão de mapear gargalos e propor medidas concretas, resultando em diagnósticos importantes sobre a ausência de apoio técnico aos magistrados e a necessidade de maior diálogo entre Judiciário e gestores públicos. Esse documento subsidiou a elaboração de instrumentos normativos posteriores.

Um dos marcos regulatórios foi a Recomendação nº 31/2010, que orientou os tribunais brasileiros a estruturar cadastros de peritos, criar canais de cooperação com universidades e secretarias de saúde e priorizar decisões fundamentadas em evidências técnicas. O objetivo era desestimular decisões baseadas exclusivamente em prescrições médicas particulares, muitas vezes desconectadas das diretrizes oficiais do SUS. Segundo Wang e Ferraz (2013), a recomendação representou um

passo decisivo para que o Judiciário passasse a adotar critérios técnicos mais consistentes em suas decisões.

A criação do Fórum Nacional do Judiciário para a Saúde resultou na realização das Jornadas de Direito da Saúde, eventos periódicos que reúnem magistrados, membros do Ministério Público, gestores e especialistas em saúde. Nessas Jornadas foram aprovados enunciados que orientam a prática jurisdicional: a I Jornada produziu 45 enunciados, a II Jornada resultou em 22 e a III aprovou 35 novos. Esses enunciados não têm força vinculante, mas funcionam como parâmetros interpretativos que promovem maior uniformidade entre os tribunais. Como destaca Barroso (2019), o uso de enunciados tem contribuído para reduzir divergências e fortalecer a legitimidade das decisões.

Outro avanço normativo relevante foi a Resolução nº 238/2016, que determinou a criação dos NATJUS e dos Comitês Estaduais da Saúde. A norma institucionalizou os mecanismos de apoio técnico, integrando-os à política judiciária nacional de saúde. Posteriormente, a Resolução nº 326/2020 e a Resolução nº 388/2021 aperfeiçoaram esses dispositivos, reforçando a obrigatoriedade de consulta ao e-NATJUS e ampliando a governança da Rede Nacional de Núcleos.

Além desses atos normativos, o CNJ desenvolveu outros instrumentos de uniformização, como a criação da Plataforma e-NATJUS, que centraliza notas e pareceres, e a emissão de relatórios periódicos sobre judicialização. Tais mecanismos contribuem para a redução da disparidade decisória e para a adoção de boas práticas em todos os tribunais. De acordo com Ferrer, Ribeiro e Hartmann (2020), a uniformização é um dos maiores ganhos da política judiciária da saúde, pois evita distorções que comprometam tanto a equidade quanto a sustentabilidade financeira do SUS.

As recomendações, resoluções e instrumentos de uniformização editados pelo CNJ representam um marco na política judiciária da saúde no Brasil. Embora não tenham força vinculante absoluta, tais medidas fornecem diretrizes técnicas e normativas que orientam magistrados na análise das demandas, promovem maior coerência jurisprudencial e fortalecem a racionalidade das decisões.

A experiência brasileira mostra que a construção de uma política judiciária para a saúde exige não apenas decisões judiciais, mas também coordenação institucional, produção de evidências científicas e mecanismos de padronização normativa. Nesse sentido, o CNJ tem cumprido papel essencial para compatibilizar a

proteção do direito individual à saúde com a efetividade das políticas públicas universais.

2.3 O Protagonismo do Judiciário

A CF/1988 inaugurou um novo paradigma no constitucionalismo brasileiro ao alçar os direitos sociais, entre eles a saúde, à categoria de direitos fundamentais, e ao ampliar os instrumentos de acesso à Justiça. Nesse cenário, o Poder Judiciário passou a desempenhar papel cada vez mais ativo na efetivação de prestações estatais, especialmente diante das falhas ou omissões dos poderes Executivo e Legislativo.

Esse processo, conhecido como judicialização da saúde, gerou debates intensos sobre os limites da atuação judicial em matéria de políticas públicas. Se, por um lado, o Judiciário tem sido protagonista na garantia de direitos fundamentais, por outro, sua intervenção traz implicações para a segurança jurídica, a separação dos poderes e a sustentabilidade do SUS (Barroso, 2019; Wang; Ferraz, 2013).

A judicialização da saúde encontra justificativa no princípio da dignidade da pessoa humana (art. 1º, III, CF/1988) e na força normativa da Constituição. O artigo 5º, XXXV, estabelece que nenhuma lesão ou ameaça a direito pode ser excluída da apreciação do Poder Judiciário, atribuindo-lhe competência para intervir sempre que houver violação de direitos fundamentais.

Autores como Sarlet e Fensterseifer (2017) defendem que, em sociedades marcadas por desigualdades estruturais, o Judiciário assume papel crucial como contrapeso institucional, garantindo que a ineficiência ou seletividade das políticas públicas não inviabilize o exercício do direito à saúde.

Decisões paradigmáticas do STF, como o julgamento da STA 175 (2009) e do RE 566.471/RS (2010), evidenciam o protagonismo judicial. Na STA 175, o ministro Gilmar Mendes afirmou que a judicialização da saúde extrapola a esfera estritamente jurídica, envolvendo gestores públicos, profissionais de saúde e sociedade civil, e ressaltou que o Judiciário não poderia se omitir diante de situações de urgência vital. No entanto, alertou para os riscos de tensionamento entre o Poder Judiciário e os formuladores de políticas públicas, sobretudo pela imposição de obrigações financeiras além da capacidade orçamentária estatal (Mendes, 2018).

O protagonismo do Judiciário no campo da saúde não é um fenômeno isolado, mas parte de um movimento mais amplo de fortalecimento do Poder Judiciário em regimes constitucionais democráticos. Como aponta Moraes (2018, p. 1145), a expressão “judicialização” traduz o alargamento do espectro de decisões políticas e sociais assumidas pelos tribunais, fenômeno que no Brasil se intensificou após a redemocratização e a Constituição Cidadã.

No campo específico da saúde, a atuação judicial abrange desde demandas individuais, fornecimento de medicamentos, realização de cirurgias, internações até ações coletivas, como aquelas movidas pelo Ministério Público visando a implementação de políticas estruturais. Wang e Ferraz (2013) observam que o Judiciário brasileiro se tornou referência internacional pela amplitude de sua intervenção, muitas vezes atuando em substituição ao Executivo na formulação de respostas imediatas às necessidades sociais.

Essa expansão não está isenta de críticas. Segundo Gouveia Linardi (2017), há risco de o Judiciário se transformar em um “gestor paralelo da saúde”, decidindo sobre a alocação de recursos sem os instrumentos técnicos e políticos necessários para avaliar prioridades e impactos coletivos. Isso gera um efeito substitutivo, em que decisões individuais deslocam recursos de políticas planejadas, comprometendo programas universais como vacinação e atenção básica.

Um dos efeitos mais discutidos do protagonismo judicial na saúde diz respeito ao impacto orçamentário. Estudo conduzido pelo CNJ (2020) revelou que, em muitos municípios, uma única decisão de fornecimento de medicamento de alto custo pode comprometer boa parte do orçamento destinado a programas coletivos. Ferraz (2011) argumenta que esse tipo de decisão, ainda que legítima do ponto de vista individual, tende a aumentar as desigualdades, favorecendo pacientes com maior capacidade de acesso ao Judiciário em detrimento da coletividade.

Além do aspecto financeiro, há efeitos administrativos relevantes. A execução de decisões judiciais muitas vezes exige que secretarias municipais ou estaduais de saúde adquiram medicamentos sem licitação regular, em caráter emergencial, o que desorganiza a logística de abastecimento. Segundo Ferrer, Ribeiro e Hartmann (2020), isso compromete a eficiência da gestão pública e aumenta os custos globais, já que as compras emergenciais são mais onerosas do que as programadas.

A tensão entre direitos individuais e coletivos é um dos pontos centrais do protagonismo judicial. Bucci e Duarte (2017) ressaltam que a judicialização da saúde,

em sua maioria, privilegia demandas individuais, especialmente para obtenção de medicamentos de alto custo ou não incorporados ao SUS. Essa prática, embora amparada no direito à vida, pode resultar em injustiças distributivas, pois recursos escassos são direcionados a poucos indivíduos em detrimento de políticas coletivas que beneficiariam milhares.

O STF, em decisões recentes como o RE 657.718/MG (Tema 500), buscou equilibrar essas tensões, estabelecendo critérios objetivos para a concessão de medicamentos não registrados na Anvisa. Essa tentativa de uniformização demonstra uma preocupação crescente do Judiciário em compatibilizar o direito individual com a sustentabilidade das políticas públicas.

Autores como Vieira (2023) e Silva (2017) apontam que a positivação dos direitos sociais, embora seja marco fundamental, não garante por si só sua efetividade. O protagonismo judicial, nesse sentido, pode representar tanto uma solução emergencial quanto um sintoma das falhas estruturais do Executivo e do Legislativo. No entanto, há consenso de que o Judiciário não dispõe de expertise técnica e administrativa suficiente para substituir a formulação e a execução das políticas públicas de saúde.

Assim, a atuação judicial deve respeitar os limites impostos pela cláusula da reserva do possível e pelo princípio da separação dos poderes, sem renunciar ao núcleo essencial do direito à saúde. Nesse ponto, Barroso (2019) defende que o protagonismo judicial deve ser orientado pelo princípio da máxima efetividade dos direitos fundamentais, mas sempre em diálogo com os demais poderes e com apoio técnico-científico de órgãos como a CONITEC e os NATJUS.

Tais decisões têm reflexos tais que afetam a segurança jurídica, por afetarem a previsibilidade que se espera de um sistema jurídico, em se tratando de saúde, algumas questões de grande repercussão política ou social estão sendo decididas pelo Poder Judiciário, uma transferência de poder para juízes e tribunais. Neste sentido, Alexandre de Moraes (2018, p. 1145) alega que “[...] a expressão judicialização tem sido utilizada há algumas décadas e pretende significar um espaço maior no espectro de decisões, inclusive de natureza política, que passou a ser ocupado pelo Poder Judiciário”.

A possibilidade de os indivíduos reclamarem a obrigação do Estado de fornecer os bens e serviços de saúde previstos nas políticas públicas por meio de decisões judiciais, pode constituir em obstáculo à efetivação do direito à saúde de

parte da população. A judicialização da saúde, em geral, vem beneficiando a tutela individual pleiteada em juízo em detrimento aos direitos difusos e coletivos, ocasionando graves prejuízos na gestão pública. Deste modo, a intervenção do Judiciário cada vez mais latente na efetivação da saúde resulta em consequências econômicas e administrativas. Não há como desconsiderar o impacto das decisões na previsão orçamentária do Estado e oneração do SUS.

Enfrentei o tema em 2009, por ocasião do exercício da Presidência do Supremo Tribunal Federal, ao analisar a Suspensão de Tutela Antecipada (STA) 175, de minha relatoria, DJe 28.9.2009. Apontei que a judicialização do direito à saúde ganhou tamanha importância teórica e prática que envolve não apenas os operadores do Direito, mas também os gestores públicos, os profissionais da área de saúde e a sociedade civil como um todo. Naquela decisão, consignei que, se por um lado a atuação do Poder Judiciário é fundamental para o exercício efetivo da cidadania e para a realização do direito à saúde, por outro as decisões judiciais têm significado um forte ponto de tensão perante os elaboradores e executores das políticas públicas, que se veem compelidos a garantir prestações de direitos sociais das mais diversas, muitas vezes contrastantes com a política estabelecida pelos governos para a área da saúde e além das possibilidades orçamentárias. (Min. Gilmar Mendes - RECURSO EXTRAORDINÁRIO 597.064 RIO DE JANEIRO. Voto. pg. 1881. 07/02/2018)¹⁴.

O protagonismo do Judiciário na saúde constitui um dos fenômenos mais expressivos do constitucionalismo brasileiro contemporâneo. A atuação judicial tem garantido, em inúmeros casos, a efetividade de direitos fundamentais, especialmente em situações de urgência vital. Contudo, também gera consequências econômicas, administrativas e políticas significativas, desafiando a sustentabilidade das políticas públicas e a equidade no acesso ao SUS.

Diante disso, a solução não está em restringir a atuação do Judiciário, mas em qualificá-la. É necessário fortalecer instrumentos técnicos como o NATJUS, ampliar o diálogo institucional entre poderes e adotar critérios claros de análise de custo-efetividade e evidências científicas. Somente assim será possível compatibilizar o protagonismo judicial com a previsibilidade, a segurança jurídica e a justiça distributiva, assegurando que o direito à saúde seja efetivado de maneira sustentável e equitativa.

¹⁴ Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/programas-e-acoess/forum-da-saude-3/nat-jus-nacional/>. Acesso em: 05 out. 2025.

2.3.1 O uso de tutelas de urgência

Como exposto anteriormente, no Brasil, hoje, há uma política pública de saúde em plena execução, com delimitação orçamentária em vigor. Todavia, as decisões judiciais concessivas de assistência médica são meros silogismos básicos, nos quais a premissa maior é o direito à saúde e a premissa menor é a necessidade de tratamento médico urgente, o que leva inexoravelmente à concessão da tutela pretendida. Sequer é feita uma análise se a pretensão foi resistida.

As tutelas de urgência representam um dos instrumentos mais utilizados pelos jurisdicionados na busca pela efetivação do direito à saúde. Previstas no artigo 300 do Código de Processo Civil de 2015, permitem que o juiz conceda medida liminar quando houver elementos que evidenciem a probabilidade do direito e o perigo de dano ou risco ao resultado útil do processo.

No campo da saúde, tais tutelas são acionadas principalmente em emergências, como o fornecimento de medicamentos de alto custo, internações hospitalares e procedimentos cirúrgicos. Embora tenham sido concebidas como mecanismo legítimo de proteção imediata de direitos fundamentais, sua aplicação indiscriminada tem gerado forte impacto sobre a gestão orçamentária e administrativa do SUS, levantando críticas acerca da ausência de critérios técnicos e da falta de análise estrutural das políticas públicas em curso.

No entendimento de Sarlet e Fensterseifer (2017), as tutelas de urgência cumprem papel essencial na garantia do mínimo existencial, assegurando que situações de risco de vida ou agravamento de enfermidades sejam enfrentadas com celeridade. O Judiciário, ao conceder liminares, atua como garantidor do núcleo essencial do direito à saúde (art. 196, CF/1988), muitas vezes evitando consequências irreversíveis.

Ocorre, entretanto, que a aplicação automática desse raciocínio, direito à saúde mais risco de morte, conduz a um silogismo simplista, em que não há exame suficiente sobre a existência de alternativas terapêuticas, a disponibilidade de protocolos clínicos do SUS ou a compatibilidade da ordem judicial com os limites orçamentários.

Segundo Ventura *et al.* (2010), a prática reiterada de concessão de tutelas de urgência sem uma análise técnico-científica aprofundada compromete a previsibilidade das políticas públicas de saúde. Municípios e estados, muitas vezes

surpreendidos com ordens judiciais emergenciais, precisam redirecionar recursos de programas coletivos para atender demandas individuais. Tal cenário reforça a crítica de Wang e Ferraz (2013), de que a judicialização, ainda que amparada no princípio da dignidade humana, pode produzir efeitos perversos de desigualdade no acesso, privilegiando indivíduos que têm acesso ao Judiciário em detrimento da coletividade.

