RESIC
Revista dos Seminários de Iniciação Científica
Edição Especial - Passos MG
2026

PARADIGMAS E PERSPECTIVAS CONSTITUCIONAIS NO DIREITO À SAÚDE: A JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE E OS PRINCÍPIOS DO MÍNIMO EXISTENCIAL VS. A RESERVA DO POSSÍVEL

PÉREZ Blanco, Arántzazu; TORRES, Juliana Castro.

"O direito à saúde tem custo. Mas isso não é um gasto, é um investimento". (Ministra Cármen Lúcia**,** presidente do Supremo Tribunal Federal).

Introdução

No direito à Saúde está em jogo a preservação do bem maior da vida humana. Existe uma vinculação íntima entre o objeto material do direito à saúde, o direito à vida e o princípio da dignidade da pessoa humana.

O direito à saúde, nos termos do direito constitucional, é inegavelmente relevante e abarca, por si só, uma série de questões que geram uma elevada produção doutrinária e jurisprudencial, tanto em razão de sua natureza como de sua efetividade, principalmente a respeito desta última, como veremos ao longo do presente artigo.

O legislador constitucional outorga ao Direito à Saúde uma categoria prestacional, no sentido de gerar um direito subjetivo individual a prestações materiais, ainda que no nível de um mínimo vital, para a proteção da vida humana, já que como todo direito constitucional ele não é considerado absoluto.

O exposto faz com que o direito à saúde, como toda norma constitucional, seja possuidor de uma eficácia jurídica própria e deve ser, portanto, interpretado e aplicado de modo a alcançar sua máxima efetividade. Esse fator, somado ao fato de que o bem a preservar não é outro que a vida humana e a dignidade da pessoa, faz dele um direito complexo e desafiador.

Por sua vez, o direito à Saúde como qualquer direito prestacional ostenta suas limitações com base no próprio orçamento do Estado e na margem de discricionariedade das políticas públicas, o que gera as maiores fricções e apresenta diversas variáveis a serem consideradas e equacionadas.

A nossa Constituição não define em que consiste o objeto do direito à saúde, limitando-se, no que tange a este ponto, a uma referência genérica. Isso apresenta muitos problemas na sua concretização e na hora de estabelecer os seus contornos, o

objeto do direito e seus limites objetivos e subjetivos, razão pela qual a sua judicialização se tornou cada vez mais frequente como meio de garantir a sua implementação.

Essa situação denominada de “judicialização da saúde” caracteriza-se, em suma, por inúmeras demandas que objetivam assegurar, perante o Poder Judiciário, o acesso aos mais diversos tipos de tratamentos e medicamentos através de ações judiciais.

A judicialização da saúde, desde os anos de 1990, incrementou-se a patamares estratosféricos. Estima-se que existam mais de 500 mil processos ativos discutindo o direito à saúde no Brasil, e a atuação do Poder Judiciário, diante do crescente número de demandas voltadas à efetivação desse direito e dos fatores que limitam sua concretização, deve ser analisada à luz do mínimo existencial, do princípio da proibição do retrocesso social e da reserva do possível, os quais, como já mencionamos, estão intimamente ligados ao núcleo material do direito. (CNJ, Diagnostico da Judicialização à Saúde Pública e Suplementar, 2025)

O Poder Judiciário brasileiro recebeu, entre janeiro e agosto de 2025, aproximadamente 454 mil novos casos relacionados à saúde -um aumento de 15% em relação ao ano anterior. Quase 90% tramitavam na Justiça Estadual, principal porta de entrada dessas ações, com um índice altíssimo de deferimento (concessão de liminares). No mesmo período, havia 880 mil processos pendentes, com concentração semelhante. (CNJ, Diagnostico da Judicialização à Saúde Pública e Suplementar, 2025)

Quanto aos casos novos relacionados à judicialização da saúde pública, entre janeiro de 2024 e agosto de 2025, o Poder Judiciário brasileiro recebeu cerca de 600 mil processos. O percentual de deferimento de liminares fica acima de 80% em 13 tribunais, tendo seis deles um percentual acima de 85%: Mato Grosso do Sul, Mato Grosso, Pará, Pernambuco, Piauí e Rio de Janeiro. (CNJ, Diagnostico da Judicialização à Saúde Pública e Suplementar, 2025)

Com base nessas premissas, este artigo se propõe a examinar os limites e as possibilidades da atuação do Poder Judiciário na efetivação do direito à saúde, e compreender de que modo o Judiciário tem contribuído para a concretização desse direito fundamental social, analisando se sua intervenção pode ser compreendida como um instrumento legítimo de promoção da efetividade constitucional ou, ainda, como um meio de suprir a ausência de segurança jurídica que persiste na tutela do direito à saúde no contexto do constitucionalismo brasileiro.

Materiais e métodos

O presente artigo adota uma abordagem qualitativa, de cunho exploratório, descritivo e dedutivo, com base em pesquisa bibliográfica e documental. A investigação visa compreender a judicialização do direito à saúde no Brasil, suas causas, origem, evolução e limites; por esse motivo serão analisados os paradigmas e as intersecções entre a crescente jurisprudência e o direito à saúde, numa perspectiva constitucional, junto à análise de dispositivos legais, doutrina especializada e documentos oficiais relacionados ao tema.

Foram utilizados como materiais principais a Constituição Federal de 1988, a Lei Orgânica da Saúde (Lei n. 8.080/90) e a Lei n° 12.401/2011.

Foram examinadas as evoluções jurisprudenciais com as decisões do STF e do STJ, respetivamente, a partir dos principais temas que existem nessa área: Suspensão de Tutela (STA) 175; Tema 793 do STF (RE 855178) – Repercussão Geral-;Tema 500 do STF (RE 657718) – Repercussão Geral -; Tema 1.161 do STF (RE 1165459) – Repercussão Geral -; Tema 106 do STJ (REsp 1.657.156) – Recurso Repetitivo-; e o Tema 1.234 do STF (RE 1366243) – Repercussão Geral- junto com a Sumula vinculante 61; além da homologação do acordo de cooperação técnica que definiu as novas regras de custeio e oncologia, em março de 2026, a respeito dos procedimentos oncológicos e da obrigatoriedade da consulta ao suporte técnico (e-NatJus) para validar a evidência científica antes da decisão judicial frente a uma liminar. Nesse sentido foram examinadas as Resoluções do CNJ: Resolução CNJ nº 238/2016 que criou os Nat-Jus (Núcleos de Apoio Técnico) para dar suporte científico aos juízes; Resolução CNJ nº 487/2023 e atualizações legislativas de 2025 e 2026 em referência à obrigatoriedade procedimental da consulta ao e-NatJus conforme as Resoluções do CNJ. Assim como diversos relatórios técnicos, artigos acadêmicos, dissertações e teses que tratam do Direito à saúde, mínimo existencial e reserva do possível.