O CNJ, ciente desse problema, buscou mitigar a insegurança gerada pelas tutelas de urgência ao instituir os NATJUS e a plataforma e-NATJUS, cujas notas técnicas fornecem subsídios científicos às decisões. Além disso, o trabalho da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC) deve ser considerado como parâmetro para os magistrados. A integração entre decisões liminares e pareceres técnicos é vista como mecanismo de racionalização, ainda que a efetividade dessa prática dependa da adesão dos tribunais e da valorização das evidências científicas (CNJ, 2020).

De acordo com Piovesan (2018), a banalização das tutelas de urgência na saúde contribui para a criação de um sistema paralelo de acesso a bens e serviços médicos, muitas vezes desconectado da realidade do SUS. Em alguns estados, como São Paulo e Rio de Janeiro, estudos demonstraram que mais de 80% das liminares deferidas para fornecimento de medicamentos referiam-se a produtos não incorporados pelo sistema público, o que gerava impactos significativos no orçamento local. Assim, a tutela de urgência, concebida como mecanismo excepcional, transformou-se em prática corriqueira, levantando debates sobre sua compatibilidade com os princípios da equidade e da universalidade do SUS.

As tutelas de urgência cumprem função indispensável na proteção de situações extremas, mas sua utilização deve ser pautada por critérios técnicos claros, sob pena de comprometer a eficiência das políticas públicas de saúde. A integração das decisões judiciais com os pareceres do NATJUS e as deliberações da CONITEC é caminho necessário para equilibrar a urgência individual e a sustentabilidade coletiva. Portanto, o desafio contemporâneo não é eliminar o uso das tutelas, mas qualificar sua aplicação, de modo que elas sirvam como instrumento legítimo de proteção de direitos fundamentais sem gerar desequilíbrios sistêmicos.

2.3.2 Os precedentes judiciais no sistema processual brasileiro

O sistema processual brasileiro sofreu profundas transformações com a entrada em vigor do Código de Processo Civil (CPC) de 2015, que incorporou o modelo de precedentes obrigatórios inspirado no *common law*. Essa mudança buscou reduzir a insegurança jurídica e uniformizar entendimentos, garantindo maior previsibilidade às decisões judiciais.

No campo da saúde, a ausência de critérios uniformes para o julgamento de demandas sobre medicamentos, internações e tratamentos experimentais gera instabilidade institucional e desequilíbrios federativos, especialmente quando municípios são compelidos a assumir obrigações financeiras acima de suas capacidades. Nesse sentido, o estudo dos precedentes judiciais torna-se fundamental para compreender o papel do Judiciário na efetivação do direito à saúde e para avaliar se a sistemática atual contribui para maior racionalidade na gestão das políticas públicas.

O artigo 927 do CPC estabelece que juízes e tribunais devem observar as decisões do Supremo Tribunal Federal em controle concentrado de constitucionalidade, as súmulas vinculantes, os acórdãos em julgamento de recursos repetitivos e os entendimentos firmados em incidentes de assunção de competência e de resolução de demandas repetitivas.

No campo da saúde, o STF tem se posicionado em temas de grande relevância, como no RE 566.471/RS (Tema 6), que tratou do fornecimento de medicamentos não incorporados ao SUS, e no RE 657.718/MG (Tema 500), sobre medicamentos não registrados na Anvisa. Essas decisões, ao fixarem teses de repercussão geral, buscam orientar a atuação de todo o Judiciário, reduzindo disparidades e fortalecendo a previsibilidade.

Segundo Barroso (2019), os precedentes estruturantes têm especial relevância na judicialização da saúde, pois estabelecem parâmetros para a atuação judicial em demandas coletivas e estruturais. No entanto, a aplicação prática desses precedentes ainda enfrenta dificuldades, dada a resistência de alguns tribunais em adotar entendimentos uniformes e a pressão de demandas individuais que exigem respostas rápidas. A ausência de cultura de respeito aos precedentes é apontada por Mitidiero (2016) como um dos obstáculos à consolidação do novo sistema processual.

As decisões judiciais que ignoram precedentes consolidados acabam por impor encargos desproporcionais a municípios e estados, comprometendo o equilíbrio federativo. Gouveia Linardi (2017) ressalta que, em muitos casos, pequenas cidades são compelidas a custear tratamentos de altíssimo valor para um único paciente, em razão de decisões isoladas de juízes de primeira instância, sem observar entendimentos consolidados do STF. Isso não apenas gera desequilíbrio financeiro, mas também compromete a equidade do sistema, uma vez que recursos destinados a políticas coletivas acabam direcionados a atender decisões individuais.

Para enfrentar essas disparidades, o CNJ tem promovido Jornadas de Direito da Saúde e recomendações que buscam padronizar entendimentos. Os enunciados aprovados, embora não tenham força vinculante, funcionam como instrumentos de *soft law* que orientam magistrados e estimulam maior coerência nas decisões. Segundo Ferrer, Ribeiro e Hartmann (2020) lembram que a incorporação desses enunciados às práticas judiciais tem contribuído para reduzir a fragmentação e fortalecer a segurança jurídica no campo da saúde.

A consolidação do sistema de precedentes no Brasil representa uma oportunidade para qualificar a judicialização da saúde, reduzindo disparidades e promovendo maior previsibilidade. Contudo, a efetividade desse modelo depende da adesão dos tribunais e da internalização de uma cultura de respeito às decisões vinculantes. O fortalecimento de instrumentos como os recursos repetitivos e as teses de repercussão geral é essencial para evitar decisões conflitantes que desestabilizem o equilíbrio federativo e comprometam a sustentabilidade do SUS. Em suma, a observância aos precedentes é condição indispensável para compatibilizar a proteção do direito individual com a efetividade das políticas públicas de saúde.

CAPÍTULO 3 - A COMPETÊNCIA NAS DEMANDAS JUDICIAIS DE SAÚDE À LUZ DO TEMA 1.234 DO STF

A judicialização da saúde, fenômeno consolidado no Brasil desde a década de 1990, trouxe à tona não apenas debates sobre a efetividade dos direitos fundamentais, mas também sobre a distribuição de competências entre os entes federativos e entre as diferentes esferas do Poder Judiciário. Diante da multiplicidade de ações judiciais, muitas vezes propostas em face da União, dos Estados e dos Municípios de forma indistinta, emergiu a necessidade de fixação de critérios claros acerca de quem deve responder pelas demandas e qual juízo é competente para processá-las e julgá-las.

Nesse contexto, o STF, no julgamento do Recurso Extraordinário (RE) nº 1.366.243/SC, sob a sistemática da repercussão geral (Tema 1.234), estabeleceu diretrizes fundamentais para a definição da legitimidade passiva e da competência da Justiça Federal ou Estadual nas ações relacionadas ao fornecimento de medicamentos registrados na Anvisa, mas não incorporados às listas do SUS.

3.1 A repercussão geral no RE n.º 1.366.243/SC e a tese do tema 1.234

O julgamento do RE nº 1.366.243/SC representa um marco na história da judicialização da saúde no Brasil. A Suprema Corte enfrentou a controvérsia relativa à competência para processar e julgar demandas envolvendo medicamentos não incorporados às políticas públicas do SUS, mas com registro sanitário junto à Anvisa. A decisão dialoga com entendimentos anteriores, como o fixado no Tema 793 da repercussão geral, e busca compatibilizar o princípio da solidariedade entre os entes federados com a necessidade de racionalizar a distribuição de competências, evitando sobrecarga desproporcional sobre Estados e Municípios.

O STF, órgão máximo do Poder Judiciário brasileiro, enfrenta as situações referentes aos problemas com a saúde desde ano de 2007, apresentando posições e medidas, desde então, para a realização justa dos parâmetros constitucionais do direito à saúde. Dentre os vários casos apreciados pela Suprema Corte, destaque ao RE com Agravo no 607.387 SC, que teve como ministro-relator Luiz Fux. No caso, os Estados objetivavam se eximir da obrigação de distribuição de medicamentos, tema

objeto de muitos recursos ao STF. Firmou o entendimento de que, é de competência dos entes federados o fornecimento de medicamentos, de forma gratuita, para aqueles que não possuísem recursos para gastos com remédios ou tratamentos de saúde.

Na referida decisão ficou consignado que:

O reconhecimento de medicamentos pelo Estado é direito fundamental, podendo o requerente pleiteá-los de qualquer um dos entes federativos, desde que demonstrada sua necessidade e a impossibilidade de custeá-los, desde que demonstrada sua necessidade e a impossibilidade de custeá-los com recursos próprios. Isto por que, uma vez satisfeitos tais requisitos, o ente federativo deve se pautar no espírito de solidariedade para conferir efetividade ao direito garantido pela Constituição, e não criar entraves jurídicos para postergar a devida prestação jurisdicional (STF, 2011, p. 01)¹⁵.

O supremo decidiu por seguir os critérios estabelecidos na norma constitucional, ou seja, o dever estatal de implementação de políticas públicas para a proteção e tratamento de todos os cidadãos, principalmente no que se refere àqueles que não possuem de meios para arcar. Assim, enquanto os Estados devem criar meios para prover serviços médicos e fornecimento de remédios, a União cabe repassar as verbas para auxiliar os entes estatais. Contudo, a judicialização da saúde não se limita ao direito de receber medicamentos ou tratamentos e a quem cabe arcar financiamento com os custos, mas também a quem compete processar e julgar as demandas em que tais questões se fazem presentes.

Com o julgamento do RE nº 1.366.243 SC na Suprema Corte, tema de repercussão geral nº 1.234, foram estabelecidas novas diretrizes para a judicialização da saúde, especialmente, no que se refere a distribuição de competências entre União, Estados e Municípios no contexto da saúde. Matéria de relevância não só jurídica, também sob as perspectivas econômica, política e social. Claro que, até o momento, foram opostos vários embargos de declaração.

No plenário, o Ministro Luiz Fux reafirmou a jurisprudência dominante pela responsabilidade solidária dos entes federados quanto à prestação do direito à saúde (Recurso Extraordinário nº 855.178/SE - Tema 793 de Repercussão Geral). Consolidando o entendimento da obrigatoriedade do ingresso da União Federal no

¹⁵ Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/programas-e-aco-es/forum-da-saude-3/nat-jus-nacional/>. Acesso em: 05 out. 2025.

polo passivo nas demandas que versem sobre o fornecimento de medicamentos não incorporados no SUS, embora registrado na Anvisa.

O julgamento do RE 1.366.243 SC assenta a competência judicial para julgar demandas relacionadas ao fornecimento de medicamentos não incorporados às políticas públicas do SUS, mas registrados na Anvisa. Medicamentos não incorporados ao SUS São aqueles não previstos na política pública de saúde, incluindo medicamentos sem registro na Anvisa ou indicados para uso *off-label* (fora das especificações de bula). No tocante à distribuição da competência para processar e julgar as ações judiciais relativas ao direito à saúde, a decisão fixou as seguintes teses:

Tema 1.234 - Legitimidade passiva da União e competência da Justiça Federal, nas demandas que versem sobre fornecimento de medicamentos registrados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa, mas não padronizados no Sistema Único de Saúde – SUS: I – Competência. 1) Para fins de fixação de competência, as demandas relativas a medicamentos não incorporados na política pública do SUS, mas com registro na Anvisa, tramitarão perante a Justiça Federal, nos termos do art. 109, I, da Constituição Federal, quando o valor do tratamento anual específico do fármaco ou do princípio ativo, com base no Preço Máximo de Venda do Governo (PMVG – situado na alíquota zero), divulgado pela Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED - Lei 10.742/2003), for igual ou superior ao valor de 210 salários-mínimos, na forma do art. 292 do CPC. 1.1) Existindo mais de um medicamento do mesmo princípio ativo e não sendo solicitado um fármaco específico, considera-se, para efeito de competência, aquele listado no menor valor na lista CMED (PMVG, situado na alíquota zero). 1.2) No caso de inexistir valor fixado na lista CMED, considera-se o valor do tratamento anual do medicamento solicitado na demanda, podendo o magistrado, em caso de impugnação pela parte requerida, solicitar auxílio à CMED, na forma do art. 7º da Lei 10.742/2003. 1.3) Caso inexista resposta em tempo hábil da CMED, o juiz analisará de acordo com o orçamento trazido pela parte autora. 1.4) No caso de cumulação de pedidos, para fins de competência, será considerado apenas o valor do(s) medicamento(s) não incorporado(s) que deverá(ão) ser somado(s), independentemente da existência de cumulação alternativa de outros pedidos envolvendo obrigação de fazer, pagar ou de entregar coisa certa¹⁶.

A jurisprudência do STF tradicionalmente reconheceu a responsabilidade solidária da União, Estados e Municípios no fornecimento de medicamentos e tratamentos médicos, conforme fixado no Tema 793 (RE 855.178/SE). A lógica da

¹⁶ Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/jurisprudenciaRepercussao/tema.asp?num=1234>. Acesso em: 05 out. 2025.

solidariedade permitia ao cidadão propor ações contra qualquer ente federativo, assegurando acesso mais célere ao tratamento. Todavia, essa interpretação também gerava insegurança quanto à competência, visto que ações propostas contra a União deveriam, em regra, tramitar na Justiça Federal (art. 109, I, CF/1988), enquanto demandas ajuizadas contra Estados e Municípios corriam na Justiça Estadual.

Segundo Ribeiro e Moreira (2017), a multiplicidade de entendimentos gerava conflitos de competência, aumento do volume de ações na Justiça Federal e sobrecarga administrativa para pequenos municípios, muitas vezes compelidos a arcar com custos milionários de tratamentos. A uniformização trazida pelo Tema 1.234 busca atenuar essas distorções, introduzindo um critério objetivo de valor para definir a competência.

No julgamento, o STF estabeleceu que ações envolvendo medicamentos registrados na Anvisa, mas não incorporados ao SUS, deverão ser processadas na Justiça Federal quando o valor anual do tratamento ultrapassar 210 salários-mínimos, conforme parâmetro definido pela Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED). Nos casos de tratamentos abaixo desse limite, a competência será da Justiça Estadual.

Esse critério financeiro, como destacam Mendes e Branco (2022), visa racionalizar a distribuição das demandas, considerando que tratamentos de altíssimo custo envolvem repercussões orçamentárias de maior magnitude, justificando a presença da União como parte no processo. Assim, preserva-se o pacto federativo e evita-se que municípios sejam desproporcionalmente onerados por decisões judiciais.

A fixação do Tema 1.234 possui efeitos diretos sobre a organização do SUS e sobre a gestão orçamentária dos entes federativos. Municípios, frequentemente responsabilizados pelo custeio de medicamentos de alto custo, passam a ter respiro financeiro, já que demandas acima do limite estabelecido deverão incluir a União no polo passivo e tramitar na Justiça Federal.

No entanto, autores como Gouvêa (2023) alertam que o critério exclusivamente financeiro pode gerar novos problemas, como a fragmentação das demandas e a dificuldade de coordenação entre políticas locais e nacionais. Ainda que a União tenha maior capacidade financeira, a ausência de integração entre os níveis de governo pode comprometer a efetividade da decisão judicial.

O STF buscou compatibilizar a tese do Tema 793 (solidariedade plena dos entes) com a necessidade de racionalização trazida pelo Tema 1.234. Em vez de

negar a solidariedade, a Corte estabeleceu que, em casos de medicamentos de altíssimo custo, a União deve obrigatoriamente integrar o polo passivo. Trata-se, portanto, de uma solidariedade mitigada, que reconhece a corresponsabilidade de todos os entes, mas ajusta a competência de acordo com o impacto financeiro da demanda.

Por outro lado, críticos como Vieira (2023) afirma que a tese pode enfraquecer o acesso à Justiça, ao transferir demandas para a Justiça Federal, muitas vezes mais distante geograficamente do cidadão. A doutrina tem apontado diferentes críticas à decisão do STF. Uma delas é a utilização de critério puramente econômico (210 salários-mínimos) sem considerar outros aspectos, como a urgência do tratamento ou a gravidade da doença. Outra crítica recai sobre a insegurança causada pelos embargos de declaração ainda pendentes, que podem alterar pontos sensíveis da tese.

De acordo com Chagas (2020), outro desafio está na operacionalização prática: como os juízes calcularão o valor anual do tratamento em casos de múltiplos medicamentos? E como será definida a competência quando houver divergência sobre o custo apresentado pelas partes? O STF tentou minimizar essas dúvidas ao indicar a CMED como órgão de referência, mas a ausência de resposta em tempo hábil exigirá decisões discricionárias do magistrado, o que pode reintroduzir a insegurança que se pretendia eliminar.

Do ponto de vista social, a decisão do STF repercute na expectativa dos cidadãos de acessar o Judiciário de forma célere. A migração de casos para a Justiça Federal pode aumentar a demora no julgamento, sobretudo em regiões onde não há varas federais em todos os municípios. Politicamente, a decisão reforça a centralidade da União na gestão de demandas de saúde, consolidando a percepção de que o governo federal deve assumir maior protagonismo no financiamento de tratamentos de altíssimo custo.

O julgamento do RE nº 1.366.243/SC (Tema 1.234) representa um marco para a judicialização da saúde no Brasil, ao fixar parâmetros objetivos para a definição da competência entre Justiça Estadual e Federal nas ações que envolvem medicamentos registrados na Anvisa, mas não incorporados ao SUS. A adoção do critério econômico busca garantir maior racionalidade, aliviar a sobrecarga sobre municípios e fortalecer a União como protagonista nos casos de maior impacto financeiro.

A decisão, todavia, não está isenta de críticas: a exclusividade do critério financeiro pode gerar distorções, a operacionalização prática ainda suscita dúvidas e a distância geográfica da Justiça Federal pode dificultar o acesso à Justiça para pacientes de localidades remotas. Apesar desses desafios, a tese representa um esforço do STF em compatibilizar o direito fundamental à saúde com a necessidade de preservar o equilíbrio federativo e a sustentabilidade das políticas públicas.

3.2 Critérios de competência

A tese fixada apresenta critérios claros que norteiam a tramitação desses casos, estabelecendo um marco na relação entre a judicialização da saúde e a organização do sistema federativo. A decisão do STF reafirmou que a saúde é uma competência comum (art. 23, II, da CF/1988) mas destacou que sua operacionalização exige coordenação e hierarquia. Reforçou o pacto federativo, atribuindo à União um papel normativo e estratégico em estabelecer diretrizes gerais e políticas nacionais de saúde, os Estados e Municípios devem adaptá-las e implementá-las conforme as necessidades locais.

Um dos principais pontos discutidos foi a determinação da competência para processar e julgar as ações judiciais, ficou estabelecido como critério o valor dos medicamentos ou tratamentos pleiteados, sendo as demandas de medicamentos de alto custo, considerado o valor anula acima de 210 salários-mínimos, tratados na Justiça Federal (art. 109, I, CF/1988), as de menor valor permanecem sob a jurisdição Estadual.

A base de cálculo para a competência deve considerar o Preço Máximo de Venda ao Governo (PMVG) definido pela Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED). Em caso de ausência do medicamento referida na lista, considera-se o orçamento apresentado na demanda, com possibilidade de auxílio técnico para verificação. Em caso de cumulação de pedidos na mesma ação, deve corresponder ao valor somado de todos os medicamentos para definição da competência.

1) Para fins de fixação de competência, as demandas relativas a medicamentos não incorporados na política pública do SUS, mas com registro na Anvisa, tramitarão perante a Justiça Federal, nos termos do art. 109, I, da Constituição Federal, quando o valor do tratamento anual específico do fármaco ou do princípio ativo, com base no Preço Máximo de Venda do Governo (PMVG – situado na alíquota zero),

divulgado pela Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED – Lei 10.742/2003), for igual ou superior ao valor de 210 salários-mínimos, na forma do art. 292 do CPC. 1.1) Existindo mais de um medicamento do mesmo princípio ativo e não sendo solicitado um fármaco específico, considera-se, para efeito de competência, aquele listado no menor valor na lista CMED (PMVG, situado na alíquota zero). 1.2) No caso de inexistir valor fixado na lista CMED, considera-se o valor do tratamento anual do medicamento solicitado na demanda, podendo o magistrado, em caso de impugnação pela parte requerida, solicitar auxílio à CMED, na forma do art. 7º da Lei 10.742/2003. 1.3) No caso de cumulação de pedidos, para fins de competência, será considerado apenas o valor do(s) Medicamento(s) não incorporado(s) que deverá(ão) ser somado(s), independentemente da existência de cumulação alternativa de outros pedidos envolvendo obrigação de fazer, pagar ou de entregar coisa certa.¹⁷

A saúde como competência comum e a necessidade de coordenação federativa, de acordo com a CF/1988, em seu artigo 23, II, estabelece que a saúde é matéria de competência comum entre União, Estados e Municípios. Entretanto, a execução das políticas de saúde exige coordenação hierárquica e cooperação entre as esferas federativas. Como destaca Barroso (2019), o federalismo brasileiro é cooperativo, mas assimétrico, o que significa que a União deve atuar como ente normativo e coordenador, enquanto Estados e Municípios exercem funções suplementares e executivas. Nesse sentido, a decisão do STF reafirma o pacto federativo ao atribuir à União maior responsabilidade nos casos de tratamentos de altíssimo custo, mitigando a sobrecarga orçamentária dos entes locais.

A adoção do critério financeiro para definição da competência, busca conferir racionalidade e proporcionalidade ao sistema. Mendes e Branco (2022) ressaltam que a União, por deter maior capacidade arrecadatória e normativa, deve responder por demandas de maior impacto financeiro, preservando a autonomia administrativa de Estados e Municípios. Assim, evita-se que entes locais sejam compelidos a arcar sozinhos com tratamentos de milhões de reais, o que comprometeria programas coletivos de saúde.

Para garantir objetividade, o STF determinou que a base de cálculo do valor anual do tratamento seja o Preço Máximo de Venda ao Governo (PMVG), definido pela Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED). Esse critério confere previsibilidade, pois utiliza um parâmetro oficial e transparente. Em situações

¹⁷ Disponível em: <https://esaj.tjsp.jus.br/cjsj/getArquivo.do?cdAcordao=18744090&cdForo=0>. Acesso em: 05 out. 2025.

em que não exista valor fixado na lista CMED, o magistrado deve considerar o orçamento apresentado pela parte autora, podendo solicitar auxílio técnico à própria CMED (Lei nº 10.742/2003). Trata-se de mecanismo que busca evitar a manipulação de valores pelas partes, garantindo maior confiabilidade às decisões judiciais (Carvalho, 2023).

Outro ponto relevante é o tratamento das ações que envolvem a cumulação de pedidos. O STF determinou que, quando houver solicitação de mais de um medicamento não incorporado, o valor para fixação da competência deve corresponder à soma de todos os tratamentos. Essa regra evita que demandas sejam artificialmente fragmentadas para permanecerem na Justiça Estadual, garantindo coerência na aplicação da tese.

De acordo com Gouvêa (2023), essa previsão é essencial para impedir fraudes processuais e assegurar que a competência seja definida de acordo com o impacto financeiro global da demanda, e não apenas pelo custo individual de cada medicamento. A decisão do STF produziu efeitos relevantes, como a segurança jurídica: magistrados e advogados agora possuem parâmetros objetivos para definir a competência, reduzindo conflitos entre Justiça Federal e Estadual. Racionalidade orçamentária: ao transferir demandas de alto custo para a União, a decisão alivia a sobrecarga de municípios e pequenos estados, preservando a sustentabilidade local. Uniformização nacional: a tese garante maior uniformidade no tratamento das ações judiciais, fortalecendo a previsibilidade e a equidade.

No entanto, estudos como os de Ferrer, Ribeiro e Hartmann (2020) alertam que o critério puramente financeiro pode não refletir todas as nuances do direito à saúde. Situações de urgência ou de doenças raras podem exigir flexibilização, sob pena de inviabilizar o acesso rápido a tratamentos indispensáveis.

A decisão do STF também recebeu críticas. Uma delas diz respeito ao risco de dificultar o acesso à Justiça, uma vez que a Justiça Federal não está presente em todos os municípios, obrigando pacientes a se deslocarem para cidades maiores. Segundo Vieira (2023), isso pode gerar barreiras práticas para cidadãos mais vulneráveis, justamente aqueles que mais necessitam da tutela judicial. Outra crítica recai sobre a dependência da CMED. Embora seja órgão especializado, sua resposta pode não ser imediata, e a ausência de definição em tempo hábil devolve ao juiz a discricionariedade, reabrindo espaço para insegurança jurídica.

Além disso, ao adotar um critério exclusivamente econômico, a decisão pode deixar de fora fatores igualmente relevantes, como a eficácia terapêutica, a urgência do tratamento e a disponibilidade de alternativas no SUS. Como observa Ramos e Rodrigues (2021), o direito à saúde não pode ser reduzido a uma questão de custo, devendo sempre considerar os princípios da dignidade humana e da máxima efetividade dos direitos fundamentais.

Contudo, os desafios permanecem: a distância geográfica da Justiça Federal pode dificultar o acesso de pacientes, a operacionalização prática da tese depende da eficiência da CMED e a exclusividade do critério financeiro pode gerar injustiças em casos específicos. Ainda assim, a decisão representa avanço significativo na busca por um sistema mais coerente e equilibrado, reafirmando o papel do STF como guardião da Constituição e regulador das tensões entre os direitos fundamentais e a organização federativa do Estado brasileiro.

3.3 Comentários aos fundamentos e votos proferidos no julgamento

O julgamento em questão representa um marco relevante no debate da judicialização da saúde no Brasil, principalmente por buscar articular critérios mais objetivos para o reconhecimento de demandas judiciais de saúde, definir competências entre os entes federativos e salvaguardar a sustentabilidade orçamentária e a integridade das políticas públicas de saúde. A seguir, analisa-se os principais pontos levantados pelos ministros, com suporte em literatura especializada, para verificar coerência e eventuais lacunas.

O Ministro Relator Edson Fachin, responsável pela sistematização da tese, consolidou a necessidade de estabelecer parâmetros objetivos para a judicialização da saúde, enfatizou a necessidade de harmonização e cooperação entre União, Estados e Municípios, para evitar conflitos de competência entre a Justiça Federal e Estadual e garantir uma gestão eficiente dos recursos públicos. Defendeu a importância da fundamentação das decisões judiciais em evidências científicas robustas, preservando a integridade das políticas públicas de saúde. Destacou a importância dos critérios técnicos, como o PMVG na determinação da competência, a fim de prevenir a fragmentação de responsabilidades.

O Ministro Gilmar Mendes enfatizou o caráter integrador da decisão, destacando que ela contribui para o fortalecimento do pacto federativo. Argumentou que a centralização de demandas de alto custo na Justiça Federal promove maior uniformidade no tratamento judicial e facilita a articulação com a União, principal responsável pelo financiamento. Apontou a relevância de acordos interfederativos na resolução de conflitos judiciais relacionados à saúde. Destacou que decisões judiciais que ignoram as políticas públicas estabelecidas podem desestruturar o SUS, e, portanto, é essencial que os magistrados respeitem os limites definidos pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (CONITEC).

O Ministro Luiz Fux acompanhou o Relator, mas trouxe ressalvas quanto à execução das responsabilidades financeiras. Justificou que, embora a União seja o ente principal para o custeio, o processo de ressarcimento interfederativo deve ser claramente regulamentado para evitar atrasos ou descumprimentos que prejudiquem Estados e Municípios. Enfatizou o papel do Judiciário no controle de atos administrativos de negativa de fornecimento de medicamentos, defendendo que as decisões devem observar estritamente a legalidade, mas não substituir a discricionariedade técnica da administração pública. Ressaltou sua preocupação com a judicialização excessiva.

O Ministro Luís Roberto Barroso salientou a importância da decisão na definição de competência a fim de considerar o impacto financeiro e uso racional dos recursos públicos, uma vez que a judicialização excessiva compromete o orçamento destinado a ações coletivas de saúde, impactando negativamente a equidade do SUS. Defendeu que a centralização das demandas de alto custo na Justiça Federal reduz o risco de decisões conflitantes e desarticuladas. Acentuou que o ônus da prova recai sobre o autor da ação judicial, que deve apresentar evidências científicas sólidas sobre a eficácia e a segurança do tratamento.

O Ministro Alexandre de Moraes reforçou a necessidade de modular os efeitos da decisão para evitar instabilidade jurídica nos casos em tramitação. Sugeriu uma fase de adaptação com implementação gradual das novas regras de competência e custeio, garantindo tempo suficiente para que os entes federativos se adaptem. Destacou a centralização de informações, com a importância da plataforma nacional para unificar dados sobre medicamentos, permitindo maior controle e transparência.

A Ministra Rosa Weber apontou que a fixação de competência baseada no valor das demandas fortalece a segurança jurídica e o planejamento orçamentário.

Reafirmou que a decisão preserva a autonomia dos Estados e Municípios, ao mesmo tempo, em que regula o papel da União em casos de maior complexidade, e, a relevância de critérios uniformes para evitar decisões divergentes.

O Ministro Fachin enfatizou a necessidade de parâmetros objetivos como evidências científicas robustas e a harmonização entre União, Estados e Municípios para prevenir conflitos de competência e uso fragmentado dos recursos públicos. Isso se alinha com contribuições acadêmicas que alertam que decisões judiciais, quando descoladas de critérios técnicos, podem gerar iniquidades territoriais e orçamentárias (Ferraz, 2019).