A delimitação e a seleção do corpus jurisprudencial analisado neste estudo pautaram-se por critérios objetivos de relevância institucional, delimitação temporal e impacto sistêmico. Adotou-se como marco temporal o período compreendido entre 2010 (ano do julgamento da STA 175, marco inicial da virada pragmática da Corte) e março de 2026 (data da mais recente homologação do acordo de cooperação técnica em oncologia).

O critério de inclusão dos precedentes (Temas 500, 793, 1161 e 1234 do STF, além do Tema 106 do STJ) justificou-se pelo fato de tais julgados ostentarem o status de Repercussão Geral ou Recurso Repetitivo. Dessa forma, foram selecionados exclusivamente os precedentes dotados de caráter vinculante e eficácia erga omnes, cujas teses jurídicas alteraram a arquitetura processual e a logística federativa da saúde pública, gerando o maior impacto sistêmico e financeiro na gestão orçamentária do Sistema Único de Saúde (SUS).

Realizou-se, portanto, uma revisão narrativa da literatura doutrinária, científica e jurisprudencial de documentos legais para organizar a discussão sobre os assuntos tratados neste texto e a análise foi guiada por uma leitura crítica interdisciplinar, destacando os aspectos jurídicos e sociais dos temas analisados, junto com a construção de uma reflexão teórica aplicada às experiências práticas e jurisprudenciais verificadas nos últimos anos a respeito do Direito à saúde e sua evolução.

Resultados e discussões

O direito à saúde no Brasil tem uma trajetória marcada por desafios, conquistas e transformações.

Constitucionalmente, o direito à saúde está previsto na Constituição Federal de 1988 como um direito social, previsão que se positivou no art. 6°, Título II - Dos Direitos e Garantias Fundamentais, Capítulo II -Dos Direitos Sociais, é no art. 196 e ss., junto com uma significativa e abrangente regulamentação normativa na esfera infraconstitucional, com destaque para as leis que dispõem sobre a organização e o benefício do SUS e o fornecimento de medicamentos.

Da própria leitura dos preceitos normativos encontramos, por um lado, uma norma definidora de direito, entendendo-se o direito a saúde como um direito subjetivo, de todos, portanto de titularidade universal. Também encontramos normas de cunho impositivo de deveres e tarefas, pois o Art.196 enuncia a saúde como um direito de todos e dever do Estado, por meio de normas que, além de impor aos poderes públicos uma série de tarefas, como a de promover políticas sociais e econômicas, também estabelecem o acesso universal e igualitário às ações e prestações nesta esfera.

Por outro lado, a Constituição remete a regulamentação das ações e serviços de saúde ao legislador (art. 197), além de criar e fixar as diretrizes do sistema

único de saúde (art. 198), e oportunizar a participação em nível complementar da iniciativa privada na prestação da assistência à saúde (art. 199), assim como estabelece as atribuições que competem ao sistema único de saúde (art. 200).

Em suma, o direito à saúde tem sido considerado no nosso ordenamento jurídico como um direito prestacional dependente de intermediação legislativa, tal como ocorreu com a edição da Lei Orgânica da Saúde (Lei n°8.080/90), lei que estabelece e regula o Sistema Único De Saúde- SUS, mantido pelo poder público, em cumprimento do que dispõe o Art. 198/CF.

Assim, a saúde no país se tornou um bem jurídico protegido constitucionalmente, cabendo ao Estado, por meio das políticas públicas, assegurar o acesso dos cidadãos de forma integral, equânime e universal, uma vez que esse direito foi disposto como de segunda geração, ou seja, no qual se exige uma atuação positiva do Poder Público frente a sua realização.

Nesse ponto, e sendo um direito prestacional, é oportuno destacar que o direito à saúde tem duas faces, uma é a de preservação da saúde, consistente nas políticas que visam à redução do risco de doença, no sentido de uma doença genérica e não individualizável, ou seja um direito neste caso, tipicamente de solidariedade; e outra, a da proteção e recuperação da saúde, que é considerado o direito individual à prevenção da doença e seu tratamento, e que se traduz no acesso aos serviços e ações destinados à recuperação do doente. Neste segundo caso, estamos diante de um típico direito fundamental à prestação positiva, mas, embora o direito à saúde seja tutelado constitucionalmente, ele encontra barreiras na sua concretização.

Entram aqui em jogo uma série de limites fáticos (reserva do possível) e jurídicos (reserva parlamentar em matéria orçamentária), que se encontram em precário equilíbrio com o considerado o mínimo existencial, entendido este como o núcleo essencial da dignidade da pessoa humana, consubstanciado não apenas no mínimo fisiológico, mas também fundamentado na liberdade democrática, destacando sua dimensão sociopolítica, fisiológica e psicológica. A respeito do conceito do mínimo existencial, os doutrinadores querem ressaltar e dar ênfase ao princípio do direito à dignidade do ser humano, como um requisito estrutural desse conceito jurídico e que vai além dos mínimos de sobrevivência vitais. (Sarlet; Figueiredo, 2008, p. 181).

Apesar do exposto, o mínimo existencial não se pode desassociar da principal objeção apresentada na concretização dos direitos sociais, que não é outra senão a oposição da dimensão economicamente relevante desses direitos, já que esse

tipo de direito por ser prestacional vai estar ligado inexoravelmente com à disponibilidade financeira e à capacidade jurídica de quem tenha o dever de assegurá-las, e portanto, vai estar intimamente vinculado à "reserva do possível" e pela relação que esta guarda, entre outros aspectos, com as competências constitucionais, com o princípio da separação dos Poderes, a com a reserva de lei orçamentária (Sarlet; Figueiredo, 2008, p.186).