Ferraz mostra que muitas demandas judiciais individuais não atacam os problemas centrais do sistema de saúde como subfinanciamento e desigualdades regionais, justamente pela falta de critérios claros na decisão judicial. Além disso, Vieira (2020), em *Direito à Saúde no Brasil*, destaca que o Judiciário deve respeitar políticas públicas existentes e não as reinventar caso a caso. Gilmar Mendes ressaltou o papel da decisão para fortalecer o pacto federativo e alertou para o risco de decisões judiciais ignorarem políticas públicas estabelecidas, especialmente aquelas reconhecidas pela CONITEC. Isso encontra respaldo científico: estudos sobre o Tema 1.234 do STF apontam que a incorporação de medicamentos ou tratamentos não aprovados ou não registrados pelo SUS gera desequilíbrios fiscais e desarticula políticas setoriais.

O Ministro Fux concordou com o Relator quanto à competência, mas ponderou sobre a necessidade de regulamentar claramente o ressarcimento financeiro interfederativo para evitar que Estados ou Municípios sofram prejuízo. A literatura acadêmica lembra que a responsabilidade solidária dos entes federados no SUS está prevista em casos de demandas judiciais de saúde (Tema 793/STF) e que o ressarcimento ainda carece de mecanismos operacionais eficientes para não gerar sobrecarga para entes com menor capacidade financeira.

Também se destaca, no trabalho de Ferreira, Nunes e Teixeira (2020), que decisões judiciais devem preservar discricionariedade da administração pública, mas exigidas legalmente quando houver omissão injustificada, sempre respeitando o marco legal sanitário e evidência científica.

Barroso trouxe preocupação com o impacto financeiro e orçamentário da judicialização excessiva, enfatizando que o autor deve provar eficácia e segurança do tratamento pleiteado. A literatura corrobora: o estudo de *Direito à Saúde no Brasil*

mostra que muitas decisões favoráveis aos autores de ações judiciais demandam tratamentos de alto custo, muitas vezes não previstos em protocolos ou evidenciados, o que sobrecarrega o orçamento do SUS. Também Ferraz (2019) argumenta que, para assegurar equidade, é fundamental que o direito à saúde seja mediado por políticas públicas coletivas e diretrizes técnicas, além de existir prova científica sólida.

A modulação de efeitos proposta por Alexandre de Moraes busca evitar instabilidade jurídica e dar prazo de adaptação aos entes federativos. Esse tipo de proposta é geralmente visto com bons olhos na doutrina, que aponta que mudanças abruptas ou decisões *ex nunc* podem gerar insegurança administrativa e dificultar planejamento orçamentário. Por exemplo, o Manual do Conasems sobre judicialização recomenda medidas graduais e a qualificação das respostas dos municípios para evitar impactos negativos na gestão local. Além disso, Villas-Boas (2024) estudou impactos do Tema 1.234 e verificou que a aplicação gradual facilita ajuste dos Entes e reduz conflitos judiciais decorrentes da insegurança sobre competência e financiamento.

Ferraz (2019) destacou que fixar competência segundo valor das demandas fortalece a segurança jurídica e o planejamento; que critérios uniformes evitam decisões divergentes e resguardam autonomia estadual e municipal. Isso está em consonância com estudos que mostram que variabilidade jurisprudencial nas diferentes esferas compromete a igualdade de tratamento, e que a unidade de critérios pode mitigar essas disparidades.

Em síntese, os votos proferidos no julgamento apresentam uma coerência com a literatura acadêmica sobre judicialização da saúde, no esforço de balancear o direito individual à saúde com a preservação do sistema público e do pacto federativo.

Os ministros abordaram aspectos essenciais: prova científica, competência federativa, responsabilidade solidária, modulação de efeitos, e a necessidade de critérios uniformes para evitar decisões conflitantes e impactos fiscais graves. As ressalvas mais relevantes se referem à operacionalização prática desses princípios, por exemplo, regulamentação clara do ressarcimento entre entes federados, definição de critérios objetivos que sejam ao mesmo tempo técnicos e acessíveis, capacidade institucional dos Estados e Municípios para responder adequadamente às decisões judiciais, e garantia de adaptação gradual para evitar colapso administrativo ou financeiro.

Para fortalecer a aplicação prática do julgado, recomenda-se que sejam utilizados precedentes vinculantes, que se promova capacitação técnica de juízes e gestores, e que haja mecanismos transparentes de monitoramento do impacto orçamentário dessas decisões.

3.4 Impactos jurídicos, administrativos e orçamentários: dados de Goiânia

A decisão no Tema 1.234 apresenta impactos significativos na operacionalização do SUS e na organização da judicialização da saúde no Brasil, ao estabelecer parâmetros claros para o fornecimento de medicamentos não incorporados às políticas públicas do SUS. Com uma abordagem integrada e federativa, estabelecendo um modelo de cooperação entre os entes federativos e o Poder Judiciário, reforçando critérios de competência, custeio e avaliação técnica, busca harmonizar os direitos individuais à saúde com as limitações orçamentárias e administrativas do sistema público.

Ao condicionar a concessão de medicamentos não incorporados a critérios técnicos e financeiros, reduz o risco de decisões judiciais sem fundamentação técnica que possam comprometer a saúde coletiva em benefício de interesses individuais. O critério de fixação da competência baseado no PMVG garante que medicamentos adquiridos por meio de decisões judiciais não ultrapassem limites previamente estabelecidos, o que evita o comprometimento do planejamento e orçamento destinado à saúde pública.

A decisão reforça a solidariedade entre os entes federativos e incentiva uma maior colaboração entre União, como ente central no financiamento de medicamentos de alto custo, e os Estados e Municípios que organizam responsabilidades e custos, criando mecanismos de ressarcimento interfederativo, minimizando conflitos de competência.

As demandas em tramitação na Justiça Estadual que tratem de medicamentos não incorporados ao SUS e gerem obrigações financeiras para Estados e Municípios terão suas despesas ressarcidas pela União, mediante transferências entre fundos públicos, do Fundo Nacional de Saúde (FNS) para os Fundos Estaduais (FES) ou Municipais de Saúde (FMS). Quando apenas um dos entes federativos for parte no processo, o magistrado deverá, sempre que necessário, determinar a inclusão dos

demais entes para assegurar a correta execução e a responsabilidade compartilhada decorrente da decisão judicial.

A compensação financeira nessas hipóteses corresponderá a 65% das despesas originadas em ações cujo valor da causa varie entre sete e duzentos e dez salários-mínimos. Essa regra será detalhada por meio de ato normativo do Ministério da Saúde, elaborado com base em consenso obtido em reunião tripartite entre União, Estados e Municípios, a ser realizada em até noventa dias.

No tocante aos medicamentos utilizados em tratamentos oncológicos, as demandas judiciais ajuizadas até 10 de junho de 2024 garantirão um reembolso de 80% dos valores despendidos por Estados e Municípios, independentemente do trânsito em julgado das decisões. A operacionalização será conduzida pelo Ministério da Saúde, após deliberação em reunião tripartite, também com prazo máximo de noventa dias. As ações ajuizadas após essa data seguirão os novos critérios de reembolso a serem formalizados e aprovados pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT) no mesmo período.

Quanto aos medicamentos já incorporados ao SUS, conforme a definição da Comissão Especial prevista no Anexo I, será observado o procedimento administrativo e judicial ali estabelecido, inclusive quanto à jurisdição competente e aos mecanismos de reembolso entre os entes federativos. Caberá ao magistrado indicar qual ente público União, Estado, Distrito Federal ou Município, deverá realizar o fornecimento, de acordo com as circunstâncias específicas do caso e os critérios pactuados entre os entes federativos.

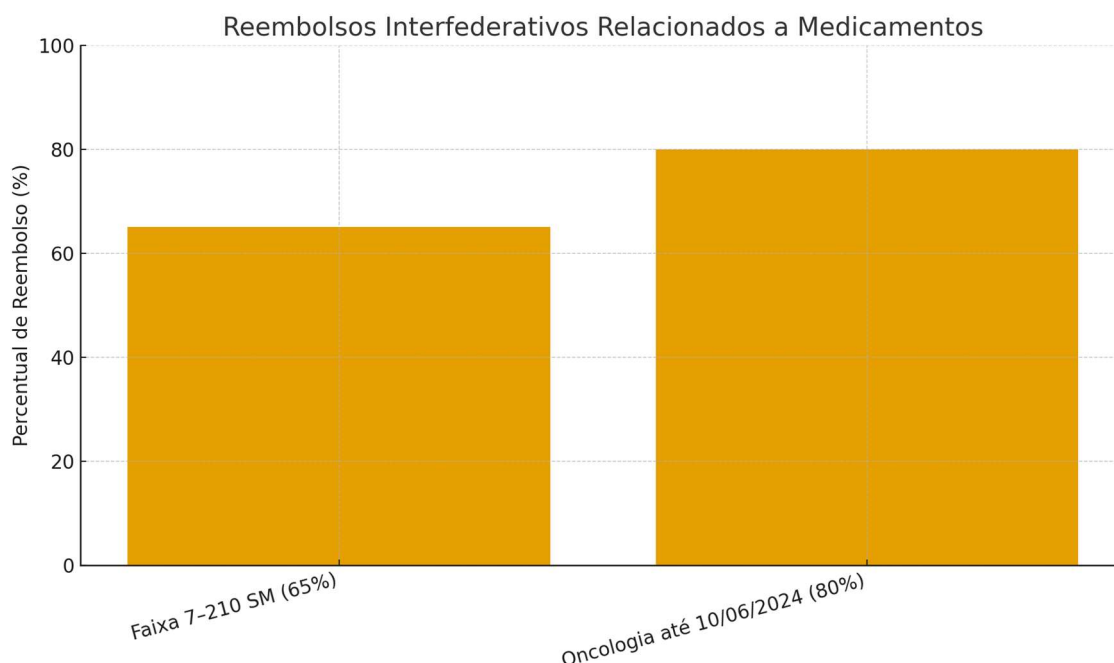
Adaptação dos efeitos restrita à competência: a alteração será válida somente para os casos que forem apresentados após a publicação do resultado do julgamento de mérito no Diário de Justiça Eletrônico, não abrangendo os processos que estão em trâmite até essa data, sendo inviável a solicitação de conflitos negativos de competência para os casos anteriores a esse ponto.

A tese firmada no Tema 1.234 reorganiza a judicialização de medicamentos no Brasil ao: (i) definir competência (priorizando a Justiça Federal para fármacos não incorporados ao SUS, com registro na Anvisa e custo anual $\geq$ 210 salários-mínimos); (ii) amarrar custeio e ressarcimento interfederativo; e (iii) ancorar preços no PMVG/CMED, além de fazer modulação para preservar processos em curso. Isso busca alinhar o direito individual à saúde aos limites técnicos orçamentários do SUS e conferir previsibilidade de gestão aos municípios.

Quadro 1 - Reorganização da judicialização de medicamentos no Brasil

Eixo	Regra/Síntese	Implicação para Municípios
Competência (Tema 1.234)	Medicamentos com registro na Anvisa, não incorporados ao SUS, e custo anual $\geq$ 210 SM: competência da Justiça Federal; modulação aplicável apenas a ações ajuizadas após a publicação do acórdão de mérito.	Remessa/declínio para Justiça Federal em novas ações; redução de conflitos de competência; previsibilidade processual.
Custeio e Solidariedade	União como ente central no custeio de alto custo, com mecanismos de ressarcimento interfederativo (transferências FNS→FES/FMS).	Possibilidade de reembolso de despesas quando houver execução local; menor risco de colapso orçamentário municipal em medicamentos de alto custo.
Chamada ao Polo Passivo	Juízo pode determinar inclusão de Estado/Município em ações apenas contra a União, sem encargos financeiros/sucumbência para o ente incluído.	Participação processual sem impacto financeiro imediato; maior coordenação federativa.
PMVG/Preço	Preço limitado ao PMVG, ou ao menor valor já praticado em aquisições públicas; observância ao CAP e à CMED.	Controle de gasto e padronização de valores em cumprimento de decisões; mitigação de sobrepreço.
Reembolso 65% (Faixa 7–210 SM)	Compensação de 65% das despesas de sanções em processos de 7 a 210 SM; ato do MS após pactuação tripartite (até 90 dias).	Alívio parcial do caixa municipal em condenações nessa faixa de valor.
Oncologia (Até 10/06/2024)	Reembolso de 80% do total gasto por Estados e Municípios, independentemente do trânsito em julgado.	Recuperação substancial de valores já despendidos com oncológicos até a data de corte.
Oncologia (Após 10/06/2024)	Regras serão pactuadas e formalizadas na CIT; implementação prevista em até 90 dias.	Necessidade de acompanhamento de atos da CIT para planejamento financeiro.
Medicamentos Incorporados (Anexo I)	Processo administrativo/judicial e regras de reembolso definidos no Anexo I; juíza/juiz define o ente responsável pelo fornecimento conforme o procedimento federativo.	Clareza procedimental para execução e eventual reembolso quando cabível.
Modulação/Transição	Efeitos restritos à competência para novas ações; processos em curso não são afetados.	Evita ruptura em casos em andamento; planejamento de transição.

Fonte: organizado pelo autor com base na Tema 1.234

Figura 2 - Percentuais de reembolso estabelecidos no Tema 1.234 (STF)

Fonte: organizado pelo autor com base na Tema 1.234

Ferraz (2019) argumenta que a judicialização centrada em pleitos individuais tende a piorar inequidades, defendendo critérios objetivos e respeito às políticas públicas, elementos incorporados no Tema 1.234. Vieira (2020) demonstra o subfinanciamento do SUS e a necessidade de alocação racional; decisões com teto de preço (PMVG) e regras de ressarcimento protegem ações coletivas e planejamento municipal.

Evidências empíricas indicam elevação de despesa com demandas judiciais, sobretudo medicamentos; a centralização e ressarcimentos definidos pelo Tema 1.234 tendem a amortecer esse impacto. A Recomendação CNJ 146/2023 reforça procedimentos e padronização com PMVG, em sintonia com o Tema 1.234.

Para os municípios, o Tema 1.234 aumenta a segurança jurídica, reduz impacto orçamentário por meio de ressarcimentos e PMVG, fortalece a governança federativa e exige maior atenção técnica. A transição gradual e as pactuações tripartites trazem previsibilidade e reduzem riscos de colapso administrativo. Permanecem desafios como a publicação de atos infralegais e o monitoramento constante de preços.

A decisão do Tema 1.234 repercute diretamente na gestão municipal, pois redefine o papel das esferas federativas na judicialização da saúde. Ao estabelecer a

Justiça Federal como foro competente para demandas de medicamentos de alto custo não incorporados ao SUS e ancorar a concessão em critérios técnicos (CONITEC, PMVG/CMED), o julgamento aproxima-se da proposta de Fachin, que defendia a fundamentação das decisões em evidências científicas robustas e a harmonização entre os entes. Essa diretriz dialoga com Ferraz (2019), que critica a excessiva centralidade de demandas individuais sem critérios objetivos e defende o respeito às políticas públicas de saúde como caminho para a equidade.

A preocupação de Gilmar Mendes com a preservação do pacto federativo se materializa nos dispositivos que tratam do ressarcimento interfederativo. Para os municípios, o reembolso de 65% em processos de até 210 salários-mínimos e de 80% em demandas oncológicas até junho de 2024 é um avanço, pois alivia o caixa local. Vieira (2020) já havia indicado que o subfinanciamento do SUS compromete a sustentabilidade do sistema, de modo que a responsabilização da União como ente central contribui para minimizar desigualdades territoriais e reforça a lógica de cooperação federativa.

Já o ponto de Luiz Fux, que ressalta a necessidade de clareza nas regras de ressarcimento, encontra eco no debate de Ferreira, Nunes e Teixeira (2020), ao destacar que a ausência de mecanismos transparentes de compensação acarreta insegurança financeira para Estados e Municípios. O Tema 1.234, ao prever prazos (até 90 dias) e instâncias de pactuação (CIT), cria uma estrutura administrativa mais previsível.

No mesmo sentido, Barroso alertava para o impacto orçamentário da judicialização sem critérios e para a necessidade de que o ônus da prova recaísse sobre o autor. Isso se traduz no item que limita o preço ao PMVG ou ao menor valor público já praticado, reforçando a racionalidade do gasto. A vinculação de preços evita distorções e sobrepreços, conforme já apontava a literatura sobre regulação farmacêutica (Vieira, 2020; Wang *et al.*, 2020).

A proposta de Alexandre de Moraes de modular os efeitos é essencial para o nível municipal, pois assegura que processos em curso na Justiça Estadual continuem sob as regras antigas, evitando colapso administrativo. Villar-Bôas (2024) mostra que a implementação gradual de decisões judiciais no campo da saúde aumenta a capacidade de adaptação dos entes e reduz conflitos de competência.

Por fim, a visão de Rosa Weber, que associa segurança jurídica a critérios uniformes, conecta-se com a literatura de Ferraz (2019), que alerta para a

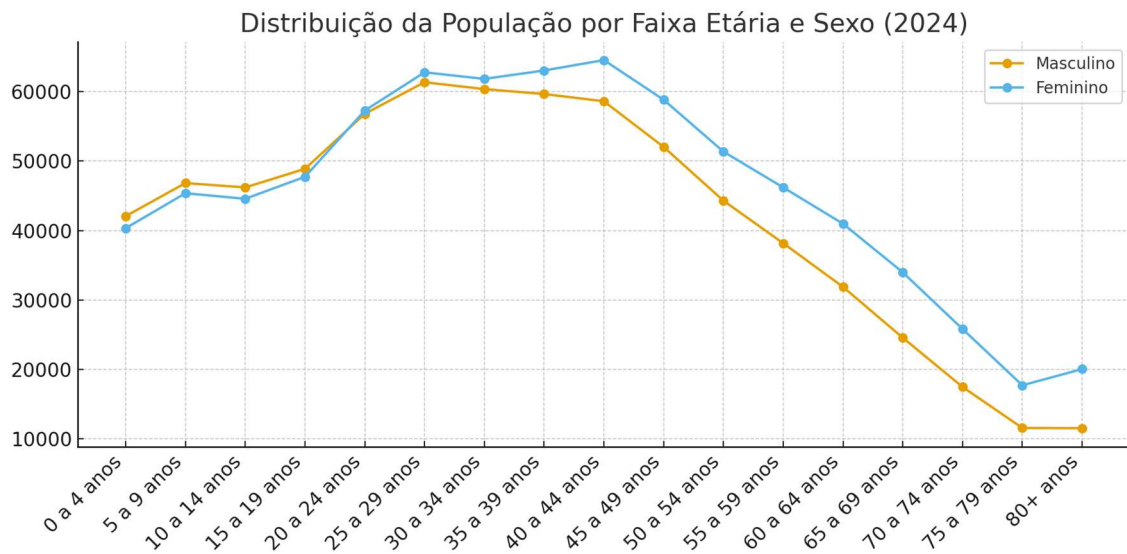
desigualdade gerada pela jurisprudência fragmentada. A padronização reforça o planejamento municipal e impede que decisões divergentes criem cenários de imprevisibilidade fiscal.

Assim, os impactos jurídicos, administrativos e orçamentários do Tema 1.234 podem ser lidos como a materialização prática dos fundamentos lançados pelos ministros: Fachin → critérios técnicos e científicos → reforçados pela exigência de CONITEC/PMVG (Ferraz, 2019); Gilmar Mendes → pacto federativo → fortalecido pela centralização da União e ressarcimentos (Vieira, 2020); Fux → clareza no ressarcimento → operacionalizado pela CIT e atos do Ministério da Saúde (Ferreira *et al.*, 2020); Barroso → racionalidade fiscal → traduzida no teto de preço e ônus da prova (Vieira, 2020); Moraes → modulação dos efeitos → fundamental para o equilíbrio municipal (Villar-Bôas, 2024); Weber → segurança jurídica → concretizada pela padronização de critérios (Ferraz, 2019). Essa articulação mostra que o julgamento não apenas responde a tensões já diagnosticadas pela doutrina, mas também oferece mecanismos jurídicos e administrativos capazes de atenuar os impactos orçamentários da judicialização para os municípios, que historicamente têm sido os entes mais vulneráveis a essas demandas.

De acordo com dados do Relatório Anual de Gestão 2024¹⁸, Goiânia apresenta população de 1.494.599 habitantes em 2024, com predominância feminina (52,3%) e tendência de envelhecimento populacional. A faixa etária acima de 60 anos aumentou 89% desde 2010, representando 15,8% do total. Essa transição demográfica reflete os desafios de uma cidade em processo de envelhecimento e urbanização (Goiânia, 2025).

¹⁸ O documento estrutura as metas segundo diretrizes estratégicas, tais como a Diretriz 01: Qualificação, modernização e inovação da administração geral da SMS, com foco em governança, gestão de pessoas, gestão da informação, controle, participação social e promoção da saúde. Diretriz 02: Fortalecimento e consolidação da Atenção Primária à Saúde, garantindo ampliameto e qualificação do acesso, integralidade, coordenação do cuidado e papel da APS como ordenadora da rede. Diretriz 03: Ampliação, implementação ou qualificação da Atenção Especializada de média e alta complexidade, urgências e emergências, regulação da saúde, oferta de serviços com qualidade e tempo oportuno. E, a Diretriz 05 (e outras subsequentes): fortalecimento da assistência farmacêutica, garantia de acesso aos medicamentos e insumos padronizados pelo SUS (Goiânia, 2025)

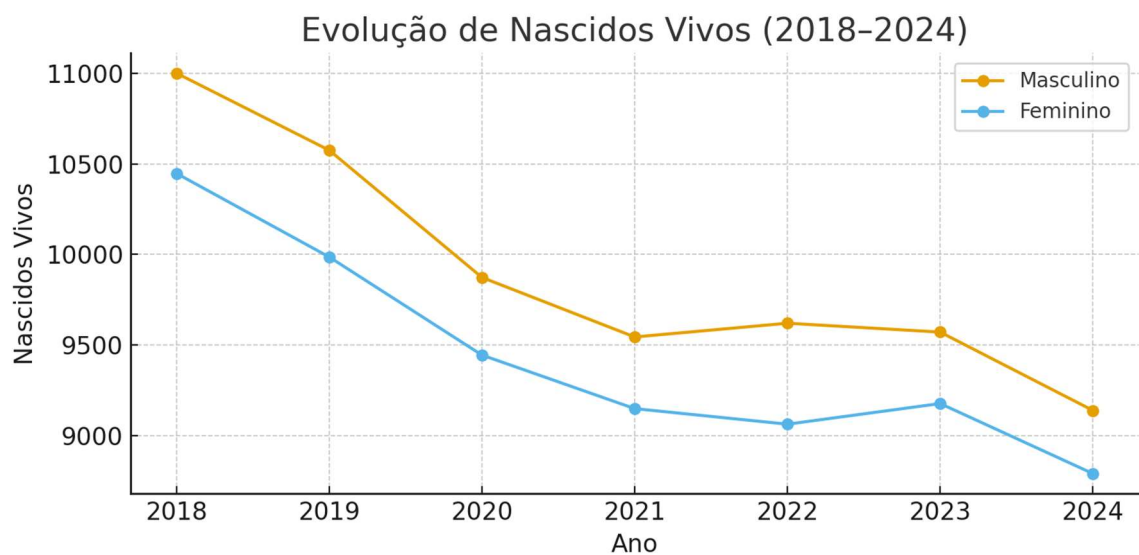
Figura 3 - Distribuição da população por faixa etária e sexo (2024)



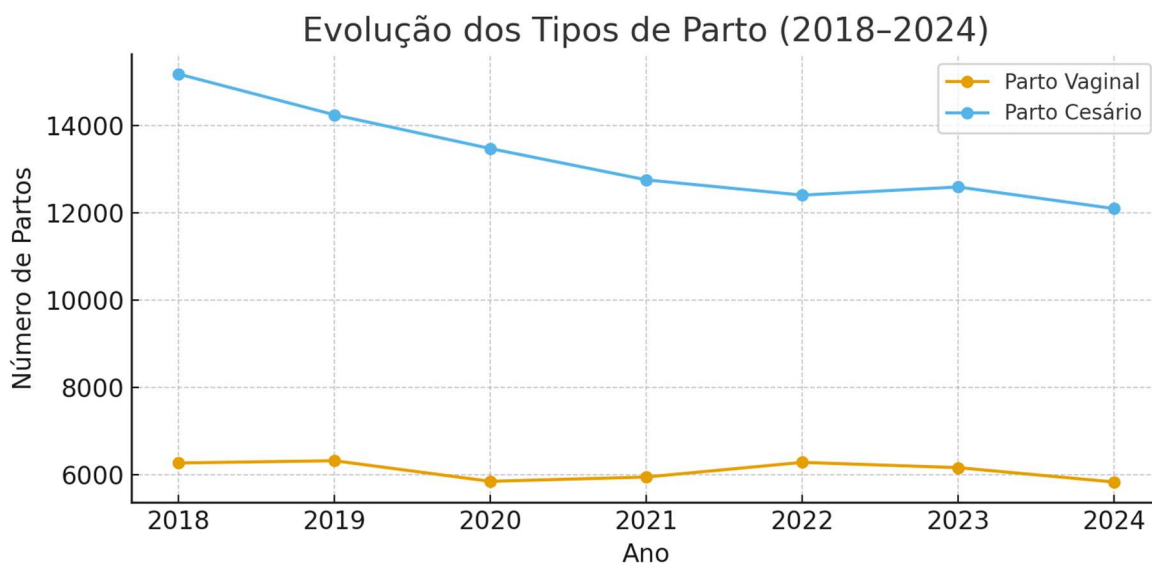
Fonte: Goiânia (2025)

Os dados do SINASC revelam redução contínua nos nascimentos em Goiânia entre 2018 e 2024, com queda de 16%. Em 2024, 51% dos nascidos são do sexo masculino. Houve também predominância de partos cesarianos (67,5%), muito acima da recomendação da OMS (15%).

Figura 4 - Evolução de nascidos vivos (2018-2024)



Fonte: Goiânia (2025)

Figura 5 - Evolução dos tipos de parto (2018-2024)

Fonte: Goiânia (2025)

Foram realizados 9.663.656 procedimentos ambulatoriais sob gestão municipal em 2024, sendo 56,9% voltados à promoção e prevenção em saúde. Os dados indicam foco na Atenção Básica e na prevenção, com aumento nas visitas domiciliares. Os atendimentos de urgência e emergência somaram 150.834 procedimentos ambulatoriais e 53.135 hospitalares. O grupo clínico foi o mais demandado, enquanto os cirúrgicos representaram o maior custo. No componente especializado, os procedimentos diagnósticos totalizaram 6,47 milhões de registros ambulatoriais e R\$ 105,4 milhões em gastos.

Em dezembro de 2024, Goiânia possuía 406 estabelecimentos de saúde cadastrados no CNES, sendo 90,9% sob gestão municipal. As Unidades Básicas de Saúde representaram 20,4% do total, seguindo-se as unidades de diagnóstico (22,4%) e as clínicas especializadas (18,5%). Os dados do RAG 2024 demonstram que Goiânia mantém um sistema de saúde robusto, com foco na prevenção e na expansão da Atenção Básica. Apesar disso, o alto índice de cesarianas e os custos hospitalares ainda representam desafios importantes para a gestão pública.

O Relatório Anual de Gestão (RAG) de 2024 da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia evidencia um panorama detalhado sobre o desempenho do SUS no âmbito municipal, oferecendo um retrato fiel da execução orçamentária, da produção de serviços e dos resultados obtidos nas diversas áreas de atenção à saúde. A gestão municipal, sob a liderança da Secretaria de Saúde, demonstrou foco na consolidação

das redes de atenção, na expansão da cobertura assistencial e na promoção de ações preventivas, refletindo o compromisso da administração pública com a integralidade e a equidade da atenção à saúde, conforme os princípios do SUS.

Com uma população estimada em 1.494.599 habitantes, Goiânia mantém-se como o décimo município mais populoso do país e o segundo da Região Centro-Oeste, atrás apenas de Brasília. A composição populacional é marcada por 47,7% de homens e 52,3% de mulheres, com clara predominância feminina nas faixas etárias mais elevadas. A população idosa, com 60 anos ou mais, representa 15,8% do total, demonstrando um aumento de 89% desde 2010. Esse dado revela a transição demográfica em curso, com implicações diretas na estrutura das políticas públicas, que devem se adaptar ao envelhecimento e às doenças crônicas não transmissíveis que dele decorrem.

Em relação à natalidade, os dados provenientes do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) mostram uma tendência de declínio no número de nascimentos em Goiânia nos últimos anos. Entre 2018 e 2024, o total de nascidos vivos reduziu-se de 21.453 para 17.932, o que representa uma queda de aproximadamente 16%. Essa redução acompanha o comportamento demográfico das grandes cidades brasileiras, nas quais a urbanização, o aumento da escolaridade feminina e as mudanças no padrão reprodutivo conduzem à diminuição das taxas de fecundidade.

A distribuição por sexo manteve-se relativamente estável, com 51% dos nascidos do sexo masculino e 49% do feminino. Observa-se ainda uma modificação importante no perfil etário das mães, com aumento das gestações em mulheres acima de 30 anos, paralelamente à redução de casos entre adolescentes de 15 a 19 anos. Entretanto, o relatório chama atenção para a ocorrência de gestações em menores de 14 anos, juridicamente caracterizadas como violência sexual, o que reforça a necessidade de ações integradas de proteção, responsabilização e prevenção no âmbito da rede de atenção e defesa de direitos das mulheres.

O acompanhamento pré-natal apresentou avanços consistentes. Em 2024, 76,8% das gestantes realizaram sete ou mais consultas, indicador acima da média nacional e superior ao registrado em anos anteriores. Apenas 1,3% das mulheres não tiveram nenhuma consulta, o que demonstra ampliação do acesso e da resolutividade na atenção primária. Esse desempenho é resultado da ampliação da cobertura das Equipes de Saúde da Família e do trabalho contínuo dos Agentes Comunitários de

Saúde. Por outro lado, a proporção de partos cesarianos permanece elevada, atingindo 67,5% do total, valor significativamente superior ao limite de 15% recomendado pela Organização Mundial da Saúde. Apesar de pequena redução nos últimos anos, a cultura médica e hospitalar ainda favorece o parto cirúrgico, exigindo políticas de incentivo à humanização e à valorização do parto normal.