No Brasil, a teoria da reserva do possível surge, portanto, como uma das principais barreiras para a efetivação dos direitos sociais garantidos pela Constituição Federal de 1988, e, no campo da concretização do direito à saúde este passou a estar vinculado à discricionariedade das decisões políticas, organizadas no orçamento público, o que, somado a uma falta de planejamento do orçamento público, se refletiu na prática em uma carência das prestações desses direitos sociais fundamentais.

Efetivamente, em várias situações o Estado alega que os recursos arrecadados são escassos, limitando as escolhas e a atuação do Estado a determinados setores, de modo que alguns direitos serão atendidos em desfavor de outros, de um modo que os limites impostos pela denominada reserva do possível e pela previsão orçamentária são cada vez mais aplicados frente à concretização das políticas públicas sociais, em especial no campo da saúde pública.

Por sua vez, o Estado não pode simplesmente se exonerar das suas obrigações previstas, somente alegando a sua reserva do possível. É necessário que exponha objetivamente tal circunstância por meio de clara comprovação de que não existem recursos financeiros para a realização de tal direito.

Nesse sentido, a doutrina entende que:

> O eventual impacto da reserva do possível certamente poderá ser não neutralizado, mas sim minimizado, mediante o controle jurisdicional das decisões políticas acerca da alocação de recursos, principalmente no que diz respeito à transparência das decisões e à viabilização do controle social sobre a aplicação dos recursos alocados no âmbito do processo político. (Sarlet; Figueiredo, 2008, p. 194).

Por tanto, há possibilidade de acesso ao Judiciário sempre que haja lesão ou ameaça de lesão a direito, mesmo que essa lesão seja veiculada por meio de políticas públicas ou seja decorrente da falta destas, com base nas garantias constitucionais propriamente ditas, atribuídas em virtude do próprio art.5, XXXV da CF e em virtude da inafastabilidade do controle jurisdicional (Sarlet; Figueiredo, 2008, p. 194).

Embora o direito à Saúde, encontra-se sempre e de algum modo afetado pela assim designada reserva do possível em suas diversas manifestações, a própria garantia que ostenta um direito fundamental social ao mínimo existencial opera como parâmetro mínimo dessa efetividade, impedindo tanto omissões quanto medidas de proteção e promoção insuficientes por parte do poder público.

Dito isto, e no âmbito do direito à saúde na sua dimensão prestacional, que é a problemática que estamos tratando no presente trabalho, vai surgir a pergunta de como os titulares desse direito, com base nas normas constitucionais, vão poder exigir do poder público alguma prestação material, tal como um tratamento médico determinado, um exame laboratorial, uma internação hospitalar, uma cirurgia, o fornecimento de um medicamento, ou qualquer outro serviço ou benefício ligado à saúde, já que do direito constitucional positivo não se infere se o direito à saúde compreende todo e qualquer tipo de prestação relacionada à saúde humana, ou se este direito encontra-se limitado às prestações básicas e vitais em termos de saúde.

O tema envolve o cotidiano de milhares de cidadãos que dependem do SUS e a judicialização crescente desse direito expõe inicialmente uma série de falhas na implementação de políticas públicas para a sua concretização, o que traz como consequência um incremento da judicialização do direito à saúde, tema que será analisado no próximo subtópico, e que nos conduz ao entendimento de que estamos ante um problema claramente estrutural.

Nos últimos anos, tem-se observado uma expressiva ascensão do Poder Judiciário, fenômeno comumente denominado Judicialização. Por um lado, os Tribunais Superiores brasileiros têm apresentado uma maior influência decisiva no campo de concretização das políticas públicas; por outro, os debates envolvendo a prestação de serviços de saúde, especialmente o fornecimento de medicamentos de alto custo, demonstram um crescente protagonismo do Judiciário, o qual passou a moldar o contorno do direito à saúde na atualidade.

Esse cenário gerou inúmeras críticas à expansão do Poder Judiciário no âmbito da saúde. Dentre elas, destacam-se: as críticas quanto à capacidade institucional do Judiciário -entendida como o fato de que as questões ou matérias submetidas ao crivo judicial envolvem aspectos técnicos e científicos de grande complexidade, razão pela qual o magistrado pode não ser o árbitro mais qualificado devido à ausência de conhecimento específico; críticas político-ideológicas, sobre o fato de que, apesar de o Judiciário não ser um poder eleito, com essa faculdade de

interpretação constitucional passa inevitavelmente a desempenhar um papel político, não desejado; e críticas quanto à limitação do debate, porquanto se aponta que o juiz ao avaliar uma demanda individual (microjustiça) acaba por ignorar outras questões e necessidades relevantes em matéria de gerenciamento dos recursos limitados existentes para a coletividade (macrojustiça).

Por sua vez, o papel do Judiciário por si só tem limites claros, no sentido de que o Poder Judiciário não pode ser criador de políticas públicas em si mesmas e seu papel é só apenas o de garantidor daquelas já existentes e estabelecidas pelo Poder Constituinte ou pelo administrador.

Voltando aos temas expostos de forma mais detalhada, e em concreto, em relação a discussão entre microjustiça e macrojustiça, o problema surge quando o juiz analisa o processo de um único paciente, já que ele olha apenas para aquela necessidade imediata. Isso é o que a doutrina chama de microjustiça. O problema é que o dinheiro público é limitado. Quando o juiz obriga o Estado a pagar um medicamento de altíssimo custo para uma pessoa, esse dinheiro sai do planejamento geral. Na prática, retira-se verba de hospitais, vacinas e saneamento básico, que atenderiam milhares de cidadãos, para beneficiar quem conseguiu acionar a Justiça.

Conforme aponta Barcellos (2002), a anterior quebra o princípio da igualdade porquanto o direito à saúde deve ser igual para todos e as decisões judiciais não podem desorganizar o sistema, entendendo que a judicialização da saúde com base apenas na microjustiça, a análise isolada do caso concreto, compromete o princípio da igualdade e a macrojustiça, uma vez que a concessão de tratamentos de alto custo a indivíduos específicos desorganiza o orçamento e prejudica o atendimento da coletividade.