A análise da morbimortalidade hospitalar, conforme o Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS), revela que Goiânia registrou 77.136 internações de residentes no município em 2024, uma redução de 6,6% em relação a 2023. As principais causas de internação foram as lesões e envenenamentos (18,3%), as doenças do aparelho circulatório (12%), as doenças do aparelho digestivo (7%), as doenças infecciosas e parasitárias (6,6%), as neoplasias (6,4%) e as doenças do aparelho geniturinário (6,2%). O perfil das causas reflete a dupla carga de doenças típica dos centros urbanos: de um lado, as condições crônicas não transmissíveis, associadas ao envelhecimento e ao estilo de vida; de outro, os agravos decorrentes da violência e das condições sociais precárias.

Na produção de serviços do SUS, o relatório destaca a expressiva atuação da atenção básica. Em 2024, foram realizados 9.663.656 procedimentos ambulatoriais sob gestão municipal, dos quais 56,9% correspondem a ações de promoção e prevenção da saúde, 40,3% a procedimentos clínicos, 2,7% a diagnósticos e apenas 0,2% a cirúrgicos. Essa predominância demonstra o investimento estratégico na atenção primária e na descentralização dos cuidados, pilares fundamentais do modelo de saúde pública de Goiânia. Nas unidades de urgência e emergência, a demanda atingiu 150.834 atendimentos ambulatoriais e 53.135 hospitalares, com predominância de casos clínicos e alto custo associado a procedimentos cirúrgicos, que responderam por mais de R\$ 57 milhões em gastos.

A atenção psicossocial também obteve destaque, com 70.465 atendimentos ambulatoriais e 1.759 internações, totalizando aproximadamente R\$ 2,9 milhões em faturamento. Esses números sinalizam o fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), ampliando a oferta de serviços para pessoas com transtornos mentais e dependência química. Já os procedimentos de média e alta complexidade somaram 10.608.132 atendimentos ambulatoriais e 67.768 hospitalares. O grupo de procedimentos diagnósticos foi responsável pela maior quantidade de registros, enquanto os procedimentos cirúrgicos representaram o maior volume de recursos financeiros.

No total, o faturamento dos procedimentos ambulatoriais e hospitalares alcançou R\$ 363 milhões, com 59% dos gastos concentrados em média e alta complexidade, o que evidencia a importância dos hospitais e centros especializados na rede municipal.

A estrutura física de saúde de Goiânia também se destaca pela amplitude e diversidade. Em dezembro de 2024, havia 406 estabelecimentos de saúde cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), sendo 90,9% sob gestão municipal. As Unidades Básicas de Saúde correspondem a 20,4% do total, as unidades de diagnóstico e terapia (SADT) a 22,4%, as clínicas e centros especializados a 18,5% e as policlínicas a 7,1%. Essa rede diversificada e capilarizada possibilita a descentralização dos serviços e o fortalecimento da atenção primária, favorecendo a proximidade entre equipe de saúde e comunidade.

A análise evidencia que, em Goiânia, as emendas parlamentares impositivas representam um instrumento vital de financiamento complementar à saúde municipal, garantindo a execução de políticas estratégicas e o fortalecimento de unidades hospitalares e ambulatoriais. A destinação dos recursos, associada ao cumprimento do piso da enfermagem, demonstra o esforço municipal em valorizar os profissionais e manter o equilíbrio fiscal diante de novas obrigações legais.

Em Goiânia, o relatório demonstra que o município recebeu em 2024 um total de R\$ 41.363.482,13 em emendas federais, R\$ 10.673.804,28 em estaduais e R\$ 89.251.310,49 em emendas municipais, totalizando um montante expressivo no orçamento da saúde local. Contudo, é essencial aprimorar os mecanismos de transparência e controle social, de modo a assegurar que os recursos provenientes das emendas e das transferências legais resultem efetivamente em melhorias no atendimento ao usuário do SUS, em consonância com o princípio da eficiência (art. 37, CF/1988) e com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS 3 e 8) saúde de qualidade e trabalho digno (Goiânia, 2024).

Do ponto de vista da gestão orçamentária, o RAG demonstra a aplicação correta dos recursos, com atenção ao equilíbrio entre financiamento federal, estadual e municipal. A execução financeira reflete a priorização das ações assistenciais e de manutenção da rede pública, mesmo diante das restrições orçamentárias nacionais. Observa-se, ainda, o cumprimento das exigências da Lei Complementar nº 141/2012 quanto à transparência e à prestação de contas ao Conselho Municipal de Saúde, reafirmando o compromisso com o controle social.

O relatório¹⁹ evidencia a crescente preocupação da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia (SMS) em articular o planejamento das ações e serviços públicos de saúde com o planejamento orçamentário, atendendo ao princípio da eficiência administrativa e à transparência na gestão pública. Essa integração está em consonância com o disposto na Lei Complementar nº 141/2012, que regulamenta os critérios mínimos de aplicação de recursos em saúde e estabelece parâmetros de monitoramento e fiscalização (BRASIL, 2012).

A utilização do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS)²⁰ é destacada como instrumento essencial para assegurar a fidedignidade dos dados e a publicidade das informações fiscais e financeiras. Conforme o relatório, cabe ao gestor municipal garantir o registro e a homologação das informações no sistema, respeitando os prazos previstos na Lei de Responsabilidade Fiscal (Lei Complementar nº 101/2000) e no artigo 165, §3º, da CF/1988, que determina a publicação periódica do Relatório Resumido da Execução Orçamentária (RREO).

Os valores demonstram que, em 2024, o total da despesa pública em saúde de Goiânia atingiu R\$ 2.257.118.974,13, sendo os maiores montantes destinados às subfunções “Assistência Hospitalar e Ambulatorial” (R\$ 1.137.861.561,77) e “Atenção Básica” (R\$ 137.705.069,48). Essa distribuição reflete a ênfase da gestão municipal em manter o funcionamento dos serviços hospitalares e especializados, o que é compreensível diante da alta demanda por média e alta complexidade, mas também revela o desafio de fortalecer a Atenção Primária à Saúde (APS). Como destacam Starfield (2002) e Mendes (2011), a consolidação da APS é fundamental para reduzir custos, evitar internações desnecessárias e melhorar os indicadores de saúde populacional.

No caso de Goiânia, observa-se que as transferências federais somaram R\$ 908.745.625,58, enquanto as estaduais totalizaram R\$ 93.950.827,92,

¹⁹ O texto ressalta, ainda, que o planejamento orçamentário em saúde deve estar alinhado com o Plano Municipal de Saúde (PMS) e a Programação Anual de Saúde (PAS), garantindo coerência entre metas físicas e financeiras um princípio também defendido por Mendes (2011) e Giacomoni (2020), para quem o alinhamento entre planejamento e orçamento é condição necessária para a efetividade das políticas públicas.

²⁰ O SIOPS, conforme apresentado, constitui ferramenta estratégica de gestão e controle social, pois permite calcular automaticamente a aplicação mínima obrigatória de 15% da receita de impostos e transferências vinculadas à saúde municipal, conforme exige a Lei Complementar nº 141/2012. A adesão ao sistema é obrigatória e confere fé pública aos dados homologados, o que fortalece a credibilidade da gestão municipal perante os órgãos de controle e a sociedade civil.

representando mais de 44% do total aplicado na saúde municipal em 2024. Essa dependência dos repasses fundo a fundo demonstra a importância do pacto federativo para a sustentabilidade das políticas públicas locais.

Por outro lado, o relatório não evidencia valores expressivos provenientes de operações de crédito ou *royalties* do petróleo, o que indica que o município ainda depende fortemente das fontes constitucionais e legais, com baixa capacidade de autofinanciamento, realidade comum entre as capitais brasileiras, segundo estudos do IPEA.

O relatório reconhece as dificuldades de compatibilizar plenamente os instrumentos de planejamento e orçamento, ressaltando que a prioridade tem sido assegurar a clareza das informações e a transparência do gasto público. Essa abordagem dialoga com as exigências da Lei de Acesso à Informação (Lei nº 12.527/2011) e com os princípios da Política Nacional de Participação Social, que buscam democratizar o controle do orçamento público.

Para consolidar o modelo de gestão eficiente, é essencial ampliar a capacidade técnica das equipes municipais, investir em sistemas de monitoramento e garantir o envolvimento dos Conselhos de Saúde, conforme orienta a Resolução nº 453/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que reforça o papel deliberativo e fiscalizador da sociedade civil na gestão do SUS.

De modo geral, o Relatório Anual de Gestão de 2024 evidencia avanços relevantes na estrutura e na efetividade do SUS em Goiânia. O município demonstra capacidade de planejamento, transparência na gestão e um modelo assistencial baseado na promoção da saúde e na integração das redes de atenção. Persistem desafios importantes, como o elevado índice de cesarianas, a pressão sobre os serviços hospitalares e a necessidade de fortalecer ainda mais a vigilância epidemiológica e as ações de saúde mental. Contudo, a análise dos dados revela uma trajetória de aprimoramento contínuo, em que o investimento em prevenção e atenção básica tem se mostrado a estratégia mais sustentável para a saúde pública municipal.

Entretanto, o relatório também evidencia falhas ou metas²¹ não atingidas, como por exemplo a proposta de nova redação da Lei Municipal n.º 8.088/2002 para

²¹ Em relação a metas, a Meta de que 100% das unidades da rede utilizem o Prontuário Eletrônico do Cidadão. Meta de que $\geq 80\%$ das unidades de saúde tenham “caixas de sugestões, críticas e elogios” em funcionamento. Meta de que as demandas da Ouvidoria sejam 80% encerradas em prazo adequado. Em APS, por exemplo, meta de cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Primária à Saúde $\geq 64\%$. Em urgência/emergência a meta de tempo médio de resposta do Serviço de

o Conselho Municipal de Saúde de Goiânia não foi encaminhada ao Gabinete do Prefeito, meta não alcançada. A capacitação dos conselheiros de saúde, meta de $\geq 50\%$ não foi atingida, registro zero para os quadrimestres. As demandas da Ouvidoria finalizadas o indicador ficou em 20,16% no primeiro quadrimestre, 39,02% no segundo, 41,88% no terceiro bem abaixo da meta de $\geq 80\%$. Essas lacunas sugerem que, embora algumas estruturas e processos estejam em funcionamento, há fragilidades em participação social qualificada, na capacidade de resposta e no controle social mais efetivo (Goiânia, 2025).

O relatório demonstra como ponto forte que, a SMS Goiânia estruturou um planejamento detalhado, com metas expressas, indicadores definidos e um orçamento programado para cada diretriz. A transparência desse planejamento é um aspecto positivo. Além disso, avançar em processos de governança (ex: implementação de caixas de sugestões, construção de unidade administrativa, prontuário eletrônico) denota esforço institucional de modernização (Goiânia, 2025).

E, como ponto de atenção, apesar disso, a execução em áreas cruciais como capacitação dos conselheiros de saúde, funcionamento eficaz da ouvidoria, atualização legislativa do conselho revela uma lacuna entre o planejamento e a operacionalização. A participação social qualificada não apenas reuniões, mas capacitação, autonomia, incidência na gestão parece ainda aquém do que o instrumento exige. A resposta da ouvidoria mecanismo central de controle social e da escuta cidadã mostra desempenho abaixo do esperado, o que pode comprometer a percepção de *contabilização* e efetividade da gestão de saúde (Goiânia, 2025).

Já as implicações são a infraestrutura e sistemas (ex: prontuário eletrônico, caixas de sugestões) quando funcionando elevam potencial de qualificação da rede, mas dependem de recursos humanos, capacitação e processo contínuo. A não atualização da lei do conselho e a ausência de capacitação sistemática dos conselheiros podem comprometer o controle social, a transparência e a efetividade das decisões coletivas na saúde. A baixa taxa de resposta da ouvidoria pode indicar

Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) ≤ 80 minutos (Goiânia, 2025). Alguns destaques de metas alcançadas, a Meta de unidades com caixas de sugestões na rede: o indicador apresentou 90,68% para o primeiro quadrimestre, 100% até o quarto quadrimestre, superando a meta de $\geq 80\%$. Meta de construção de uma unidade administrativa da SMS (sede do Conselho Municipal de Saúde) foi alcançada. Esses resultados apontam progressos concretos em governança, participação social e infraestrutura administrativa (Goiânia, 2025).

gargalos na gestão de processos, no monitoramento ou na priorização de demandas, o que afeta a qualidade percebida do sistema de saúde pelo usuário (Goiânia, 2025).

Com base na análise, para fortalecer a gestão da saúde em Goiânia, recomenda-se:

1. Capacitação contínua e sistemática dos conselheiros de saúde, com cronograma claro, recursos definidos e monitoramento de resultados.
2. Atualização legislativa do conselho municipal, para adequar ao marco regulatório vigente, fortalecendo a representatividade, atribuições e autonomia.
3. Melhorar as taxas de resposta da ouvidoria, por meio de monitoramento de indicadores, atribuição de responsabilidades, definição de prazos, relatórios transparentes à sociedade.
4. Expandir a desagregação de indicadores por região/população vulnerável, para avaliar equidade no acesso, cobertura e resultados.
5. Aprimorar o acompanhamento e relatório de qualidade assistencial, não só de produção ou infraestrutura, mas de resultados em saúde, satisfação do usuário, tempos de espera, resolutividade.
6. Realizar benchmarking e comparações temporais, para verificar tendências, aprimorar metas e demonstrar evolução ou retrocesso, tornando o relatório mais dinâmico e informativo.
7. Assegurar a sustentabilidade orçamentária das ações, associando metas à execução financeira real, para evitar que défices operacionais comprometam a rede de serviços.

CONCLUSÃO

A presente dissertação contextualiza a importância do direito fundamental à saúde, previsto no art. 6º e no art. 196 da CF/1988, ressaltando como a judicialização se tornou um fenômeno crescente e desafiador para os entes municipais. A partir de exemplos concretos, como a suspensão de serviços de farmácia em unidades de saúde de Goiânia e decisões judiciais que obrigam a União a custear medicamentos de altíssimo custo, evidencia a tensão entre a efetividade do direito à saúde e as limitações orçamentárias e administrativas enfrentadas pelos municípios.

O trabalho teve como problema central compreender de que modo a fixação da competência judicial, firmada pelo Supremo Tribunal Federal no Tema 1.234, tem contribuído para uma gestão municipal da saúde mais equilibrada e eficiente, e em que medida os mecanismos previstos vêm sendo efetivamente implementados nas políticas públicas de saúde.

Partiu-se da hipótese de que a fixação dessa competência pelo STF promoveu maior racionalidade administrativa, segurança jurídica e delimitação de responsabilidades entre os entes federativos, contribuindo para o aprimoramento da gestão municipal. No entanto, também se previu que sua efetividade dependeria da capacidade institucional e orçamentária dos municípios, bem como da articulação intergovernamental para a consolidação de uma governança cooperativa na área da saúde.