Para Barroso (2009), o Judiciário não pode ignorar as “escolhas trágicas” da administração pública quando o tribunal concede um tratamento caríssimo por meio de uma liminar individual, ele inevitavelmente retira recursos de outras áreas essenciais da própria saúde coletiva, teses que sustenta no Tema 6 de Repercussão Geral (RE 566.471) (Brasil, 2020)

Além do exposto, esses excessos na judicialização do direito à saúde também tiveram outras repercussões na efetividade do direito, quando entraram em jogo diversos aspectos que contrapõem os direitos individuais frente aos coletivos. O que se quer destacar, neste sentido, é que pode ocorrer um desequilíbrio sistêmico, porquanto aquelas pessoas que acessam o SUS através do Judiciário podem conseguir acesso

integral aos recursos públicos de saúde para suas necessidades, em contrapartida, os usuários que seguem as regras ordinárias do sistema público de saúde, muitas vezes, sofrem com a limitação do acesso, uma vez que os recursos são direcionados para o cumprimento das ordens judiciais.

Respeito a discussão sobre a capacidade institucional do Judiciário e a pergunta de se o juiz tem conhecimento técnico para escolher um tratamento médico e como a Justiça brasileira resolveu esse problema, sinalamos ao respeito o parecer do Ministro Luís Roberto Barroso que aborda esse problema de forma direta. Ele defende que o Judiciário não possui capacidade técnica, nem corpo científico, para avaliar a eficácia de medicamentos ou tratamentos experimentais. Para Barroso, quem deve fazer essa análise são os órgãos especializados da Administração Pública, como a ANVISA (que aprova a segurança do remédio) e a Conitec (que avalia se o SUS tem condições financeiras e logísticas de incluí-lo para toda a população). Esse entendimento restou consagrado no voto do Ministro Luís Roberto Barroso no julgamento do Tema 6 de Repercussão Geral (BRASIL, 2020).

Essa discussão remete diretamente à teoria da 'capacidade institucional', formulada na doutrina norte-americana por autores como Adrian Vermeule (2006) e Cass Sunstein (2006). Segundo esses autores, os limites da atuação judicial devem ser ditados pela competência técnica e pelo desenho de cada órgão do Estado e que cada órgão institucional deve decidir apenas aquilo que realmente domina. Os ministérios e as agências reguladoras (como a ANVISA e a Conitec) têm médicos, cientistas e economistas preparados para avaliar se um remédio funciona e se o governo pode pagar por ele. O juiz, por outro lado, é um profissional do Direito, não dá Medicina, e ele não tem capacidade técnica para decidir qual tratamento é mais eficaz. No Brasil, essa premissa é amplamente acolhida por Luís Roberto Barroso ao defender que, por faltar conhecimento médico-científico ao magistrado, o Judiciário deve exercer uma postura de deferência às decisões técnicas da ANVISA e da Conitec. É nesse cenário de busca por racionalidade e suprimento desse déficit institucional que se justifica a criação e a obrigatoriedade de consulta ao sistema e-NatJus, criado pelo o Conselho Nacional de Justiça (CNJ).

Barroso destaca frequentemente nos seus discursos institucionais que esses núcleos técnicos funcionam como” tradutores” da ciência para o Direito, como no julgamento do Tema 6 de repercussão geral do Supremo Tribunal Federal. (BRASIL, 2020). Desse modo, antes de conceder uma liminar, o juiz agora consulta a plataforma

digital e-NatJus para receber um parecer baseado em Medicina Baseada em Evidências. Isso trouxe uma enorme racionalidade ao sistema, impedindo que os juízes aprovem tratamentos sem comprovação científica ou que atendam apenas a interesses comerciais da indústria farmacêutica.

Estamos portanto, diante de um tema complexo, que nos conduz a analisar a evolução jurisprudencial sobre o direito à saúde para entender tal complexidade e para compreender como os poderes, inclusive o Judiciário, estão-se ajustando positivamente para realizar as adaptações evolutivas no direito constitucional e neste ramo do direito público, que se bem nunca vão agradar a todos por igual, nos indicam que o que inicialmente se contemplava como um caminho bem trilhado pouco a pouco vai se desenrolando em pro de uma aplicação do direito à saúde mais efetiva e justa.

Dito o anterior, a evolução jurisprudencial a respeito do Direito à saúde no Brasil passou por três fases distintas:

- **Fase da Omisso-Passividade:** O Judiciário evitava intervir em políticas públicas.
- **Fase do Ativismo Judicial Ilimitado:** Decisões baseadas puramente na dignidade da pessoa humana, muitas vezes sem considerar o impacto orçamentário.
- **Fase da Intervenção Parametrizada (Atual):** Onde o tribunal busca equilíbrio entre a necessidade do indivíduo e a sustentabilidade do sistema (SUS).

Assim, visando observar como o judiciário está decidindo e os critérios adotados nas orientações dadas diante dos temas de repercussão geral e repetitivos dos tribunais superiores, cabe analisar e discorrer sobre alguns dos principais julgados, os quais serão analisados no presente artigo:

STA 175 do STF "Suspensão de Tutela".	**O Marco Zero**: fixou as balizas estabelecendo os critérios de concessão ou filtro técnico (registro na ANVISA, inexistência de tratamento no SUS e evidência científica).	17/03/2010
Tema 793 do STF (RE 855178) Repercussão Geral	**Responsabilidade Solidária:** Reafirmou que todos os entes são responsáveis, mas o juiz deve direcionar o cumprimento da sentença ao ente que detém a competência administrativa para aquele item (Ex: União para alto custo).	23/05/2019
Tema 500 do STF (RE 657718) Repercussão Geral	**Dever do Estado e Registro na ANVISA**: O Estado não pode ser obrigado a fornecer medicamentos sem registro na ANVISA, salvo	22/05/2019

	em casos excepcionalíssimos (mora da agência, registro em agências estrangeiras de renome e inexistência de substituto).	
Tema 1.161 do STF (RE 1165459) Repercussão Geral	**Medicamentos de Alto Custo:** O Estado é obrigado a fornecer medicamentos de alto custo não constantes nas listas do SUS (RENAME), desde que comprovada a indispensabilidade, a incapacidade financeira do paciente e a inexistência de alternativa pública.	08/04/2021
Tema 106 do STJ (REsp 1.657.156) Recurso Repetitivo	**Requisitos processuais indispensáveis**: laudo fundamentado, incapacidade financeira e registro na ANVISA.	04/05/2018
Tema 6 STF Recurso Extraordinário nº 566.471/RN - Rio Grande do Norte	O Estado só é obrigado a fornecer o **remédio de alto custo, fora da lista,** se o paciente comprovar todos os seguintes pontos: incapacidade financeira, Ausência de substituto no SUS, Registro na ANVISA. (**requisitos cumulativos).**	(2020/2024)
Tema 1.234 do STF (RE 1366243) – Repercussão Geral	**Ajuste de Competência:** (Acordo recente) define que pedidos de medicamentos fora da lista do SUS devem tramitar na Justiça Federal, se o valor anual superar determinado patamar (210 salários-mínimos), com ressarcimento pela União.	13/09/2024
Súmula Vinculante 61	Torna os critérios de alto custo obrigatórios para todo o Judiciário.	20/09/2024