O Capítulo 1 demonstrou que o direito à saúde, consagrado na Constituição Federal de 1988, é um direito social fundamental e um dever solidário do Estado, concretizado por meio do SUS. A partir da análise histórica e normativa, foi possível observar que o SUS representa um marco civilizatório na efetivação da dignidade humana, mas também enfrenta limitações estruturais e financeiras que comprometem a universalidade e a integralidade do atendimento. A atuação dos municípios, embora essencial, evidencia desigualdades federativas e insuficiência de recursos, o que fragiliza a execução das políticas públicas e amplia a vulnerabilidade à judicialização. A incorporação de instrumentos revela-se indispensável para compatibilizar a tutela jurisdicional dos direitos fundamentais com a sustentabilidade fiscal, assegurando coerência, previsibilidade e racionalidade ao sistema público de saúde.

O Capítulo 2 abordou a judicialização da saúde como fenômeno complexo e multifacetado, resultado direto das falhas na implementação das políticas públicas. As ações judiciais envolvendo medicamentos de alto custo, tratamentos experimentais e omissões administrativas tornaram-se instrumentos de garantia individual de direitos, mas também geraram forte impacto orçamentário e administrativo. O capítulo evidenciou o papel do CNJ e do NATJUS na busca de uniformização técnica das decisões judiciais, destacando-se, entretanto, que tais instrumentos ainda carecem de integração efetiva com os gestores municipais e com o Ministério da Saúde. Assim, a judicialização se revelou simultaneamente como mecanismo de concretização de direitos e de pressão sobre o equilíbrio fiscal e institucional do Estado.

O Capítulo 3 concentrou-se na análise do Tema 1.234 do STF, que fixou critérios objetivos de competência federativa para o julgamento de demandas relacionadas ao fornecimento de medicamentos. O Supremo Tribunal Federal estabeleceu parâmetros baseados no custo anual do tratamento e na existência de registro do medicamento na Anvisa, buscando reduzir a fragmentação de decisões e os conflitos entre os entes federativos. A análise dos votos dos ministros e dos efeitos práticos do julgamento revelou que a decisão contribuiu para maior segurança jurídica e previsibilidade processual, mas que os municípios continuam suportando significativa sobrecarga financeira e administrativa. O estudo de caso de Goiânia mostrou que o crescimento das ações judiciais e o alto custo dos tratamentos impactam diretamente os orçamentos locais, revelando a necessidade de planejamento e integração interinstitucional mais efetiva.

A análise demonstrou que a judicialização da saúde opera como vetor de reconfiguração institucional, produzindo não apenas deslocamentos orçamentários, mas uma alteração estrutural na racionalidade distributiva das políticas públicas. As decisões judiciais individualizadas, ao tensionarem a matriz regulatória do SUS, instauram um cenário de concorrência assimétrica entre pleitos individuais e programas universais, distorcendo prioridades sanitárias e comprimindo a margem de planejamento dos entes federados, sobretudo dos municípios.

Nesse quadro, a efetividade do direito à saúde deve ser interpretada sob a perspectiva do Direito Constitucional Econômico, que exige arranjos regulatórios capazes de internalizar os impactos econômicos das decisões jurisdicionais e de preservar a consistência sistêmica das políticas sociais. A regulação estatal cumpre precisamente a função de mitigar falhas estruturais, harmonizar incentivos e

assegurar a estabilidade institucional necessária à implementação de políticas públicas complexas, o que evidencia que a atuação judicial descoordenada pode fragilizar o equilíbrio federativo e comprometer a eficiência alocativa do Estado.

Dessa forma, os resultados confirmam parcialmente a hipótese inicial. Verificou-se que o Tema 1.234 do STF constitui importante avanço jurídico e institucional ao estabelecer um marco de racionalização e de equilíbrio federativo na gestão da saúde. Contudo, sua plena eficácia depende de fatores externos ao Poder Judiciário, como o fortalecimento das capacidades administrativas municipais, o aperfeiçoamento do planejamento orçamentário, o aumento da cooperação federativa e a efetiva implementação dos mecanismos técnicos e normativos previstos nas políticas públicas de saúde. A decisão do STF mitigou a insegurança jurídica, mas não solucionou as causas estruturais da judicialização, que continuam associadas à insuficiência de recursos, à desigualdade regional e à deficiência de gestão.

Entre as principais constatações, destaca-se que a fixação da competência judicial trouxe maior previsibilidade processual e estabilidade institucional, favorecendo a racionalização da gestão pública. Por outro lado, a análise demonstrou que o impacto orçamentário das decisões judiciais continua desafiando o equilíbrio fiscal dos entes municipais.

A fragmentação das políticas e a ausência de critérios uniformes de financiamento reforçam a necessidade de políticas intersetoriais que combinem justiça distributiva, eficiência administrativa e solidariedade federativa. O direito à saúde permanece tensionado entre o princípio do mínimo existencial e a reserva do possível, exigindo uma leitura constitucional que harmonize a proteção da vida com a responsabilidade fiscal.

A contribuição teórica deste trabalho consiste em integrar o Direito Constitucional Econômico à discussão sobre judicialização da saúde, demonstrando que a efetivação dos direitos fundamentais depende tanto de instrumentos jurídicos quanto de políticas econômicas sustentáveis e planejamento público.

Já a contribuição prática reside na oferta de subsídios para que gestores públicos e magistrados possam atuar de forma coordenada, fortalecendo a governança federativa e prevenindo o uso excessivo do Judiciário como meio de acesso às políticas públicas.

Por fim, a contribuição política evidencia a necessidade de maior cooperação entre os poderes e os entes federativos, com a criação de mecanismos de diálogo institucional que reduzam a litigiosidade e aprimorem a eficiência administrativa.

Confirma-se que o julgamento do Tema 1.234 do STF constitui marco relevante na consolidação de uma gestão pública mais eficiente e juridicamente segura no âmbito da saúde, embora ainda insuficiente para eliminar os desequilíbrios orçamentários e administrativos que caracterizam o sistema federativo brasileiro.

O estudo demonstra que o equilíbrio entre o direito à saúde e a responsabilidade fiscal requer não apenas decisões judiciais equilibradas, mas também políticas públicas estruturadas, planejamento intergovernamental e fortalecimento das capacidades locais.

As medidas estruturantes emergem como instrumentos fundamentais para enfrentar as causas sistêmicas da judicialização e promover a sustentabilidade das políticas públicas de saúde. Essas medidas incluem o fortalecimento da gestão interfederativa, a criação de fluxos administrativos padronizados para o fornecimento de medicamentos e o aprimoramento dos instrumentos de planejamento orçamentário e de monitoramento de demandas judiciais.

O desenvolvimento de sistemas de informação integrados entre gestores e o Poder Judiciário permite a construção de respostas mais céleres e técnicas às demandas, reduzindo a litigiosidade e aprimorando a eficiência administrativa. A formação continuada de equipes técnicas e jurídicas municipais também constitui medida estratégica, pois assegura maior capacidade de resposta e conformidade com os parâmetros fixados pelo Supremo Tribunal Federal.

Oportunidade para o fortalecimento dos consórcios intermunicipais de saúde, mecanismo já previsto na Lei nº 11.107/2005. Por meio dos quais, os municípios podem unir esforços para realizar compras coletivas de medicamentos, compartilhar profissionais e equipamentos e implementar centrais regionais de regulação. Essa cooperação federativa permite racionalizar gastos, reduzir desigualdades regionais e ampliar o acesso a serviços especializados, contribuindo para prevenir demandas judiciais que decorrem da falta de estrutura local.

Além disso, a adoção de medidas estruturantes exige a consolidação de espaços institucionais de cooperação e governança, como comitês intergestores regionais e câmaras técnicas permanentes entre gestores públicos, Ministério Público e magistrados. Esses fóruns devem atuar na formulação de protocolos clínicos, na definição de responsabilidades financeiras compartilhadas e na pactuação de metas de desempenho, soluções preventivas, de modo a fortalecer a coordenação federativa e a efetividade do SUS. De forma a garantir a transparência na gestão de recursos e

o diálogo interinstitucional permitindo alinhar decisões administrativas e judiciais, diminuindo o litígio e favorecendo a efetividade do direito à saúde.

A implementação de núcleos técnicos de apoio, como o NATJUS, e a incorporação de avaliações baseadas em evidências científicas e dados epidemiológicos regionais na tomada de decisão judicial e administrativa representam avanços essenciais para equilibrar a proteção do direito à saúde com a racionalidade do gasto público. Dessa forma, as medidas estruturantes consolidam-se como pilares de uma governança cooperativa e preventiva, capaz de garantir maior racionalidade na aplicação dos recursos, reduzir a dependência da via judicial e promover maior equidade e sustentabilidade financeira no cumprimento das políticas de saúde.

Assim, o STF, ao fixar a competência judicial em matéria de saúde, reafirmou o papel do Judiciário como garantidor dos direitos fundamentais, mas deixou evidente que a efetividade do direito à saúde depende, sobretudo, da boa governança, da solidariedade interinstitucional e da responsabilidade compartilhada entre todos os entes da Federação.

Como limitações da pesquisa, destaca-se o recorte espacial centrado no município de Goiânia, o que restringe a generalização dos resultados para outros contextos regionais.

Sugere-se, para estudos futuros, a ampliação da análise empírica para diferentes municípios e estados, a fim de avaliar comparativamente os efeitos do Tema 1.234, bem como o aprofundamento sobre o impacto financeiro concreto das decisões judiciais em saúde e o papel dos NATJUS como instrumentos de racionalização técnica e orçamentária.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

ALBUQUERQUE, C. *et al.* A situação atual do mercado da saúde suplementar no Brasil: 2000–2006. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 2, p. 453-462, 2008.

ALVES, V. L. S. **Atenção primária à saúde no Distrito Federal**: Acesso no período pós-conversão para a estratégia saúde da família segundo profissionais e usuários. / Valquíria Luiz dos Santos Alves. – Brasília, DF: Fundação Oswaldo Cruz, 2022

ALVES, M. P. **Judicialização da saúde e o impacto das decisões judiciais na gestão pública**. Revista Brasileira de Direitos e Garantias Fundamentais 4(2):99, 2019. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/330975379_judicializacao_da_saude_e_o_impacto_das_decisoess_judiciais_na_gestao_publica. Acesso em: 05 out. 2025.

ANS. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Caderno de Informação da Saúde Suplementar**: beneficiários, operadoras e planos. Rio de Janeiro: ANS, 2025. Disponível em: https://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Perfil_setor/sala-de-situacao.html. Acesso em: 05 out. 2025.

ASENSI, F. D.; PINHEIRO, R. Judicialização da saúde: dilemas e perspectivas. **Revista de Direito Sanitário**, v. 17, n. 3, p. 60-80, 2016. Disponível em: <https://bibliotecadigital.cnj.jus.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/307/Justi%C3%A7a%20Pesquisa%20-%20Judicializa%C3%A7%C3%A3o%20da%20Sa%C3%Bade%20no%20Brasil.pdf>. Acesso em: 05 out. 2025.

BARROSO, L. R. **O direito constitucional e a efetividade de suas normas**. 8. ed. Rio de Janeiro: Renovar, 2019. Disponível em: https://r.search.yahoo.com/_ylt=Awrirxp.28poGwIAQPLz6Qt.;_ylu=Y29sbwNiZjEEcG9zAzEEdnRpZAMEc2VjA3Ny/RV=2/RE=1759334527/RO=10/RU=https%3a%2f%2fbibliotecadigital.stf.jus.br%2fxmliu%2fhandle%2f123456789%2f6431/RK=2/RS=eR1Esxxhc_M.uJmWowXDRfqnu18. Acesso em: 05 out. 2025.

BAHIA, L. **Planos de saúde**: o direito e o mercado. São Paulo: Hucitec, 2022.

BIEHL, J.; PETRYNA, A. **When People Come First**: Critical Studies in Global Health. Princeton: Princeton University Press, 2013. Disponível em: <https://academic.oup.com/princeton-scholarship-on-line/book/16105?login=false>. Acesso em: 05 out. 2025.

BUCCI, M. P. D.; DUARTE, C. S. Judicialização da saúde no Brasil: os desafios da integralidade. **Revista de Direito Sanitário**, v. 18, n. 2, p. 28-47, 2017. Disponível em: <https://repositorio.usp.br/item/002848241>. Acesso em: 05 out. 2025.

BRAGA, R. B. **Fundamentos da Regulação: uma análise jurídica e econômica**. 1. ed. [S. l.]: Bookwire – Editora Singular, 2021.

BRASIL. **Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000.** Lei de Responsabilidade Fiscal. Diário Oficial da União, Brasília, 2000.

BRASIL. **Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012.** Regulamenta os valores mínimos a serem aplicados em ações e serviços públicos de saúde. Diário Oficial da União, Brasília, 2012.

BRASIL. **Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011.** Lei de Acesso à Informação. Diário Oficial da União, Brasília, 2011.

BRASIL. **Portaria GM/MS nº 3.992, de 28 de dezembro de 2017.** Estabelece novas regras de financiamento e transferência fundo a fundo do SUS. Diário Oficial da União, Brasília, 2017.

BRASIL. **Lei n.º 9.961, de 28 de janeiro de 2000.** Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Diário Oficial da União, Brasília, 31 jan. 2000.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 8 set. 2025.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 8 set. 2025.

BRASIL. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.** Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em: 8 set. 2025.

BRASIL. **Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998.** Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9656.htm. Acesso em: 05 out. 2025.

BRASIL. **Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000.** Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9961.htm. Acesso em: 05 out. 2025.

BRASIL. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil 2021-2030. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2021. 118 p.: il. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_enfrentamento_doencas_cronicas_agravos_2021_2030.pdf Acesso em: 8 out. 2025.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Recurso Extraordinário nº 566.471/RS.** Rel. Min. Marco Aurélio, j. 22 maio 2010.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **RE 657.718/MG.** Rel. Min. Marco Aurélio, j. 22 maio 2019.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. **REsp 1.721.705/SP**. Rel. Min. Nancy Andrighi, j. 2018.

BACOLI, S. B. **A judicialização da saúde e o custo dos direitos**. 124 f., il. Dissertação (Mestrado profissional em Direito Político e Econômico) - Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo, 2019.

BUCCI, M P D; DUARTE, C S. **Judicialização da saúde**: a visão do Poder Executivo. São Paulo: Saraiva, 2017.

CARVALHO, M; MERGENER, S. F. C. A judicialização da saúde e os impactos orçamentários em municípios de fronteira internacional: the judicialization of health and budgetary impacts in international border municipalities. **Revista de Estudos Empíricos em Direito**, v. 1, 2014. Disponível em: <https://www.reedrevista.org/reed/article/view/883>. Acesso em: 05 out. 2025.

CARVALHO, E. B; CECÍLIO, L. C. O. Open-access A regulamentação do setor de saúde suplementar no Brasil: a reconstrução de uma história de disputas. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 9, 2007. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000900024>

CASTRO, H. H. M. **Do direito público subjetivo à saúde**: conceituação, previsão legal e aplicação na demanda de medicamentos em face do Estado-membro. Disponível em: <https://encurtador.com.br/ijslIN>. Acesso em: 26 nov. 2024.