A STA 175 (Suspensão de Tutela Antecipada) é um dos marcos mais importantes do Supremo Tribunal Federal sobre o direito à saúde. A decisão proferida nela pelo STF estabeleceu as balizas judiciais que norteiam todo o país, foi relatada pelo então Ministro Gilmar Mendes, em 2010, e surgiu da necessidade de organizar o caos judicial causado pelas inúmeras decisões liminares que obrigavam o Estado a fornecer medicamentos e tratamentos de alto custo sem critérios claros.

A decisão fixou parâmetros que os juízes devem observar antes de conceder uma liminar contra o SUS: 1) Existência de Protocolo Clínico: se o SUS já oferece um tratamento para aquela doença, esse tratamento deve ser preferido. O Judiciário só deve intervir se ficar provado que o protocolo do SUS é ineficaz para aquele paciente específico; 2) Registro na ANVISA: salvo raríssimas exceções (como medicamentos órfãos) o Estado não pode ser obrigado a fornecer remédios sem registro sanitário no Brasil; 3) Medicina Baseada em Evidências: a decisão não pode se basear apenas na vontade do paciente; é necessária comprovação científica da eficácia do tratamento pleiteado; 4) Vedações a tratamentos experimentais: o Estado não é obrigado a custear tratamentos que ainda estão em fase de testes ou sem comprovação científica sólida;

5) Escassez de recursos: o tribunal reconheceu a "Reserva do Possível", admitindo que o orçamento público é finito e que decisões individuais não podem colapsar o sistema coletivo.

Embora a STA 175 seja uma "Suspensão de Tutela", o entendimento fixado nela foi tão forte que serviu de base para a criação de Temas de Repercussão Geral posteriores, como o Tema 793, sobre a responsabilidade solidária dos entes federados (União, Estados e Municípios); e o Tema 106 (STJ), que define requisitos específicos para o fornecimento de medicamentos não constantes nos atos normativos do SUS.
Essa STA funciona, portanto, como a espinha dorsal da judicialização da saúde no Brasil e tem efeito vinculante prático, pois orienta como o STF decide esses casos até hoje, marcando a transição do STF de uma postura de atendimento integral (concessão irrestrita de medicamentos) para uma postura de diálogo institucional e critérios técnicos.

Ela foi precedida pela Audiência Pública nº 4 do STF (2009), de vital importância para nosso tema já que foi a primeira vez que o Tribunal ouviu médicos, gestores do SUS e especialistas antes de decidir. Ficou evidente que a judicialização indiscriminada prejudicava a universalidade do sistema, pois retirava verba do planejamento coletivo para atender a decisões individuais, tornando-se claro que, pelo bem comum, o Judiciário devia equilibrar nas suas decisões o limite orçamentário do Estado com a dignidade da pessoa humana e ter em perspectiva a Reserva do Possível *vs*. o Mínimo Existencial, já que do contrário entraríamos em um processo constitucional do direito à saúde insustentável.

Finalmente, e não menos importante, a STA 175 decide e dá luz sobre a capacidade institucional do Judiciário e sobre se ele tem competência técnica para decidir qual remédio é melhor que o outro, estabelecendo a STA 175 que realmente o juiz não tem essa capacidade técnica e deve-se pautar pela medicina baseada em evidências.

Apesar da decisão anterior, e da mudança de paradigma do STF como ponto de equilíbrio para a sobrevivência do SUS, o número de processos judiciais depois da STA 175 só continuou aumentando, porquanto em vez de frear o número de ações a decisão do STF mudou o perfil da litigância e demonstrou que a judicialização da saúde se tornou um fenômeno estrutural.

Nos dez anos seguintes à decisão o número de processos de saúde no Brasil aumentou cerca de 130% e o que era uma exceção tornou-se uma via comum de acesso a fármacos de alto custo. Já nos últimos anos, de 2020 até 2024, e segundo o diagnóstico CNJ/ONU (publicado em janeiro de 2026), o salto foi ainda mais agressivo: entre 2020 e 2024 houve um aumento de 110% nas demandas, e entre janeiro de 2024 e agosto de 2025 o Judiciário recebeu cerca de 600 mil novos processos de saúde pública.

Somando saúde pública e suplementar (planos de saúde) o volume ultrapassou os 880 mil processos pendentes no início de 2026 e o índice de procedência das ações continua altíssimo: cerca de 73% dos pedidos de liminar na saúde pública são deferidos e o índice de procedência final chega a 84% (Pública) e 87% (Suplementar). (BRASIL, 2026).

Por outro lado, observa-se que nos últimos anos ocorreu uma mudança no perfil da litigância, Público vs. Suplementar. Enquanto até 2015 o foco das demandas concentrava-se majoritariamente no SUS, em 2026, em estados como São Paulo, Rio de Janeiro e Bahia, as ações contra planos de saúde já superam os litígios contra o poder público. Em São Paulo, por exemplo, há 126% mais processos contra operadoras privadas do que contra o SUS (Brasil, 2026).

Em suma, a decisão não diminuiu o número de petições judiciais o que reforça, como já mencionávamos previamente, que estamos diante de um problema claramente estrutural, visto que percebemos que aumentou significativamente o número de demandas solicitando tratamentos médicos hospitalares nos últimos seis anos (de 36.589 processos no ano 2019 para 171.019 no ano de 2025). (Brasil, 2026).

A doutrina aponta, portanto, que a STA 175 não reduziu a quantidade de processos, mas aumentou a qualidade analítica da fundamentação das decisões. Esse cenário impulsionou à criação dos Núcleos de Apoio Técnico do Judiciário (NatJus), visto que os juízes para cumprirem a STA 175, passaram a depender de pareceres médicos técnicos antes de decidir.

Ademais, o julgamento também provocou a consolidação jurisprudencial, a partir desse importante marco, com a fixação de teses vinculantes pelos Tribunais Superiores como o Tema 793, que delimitou a responsabilidade solidária dos entes federados (União, Estados e Municípios); do Tema 106 (STJ) que fixou os requisitos específicos para o fornecimento de medicamentos não constantes nos atos normativos do SUS; e dos Temas 500 e 1161, entre outros, que atuaram como divisores de águas, pois trataram especificamente das fronteiras do que o Estado é obrigado a pagar (medicamentos sem registro e medicamentos de alto custo fora da lista do SUS).

Em suma, a STA 175 gerou um importante marco definidor para a eficácia dos Direitos Sociais caminhando com sua decisão entre a utopia e a realidade orçamentária, e usando a Medicina Baseada em Evidências como critério jurídico, ou seja, a técnica limitando a subjetividade do julgador.

A análise dos precedentes evidencia que a judicialização da saúde deixou de ser tratada pelo Supremo Tribunal Federal sob uma lógica puramente individualista, centrada exclusivamente na tutela imediata da dignidade da pessoa humana, para adotar uma racionalidade institucional mais complexa, fundada em critérios técnicos, evidência científica e sustentabilidade do sistema público de saúde.

Por sua vez, o Tema 793 do Supremo Tribunal Federal trata da responsabilidade solidária dos entes da Federação no dever de prestar assistência à saúde.

Esta é uma questão de suma importância, pois está relacionada diretamente ao direito à saúde e à garantia de acesso, ofertados pelos entes, a tratamentos adequados para todos os cidadãos, reafirmando que todos os entes são responsáveis, mas o juiz deve direcionar o cumprimento da sentença ao ente que detém a competência administrativa para aquele item.

Isso significa que todos os entes federados (União, Estados, Distrito Federal e Municípios) têm o dever de garantir o direito à saúde, podendo um ou vários deles ao mesmo tempo serem acionados judicialmente para tanto.

O tema 500 do STF (RE 657718) estabeleceu que o Estado não pode ser obrigado a fornecer medicamentos sem registro na ANVISA, salvo em casos excepcionalíssimos (mora da agência, registro em agências estrangeiras de renome e inexistência de substituto). Ao decidir sobre o registro na ANVISA, o STF aplicou o princípio da segurança sanitária.

Doutrinariamente, isso reforça que o direito individual à saúde não pode atropelar o controle estatal de segurança. A eficácia aqui é condicionada à proteção da coletividade contra substâncias sem eficácia comprovada.

No tema 1.161 do STF (RE 1165459) de Repercussão Geral, junto com o Tema 106 do STJ (RESP. 1657156- Recurso Repetitivo) se estabeleceu que o Estado pode ser obrigado, em casos muito excepcionais, a fornecer medicamentos de alto custo não constantes nas listas do SUS (RENAME), desde que comprovada a indispensabilidade, a incapacidade financeira do paciente e a inexistência de alternativa pública.

Este tema trata de uma situação ainda mais extrema e excepcional na macrojustiça: o fornecimento de remédios que sequer possuem registro na ANVISA, mas têm autorização da agência para importação excepcional, e reconhece excepcionalmente a eficácia do direito a medicamentos de alto custo, mas impõe critérios rígidos para evitar o enriquecimento sem causa ou o desvio de verbas destinadas ao SUS. Portanto, nele o STF contempla a dignidade da pessoa humana sem ignorar a reserva do possível.

Nesse tema, o conceito de Direito à Saúde deixou de ser um conceito abstrato e passou a ter critérios objetivos de verificação.

A regra geral do STF (vinda do Tema 500) é que o Estado não pode ser obrigado a fornecer remédios sem registro na ANVISA, afinal, o registro é o selo de segurança sanitária da população. Porém, o Tema 1161 abriu uma brecha específica para casos de importação autorizada (como o canabidiol). O Estado só será obrigado a pagar essa importação se o cidadão provar três coisas simultaneamente: autorização de importação (a ANVISA emitiu a autorização excepcional para trazer o produto de fora); incapacidade econômica (paciente não tem como pagar os custos elevados de importação); imprescindibilidade Clínica Absoluta (o médico prova que não existe nenhuma alternativa viável ou similar nas listas do SUS). O caso clássico e impulsionador desse tema foi a judicialização de produtos de canabidiol (CBD) e óleos medicinais importados.

O tema 1161, dialoga diretamente com o Tema 106 do STJ que estabeleceu os requisitos processuais indispensáveis para que o cidadão ganhe a ação, estabelecendo três requisitos cumulativos que o autor da ação deve comprovar para que o Estado seja obrigado a fornecer medicamentos não incorporados em atos normativos do SUS: 1) Comprovação por laudo médico fundamentado. Não basta a receita; o médico deve explicar a indispensabilidade do medicamento e por que as opções já oferecidas pelo SUS não servem para aquele paciente; 2) Incapacidade financeira: o paciente deve provar que o custo do medicamento compromete a sua subsistência ou a de sua família; 3) Registro na ANVISA: o medicamento deve estar registrado na agência (salvo as exceções que o STF refinou depois no Tema 500).

No julgamento do Tema 6, correspondente ao Recurso Extraordinário (RE) 566.471, o Supremo Tribunal Federal (STF) limitou o fornecimento judicial de medicamentos de alto custo não incorporados pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Para equilibrar a proteção individual (microjustiça) com a sustentabilidade orçamentária do sistema (macrojustiça), o tribunal fixou critérios rígidos e cumulativos para a concessão: a comprovação da incapacidade financeira do paciente; a inexistência de alternativa terapêutica eficaz na rede pública, ou seja, a comprovação de que os medicamentos fornecidos pelo SUS são ineficazes ou inadequados para o caso concreto no sentido de que o Estado não pode ser compelido a fornecer o medicamento de alto custo se houver uma alternativa terapêutica já incorporada pelo SUS que seja eficaz para o caso, a menos que se comprove a ineficácia ou a inadequação dessa opção específica do SUS para aquele paciente; a existência de registro do produto na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa); e a configuração de uma omissão desarrazoada da administração pública em não incorporar a tecnologia em saúde (BRASIL, 2020).