CHAGAS, M. P. L. **Judicialização da saúde e a repartição de competências do SUS**. 2020. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/artigos/judicializacao-da-saude-e-a-reparticao-de-competencias-do-sus/868550579>. Acesso em: 05 out. 2025.

CNJ. Conselho Nacional de Justiça. **Relatório Justiça em Números 2025**: Judicialização da Saúde. Brasília: CNJ, 2025.

CNJ. **Súmaro Executivo**. Justiça Pesquisa. Judicialização da saúde no Brasil: perfil das demandas, causas e propostas de solução. Instituto De Ensino E Pesquisa - INSPER, 2019.

CNJ. **Justiça Pesquisa**. Judicialização da saúde no Brasil Dados e experiências Judicialização da saúde no Brasil: dados e experiência. Coordenadores: Felipe Dutra Asensi e Roseni Pinheiro. - Brasília: Conselho Nacional de Justiça, 2015.

CNJ. **Judicialização da saúde no Brasil**: perfil das demandas e impactos. Brasília: Conselho Nacional de Justiça, 2020. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/conteudo/arquivo/2019/03/eae0a55729098701a9f49a22a9f3ce43.pdf>. Acesso em: 05 out. 2025.

CNJ. Conselho Nacional de Justiça. **Portaria nº 650, de 20 de novembro de 2009**. Disponível em: <https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/695>. Acesso em 05 dez. 2024.

CNJ. Conselho Nacional de Justiça. **Recomendação nº 31 do Conselho Nacional de Justiça**. Disponível em <https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/877>>. Acesso em 05, dez. 2024

CNJ. Plataforma e-NATJUS. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/programas-e-acoes/forum-da-saude/enatjus/>. Acesso em: 05 out. 2025.

CNJ. Conselho Nacional de Justiça. **I Jornada de Direito da Saúde**. Enunciados aprovados nas Jornadas de Direito da Saúde do Conselho Nacional de Justiça em 15 de maio de 2014. São Paulo-SP. maio de 2014. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/wpcontent/uploads/2019/03/e8661c101b2d80ec95593d03dc1f1d3e.pdf>. Acesso em 05 dez. 2024.

CNJ. Conselho Nacional de Justiça. **II Jornada de Direito da Saúde**. Enunciados aprovados nas Jornadas de Direito da Saúde do Conselho Nacional de Justiça em 22 de maio de 2015. São Paulo-SP. maio de 2015. Disponível em: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgiclfefindmkaj/https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2015/05/96b5b10aec7e5954fcc1978473e4cd80.pdf> Acesso em: 8 set. 2025.

CNJ. Conselho Nacional de Justiça. **III Jornada de Direito da Saúde**. Enunciados aprovados nas Jornadas de Direito da Saúde do Conselho Nacional de Justiça em 19 de março de 2019. São Paulo-SP. março de 2019. Disponível em: https://www.cnj.jus.br/wpcontent/uploads/2014/03/ENUNCIADOS_APROVADOS_NA_JORNADA_DE_DIREITO_DA_SAUDE_%20PLENRIA_15_5_14_r.pdf. Acesso em: 8 set. 2025.

CNJ. **Demandas judiciais relativas à saúde crescem 130% em dez anos**. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/demandas-judiciais-relativas-a-saude-crescem-130-em-dez-anos/>. Acesso em: 05 out. 2025.

DIMOULIS, D; MARTINS, L. **Teoria geral dos direitos fundamentais**: São Paulo, Revista dos Tribunais, 2022.

ESCOREL, S. *et al.*, **As origens da reforma sanitária e do SUS**. 2006. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/290164639_As_origens_da_reforma_sanitaria_e_do_SUS. Acesso em: 8 set. 2025.

FERRAZ, O. L. M. **Health as a Human Right: The Politics and Judicialisation of Health in Brazil**. Cambridge: Cambridge University Press, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bpsr/a/qxTxR5qxMrFsMRXSqQb3XDz/?format=html&lang=en>. Acesso em: 05 out. 2025.

FERRAZ, O. L. M. The right to health in the courts of Brazil: worsening health inequities? **Health and Human Rights**, v. 11, n. 2, p. 33-45, 2011. Disponível em: <https://www.hhrjournal.org/2011/12/the-right-to-health-in-the-courts-of-brazil-worsening-health-inequities>. Acesso em: 05 out. 2025.

FALLEIROS, I. Open-access Políticas de Saúde no Brasil, continuidades e mudanças. **Cad. Saúde Pública**, v. 29, n. 9, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/d75D74pHMCBJXjFVvPcbDYL/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 05 out. 2025.

GALDINO, Flávio. Introdução à teoria dos custos dos direitos: direitos não nascem em árvores. 2. ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2005.

GOMES, A. K. L. **Judicialização do direito à saúde**. Dissertação (Mestrado em Direito Constitucional) - Instituto Brasileiro de Ensino, Desenvolvimento e Pesquisa, Picos-PI, 2021.

GOIÂNIA. **Relatório Anual de Gestão da Saúde**. 2025. Disponível em: https://www.goiania.go.gov.br/sing_transparência/relatorioanual-de-gestao-da-saude. Acesso em: 05 out. 2025.

GOUVEIA LINARDI, R. C. **Ideologia e Poder judiciário**: um processo histórico de construção de valores. 2017. Disponível em: <https://repositorio.pucsp.br/jspui/handle/handle/20648> Acesso em: out. 2025.

GIACOMONI, J. **Orçamento Público**. 18. ed. São Paulo: Atlas, 2020.

HENRIQUES, F. V. Direito Prestacional à Saúde e Atuação Jurisdicional. *In*: SARMENTO, D; SOUZA NETO, C P. **Direitos sociais**: Fundamentos, Judicialização e Direitos sociais em espécie. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2008, p. 827-858.

HESSE, K. **A força normativa da Constituição**. Porto Alegre: Sérgio Antônio Fabris, 2009. Disponível em: https://www.academia.edu/10956526/A_For%C3%A7a_Normativa_da_Constitui%C3%A7%C3%A3o_Konrad_Hesse. Acesso em: 05 out. 2025.

IESS. Instituto de Estudos de Saúde Suplementar. **Relatório do Setor de Saúde Suplementar 2024**. São Paulo: IESS, 2024.

LARA, N. Regulação da saúde suplementar no Brasil: desafios e perspectivas. **Revista Direito e Desenvolvimento**, v. 4, n. 2, p. 131-147, 2013.

LEITE, I. C. (2018). **Judicialização da Saúde: aspectos legais e impactos orçamentários**: Argumentum, vol. 10, núm. 1, pp. 102-117, 2018.

LIMA JÚNIOR, J. A. A regulação assistencial da saúde suplementar no Brasil: atuação da ANS (2000–2025). **Cadernos de Saúde Pública**, v. 40, n. 12, p. 1-14, 2024.

MAIA, A. G. Seleção adversa no mercado brasileiro de planos de saúde. **Economia Aplicada**, v. 10, n. 4, p. 531-550, 2006.

MACHADO, F. R. S. Contribuições ao debate da judicialização da saúde no Brasil. **Revista de Direito Sanitário**, v. 9, n. 2, São Paulo, Jul/Out 2015, p.73-91.

MARQUES, R. M *et al.*, **Sistema de Saúde no Brasil**: organização e financiamento. Rio de Janeiro (RJ) 2016. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/309455421_Sistema_de_Saude_no_Brasil_organiza%C3%A7%C3%A3o_e_financiamento. Acesso em: 8 set. 2025.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.: il. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf. Acesso em: 8 set. 2025.

MENDES, G.; BRANCO, P. G. **Curso de direito constitucional**. 14. ed. São Paulo: Saraiva, 2022. Disponível em: https://archive.org/details/curso-de-direito-constitucional-gilmar-mendes_202406. Acesso em: 8 out. 2025.

NAT-JUS Nacional. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/programas-e-acoes/forum-da-saude-3/nat-jus-nacional> Acesso em: 8 set. 2025.

NICOLI, R. L. **A legitimação dos juízes das cortes de justiça na formação e superação dos padrões decisórios**: visão com suporte na Hermenêutica filosófica com condição de possibilidade para evolução do direito e promoção do efetivo acesso à Justiça. 2021. Disponível em: https://www.repositorio.jesuita.org.br/bitstream/handle/UNISINOS/10824/Ricardo%20Luiz%20Nicoli_.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 8 out. 2025.

PAIM, J. S. **O que é o SUS**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. Disponível em: <https://pt.scribd.com/document/822397799/O-QUE-E-O-SUS-Jairnilson-Silva-Paim-FIOCRUZ-e-book-interativo-2015>. Acesso em: 8 set. 2025.

PIAZENSKI, F J; AGUIAR, J C. Judicialização da saúde e pragmatismo. **Revista Thesis Juris**, [S. l.], v. 6, n. 2, p. 365–386, 2017. DOI: 10.5585/rtj.v6i2.598. Disponível em: <https://periodicos.uninove.br/thesisjuris/article/view/9008>. Acesso em: 17 set. 2025.

PIRES, D; COSTA, F. Agências reguladoras e reforma do Estado no Brasil. **Revista do Serviço Público**, v. 64, n. 3, p. 329-349, 2013.

PAIM, J. S. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1723-1728, 2018.

PAIANO, D. B.; FURLAN, A. C. Tratamentos experimentais na pandemia da COVID-19 – Termo de consentimento livre e esclarecido e responsabilidade civil. **Revista Brasileira de Direito Civil**, [S. l.], v. 29, n. 03, p. 17, 2021. Disponível em: <https://rbdcivil.ibdcivil.org.br/rbdc/article/view/595>. Acesso em: 8 set. 2025.

RAMOS, E. M. B; SENA, J. P; ROSÁRIO, P T. Direito à saúde, tratamentos experimentais e indústria farmacêutica: breves anotações. **Cad. Ibero Am. Direito**

Sanit, v. 3, n. 3, p. 129-45, 2023. Disponível em: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/1185> Acesso em: 5 out. 2025.

RIBEIRO, J. M; MOREIRA, M. R. Open-access Desigualdades regionais, federalismo cooperativo e desafios do SUS. **Ciênc. saúde colet**, v. 22, n. 4, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017225.03102017>

SARLET, I. W; FIGUEIREDO, M. F. O direito constitucional ambiental brasileiro e a governança judicial ecológica: estudo à luz da jurisprudência do superior tribunal de justiça e do supremo tribunal federal. **Constituição, Economia E Desenvolvimento: Revista Eletrônica Da Academia Brasileira De Direito Constitucional**, v. 11, n. 20, p. 42–110, 2020. Disponível em: <https://abdconstojs.com.br/index.php/revista/article/view/209> Acesso em: 5 out. 2025.

SARLET, I. W; FIGUEIREDO, M. F. Reserva do possível, mínimo existencial e direito à saúde: algumas aproximações. **Revista da Defensoria Pública do Estado de São Paulo**, Ano 1 – nº 1 – jul/dez. 2008, p. 220. Disponível em: <http://dfj.emnuvens.com.br/dfj/article/view/590/73>. Acesso em: 05 maio 2025.

SARLET, I. W. **A eficácia dos direitos fundamentais**. 10. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2003. Disponível em: <https://archive.org/details/ingo-sarlet-a-eficacia-dos-direitos-fundamentais> Acesso em: 8 out. 2025.

SARAIVA, P. L. **Garantia Constitucional dos Direitos Sociais no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Forense, 1983, p. 23,

SALVATORI, Ricardo. Regulação econômica e social da saúde suplementar no Brasil. **Revista de Administração Pública**, v. 46, n. 3, p. 615-637, 2012.

SANTOS, C R.; OLIVEIRA, P H. Regulação e desafios contemporâneos da saúde suplementar no Brasil. **Revista de Direito Sanitário**, v. 24, n. 1, p. 77-98, 2023.

SILVA, L. F. **Processo Judicial**. 2021. Disponível em: <https://projudi.tjgo.jus.br/PendenciaPublica>. Acesso em: 5 out. 2025.

SILVA, V. A. **O conteúdo essencial dos direitos fundamentais e a eficácia das normas constitucionais**. 2006. Disponível em: <https://www.studocu.com/pt-br/document/universidade-do-estado-de-santa-catarina/sociologia/silva-virgilio-afonso-da-o-conteudo-essencial-dos-direitos-fundamentais-e-a-eficacia-das-normas-constitucionais/47875223> Acesso em: 5 out. 2025.

SOLHA, R. K. T. **Sistema Único de Saúde: componentes, diretrizes e políticas públicas**. 1. ed. São Paulo: Érica, 2014.

STF. **Recurso extraordinário 1366243 SC**. Tribunal Pleno, Min. rel. Gilmar Mendes. Acórdão de mérito publicado em: 11/10/2024. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=6335939> Acesso em: 7 dez. 2024a.

STF. **Recurso Extraordinário 271.286 RS**. Relator: MIN. Celso de Mello. 2a. Turma. DATA DE PUBLICAÇÃO DJ 24/11/2000. ATA Nº 37/2000. Acesso em: 7 dez. 2024b

STF. **Recurso Extraordinário nº 855.178 SE**. Relator: Min. Edson Facchini. DJE nº 178, divulgado em 05/09/2022. Acesso em: 7 dez. 2024c

VENTURA, M.; SIMAS, L.; PEPE, V. Judicialização da saúde, acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 20, n. 1, p. 77-100, 2010. Disponível em: <https://sci-hub.st/10.1590/s0103-73312010000100006> Acesso em: 5 out. 2025.

VIANNA, L. W; CARVALHO, M. A. R; PALÁCIOS, M; BURGOS, M. **A judicialização da política e das relações sociais no Brasil**. Rio de Janeiro: Revan, 1999.

VIEIRA, F. S. Judicialização e direito à saúde no Brasil: uma trajetória de encontros e desencontros. **Rev Saude Pública**, v. 57, n. 1, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/rsp/2023.v57/1/pt> Acesso em: 5 out. 2025.

VIEIRA, F. S. **Direito à saúde no Brasil**: seus contornos, judicialização e a necessidade da macrojustiça. Texto para discussão 2547. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – Ipea 2020.

WANG, D. W. L; FERRAZ, O. L. M. Atendendo os mais necessitados? acesso à justiça e o papel de advogados públicos no litígio sobre direito à saúde na cidade de São Paulo. **SUR - Revista Internacional De Direitos Humanos**, 2013. Disponível em: <https://bdjur.stj.jus.br/server/api/core/bitstreams/b23c4fba-26c6-47ef-befc-fa235eb7cf71/content> Acesso em: 5 out. 2025.

VILLAS-BÔAS, M. E; CUNHA JÚNIOR, D. Modificações trazidas pelo Tema 1.234 à Judicialização em Saúde e Atuação das Defensorias Públicas. **Cad. Ibero Am. Direito Sanit**, v.13, n. 4, p. 57-76, 2024. Disponível em: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/1295> Acesso em: 5 out. 2025.