O Tema 1.234 do STF (RE 1366243), submetido ao regime da Repercussão Geral, define que pedidos de medicamentos fora da lista do SUS devem tramitar na Justiça Federal dependendo se o valor anual superar determinado patamar (210 salários-mínimos), com ressarcimento pela União. Para organizar o fluxo de demandas, o STF estabeleceu critérios puramente objetivos de fixação de competência na Justiça Federal, baseados no binômio custo-incorporação.

Na eficácia dos direitos fundamentais, este tema é essencial porque ele resolve um problema de logística federativa, sobre quem paga a conta e quem julga o processo. Por isso a grande novidade foi o acordo histórico homologado em setembro de 2024, que encerrou anos de discussões sobre a competência da Justiça Federal versus a Estadual.

O STF estabeleceu critérios objetivos (filtros) para determinar quando a União deve ser obrigatoriamente incluída no processo e, consequentemente, quando a causa vai para a Justiça Federal: 1) O Filtro do Custo (210 Salários-Mínimos), segundo o qual, se o custo anual do medicamento for igual ou superior a 210 salários-mínimos, a União deve figurar no polo passivo e a competência é da Justiça Federal. Abaixo desse valor, a ação corre na Justiça Estadual contra o Estado ou Município (embora a União possa ser chamada se o fármaco não tiver registro); 2) Os Medicamentos Não Incorporados (Fora da RENAME), tendo como regra de ouro que a judicialização deve ser a exceção. O STF reforçou que a competência da União atrai processos de medicamentos que ainda não foram incluídos nas listas do SUS (Conitec), pois cabe à União a política nacional de incorporação de novas tecnologias; 3) O Sistema de Ressarcimento (Plataforma Única), mediante o qual foi determinada a criação de um sistema administrativo para que os entes federados se acertem financeiramente.

Se um Estado for condenado a pagar um remédio que era obrigação da União, o ressarcimento deve ser automático e desburocratizado, evitando novos processos entre os entes. Nesse sentido, para além da esfera estritamente judicial, o Tema 1.234 inovou ao criar uma engrenagem de compensação financeira entre os entes federados: caso um Estado ou Município seja compelido judicialmente a custear um

fármaco cuja obrigação finalística era da União, o ressarcimento financeiro dar-se-á de forma imediata na via administrativa, mitigando o fenômeno da litigiosidade regressiva entre os próprios membros da Federação.

Como desdobramento, o STF aprovou a Súmula Vinculante 61 em setembro de 2024, que obriga todos os juízes a seguirem os critérios fixados no Tema 6 (RE 566.471) e, por tabela, no Tema 1234. Isso dá uma "eficácia máxima" às teses, pois o descumprimento permite Reclamação direta ao STF.

O Tema 1234 tem sua relevância no sentido de que a eficácia do direito à saúde agora depende da eficiência administrativa, e, portanto, podemos concluir que junto com a Súmula Vinculante 61 eles são os instrumentos que finalmente organizaram o que a STA 175 começou lá em 2010.

Um dos desdobramentos mais recentes e significativos dessa engenharia jurídica ocorreu em fevereiro de 2026. Historicamente, debatia-se se as demandas por medicamentos oncológicos deveriam seguir a lógica centralizada dos Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACONs/UNACONs). O STF superou essa dicotomia ao homologar um novo acordo, alinhado às diretrizes da Portaria GM/MS nº 8.477/2025 (AF-Onco), unificando o tratamento da matéria. Sob essa nova égide, a judicialização de fármacos oncológicos foi integrada à sistemática geral do Tema 1.234, adotando os mesmos parâmetros de valor e competência, além de equiparar os medicamentos de negociação nacional aos itens de alto custo da União para fins de ressarcimento simplificado.

Por fim, a aprovação da Súmula Vinculante 61 atua como o fecho normativo ao tornar compulsórios os requisitos do Tema 6 e as balizas do Tema 1.234 para todo o Poder Judiciário, o STF conferiu eficácia máxima às suas teses, viabilizando o manejo da Reclamação Constitucional em caso de descumprimento. Aprovada no final de 2024, ela dispõe: "A concessão judicial de medicamento registrado na ANVISA, mas não incorporado às listas de dispensação do Sistema Único de Saúde, deve observar as teses firmadas no julgamento do Tema 6 da Repercussão Geral (RE 566.471)" (Brasil, 2024)".

Isso significa na prática que como é uma Súmula Vinculante, qualquer juiz ou tribunal que conceder um remédio sem observar os requisitos do Tema 6 (pobreza, laudo fundamentado, negativa da Conitec) comete um erro passível de Reclamação direta ao STF, ou seja, sob a ótica doutrinária, a edição da Súmula Vinculante 61 é interpretada como a constitucionalização definitiva desses filtros, representando, na visão de diversos juristas, a vitória da vertente da "Reserva do Possível Qualificada".

De acordo com essa leitura teórica, o verbete atua como um verdadeiro "cadeado" do Supremo Tribunal Federal (STF), ao sedimentar a obrigatoriedade dos requisitos do Tema 6 em todo o território nacional e estabelecer que o ônus da prova cabe ao autor, que deve demonstrar tanto a falha técnica do SUS quanto a sua própria hipossuficiência financeira.

À luz da consolidação desses precedentes vinculantes, constata-se que o Poder Judiciário operou um definitivo ponto de inflexão na matéria. O sistema transitou de uma fase inicial, marcada pela prevalência irrestrita dos direitos individuais e por uma "justiça emocional", para um cenário de maior racionalização, proporcionalidade e

segurança jurídica, conciliando o direito individual com as políticas públicas, no sentido de ser um ponto de inflexão, e passando o Judiciário de uma fase inicial marcada pela prevalência dos direitos individuais a uma fase mais racional, proporcional e com uma criteriosidade mais ampla, com base na exigência de critérios mais rigorosos e na preocupação com a sustentabilidade sistêmica e a gestão orçamentária do SUS. Essa transição reflete o amadurecimento institucional dos tribunais.

Em suma, e para concluir, a doutrina e a pesquisa empírica contemporânea (Vasconcelos; Wang; Oliveira, 2022) passam a chamar esse novo cenário de "Judicialização de Terceira Geração" (ou de três tempos). A 1ª Geração era o ativismo total e compreende o período de 1990 a 2000 (Dignidade acima de tudo). A 2ª Geração foi a de contenção, e compreende o período 2010 em diante, a raiz da Audiência Pública nº 4, STA 175 (Reserva do possível e ANVISA). A 3ª Geração (atual) é a da Eficiência Federativa: o foco não é mais "se" o Estado deve pagar, mas "como" ele paga de forma organizada (Tema 1234) e sob quais "provas rigorosas" (SV 61).

Apesar do exposto, como já mencionamos com anterioridade, os processos judiciais continuam aumentando, a despeito das restrições, cada vez mais objetivas e técnicas. Esse incremento decorre, majoritariamente, de três fatores: o envelhecimento populacional, que comporta uma maior demanda por tratamentos complexos; a inovação tecnológica, com o surgimento de remédios "revolucionários" e caros que o SUS demora a incorporar; e a conscientização da população, já que o cidadão passou a entender o Judiciário como uma instância de revisão imediata da negativa administrativa.

O fato de os processos continuarem subindo mesmo após a criação de barreiras e filtros (como as notas técnicas do NATJUS, as teses fixadas pelos Tribunais Superiores e os fluxos de conciliação) prova que a judicialização da saúde não é um fenômeno superficial, mas sim estrutural.

Na prática este estudo revela que os mecanismos de racionalização tentam enquadrar um problema estrutural em uma fôrma puramente processual. Essa resiliência dos processos demonstra que os filtros e as balizas processuais mudaram a forma de pedir, mas não a necessidade de pedir, visto que as prestações de saúde dependem de suporte estatal para a sua efetivação.

Nesse sentido, autores como Ferraz (2019) e Wang (2021) nos lembram que os filtros jurídicos são incapazes de conter pressões de fundo, como a escassez de recursos e as falhas de cobertura do Sistema Único de Saúde (SUS).

Portanto, as mudanças que o Judiciário iniciou com a STA 175 e os temas de Repercussão Geral posteriores, assinalados no presente artigo, convergem para um cenário de realismo constitucional e para o subsequente entendimento de que todos os direitos custam dinheiro (teoria de The Cost of Rights de Stephen Holmes e Cass Sunstein), pois dependem de uma estrutura estatal para serem garantidos, o que, aplicado ao direito à saúde implica que ele não é apenas uma declaração de vontade e, pelo contrário, exige uma infraestrutura, insumos e profissionais.

A STA 175 se iniciou com o Realismo Jurídico ao fixar balizas como a "Reserva do Possível" aplicadas ao direito à saúde, abandonando a visão idealista e adotando a visão de que para que o direito fundamental à saúde seja eficaz, ele precisa

ser financiável. A Súmula Vinculante 61 e o Tema 1234 são tentativas do Estado de gerenciar esses custos. O Tema 1234 (Filtro de 210 salários) organiza quem paga a conta, evitando que municípios pequenos entrem em colapso financeiro, o que extinguiria a eficácia do direito à saúde naquela localidade. Ao exigir o registro na ANVISA (Tema 500), o STF está protegendo o Erário de gastar com tratamentos sem eficácia comprovada.

Em suma, a evolução jurisprudencial através dos Temas 106, 1161 e 1234 representa a maturação do STF rumo a um realismo constitucional que reconhece que o direito à saúde só é eficaz se for sustentável.

O exposto, obviamente tem um custo, como a doutrina vem assinalando, já que a eficácia de um direito depende das denominadas escolhas trágicas (Trade-offs), por ser o orçamento indiscutivelmente finito. Assim, o juiz, ao proferir uma decisão de saúde, está, na verdade, retirando dinheiro de outra política pública (educação, saneamento), ou seja, entram em jogo os denominados “custos de oportunidade”, que os ministros Luís Roberto Barroso e Gilmar Mendes refletem nas suas decisões, encaminhando-se para um pensamento e uma mudança jurisprudencial mais próxima ao denominado “realismo constitucional”.

Gilmar Mendes na própria STA 175 discorre longamente sobre a "Reserva do Possível" e a necessidade de critérios técnicos para que o direito à saúde não seja apenas uma promessa retórica, mas uma realidade sustentável. E o ministro Barroso, por sua parte, também em diversos artigos e votos (ex: RE 657.718), utiliza o termo "escolhas trágicas" e defende que o Judiciário deve ter "autocontenção" (self-restraint) para não desorganizar as finanças públicas.

Nesse sentido, a evolução jurisprudencial brasileira, consolidada na Súmula Vinculante 61 e no Tema 1.234 de Repercussão Geral, reflete as premissas da Teoria dos Custos dos Direitos, popularizada por Holmes e Sunstein (1999).

Esse panorama evidencia o que a doutrina contemporânea qualifica como uma maturação rumo ao "realismo constitucional", cenário em que a eficácia do direito à saúde é condicionada à sua sustentabilidade sistêmica (Barroso, 2018; Mendes, 2010).

Na mesma linha, doutrinadores, como Sarlet (2018), embora historicamente defensores da máxima efetividade dos direitos sociais, convergem para uma compreensão mitigada, ponderando que a garantia do mínimo existencial deve necessariamente dialogar com as possibilidades fáticas e financeiras do Estado.

Diante desse panorama, verifica-se que a evolução jurisprudencial do Supremo Tribunal Federal e do Superior Tribunal de Justiça não representa uma restrição ao direito fundamental à saúde, mas uma tentativa de compatibilizar sua efetivação com as limitações materiais e institucionais do Estado.

A trajetória analisada demonstra que a tutela jurisdicional da saúde passou a ser orientada por critérios cada vez mais objetivos, técnicos e cooperativos, buscando conciliar a proteção da dignidade da pessoa humana com a sustentabilidade das políticas públicas.

Nesse contexto, a judicialização permanece como importante instrumento de concretização de direitos, mas sua legitimidade passa a depender, cada vez mais,

da observância de parâmetros que assegurem equilíbrio entre as demandas individuais e os interesses coletivos, preservando a capacidade do sistema de saúde de atender, de forma universal e contínua, às necessidades da população.

Considerações finais

Em conclusão, a trajetória institucional que se inicia na STA 175 e culmina na Súmula Vinculante 61 e no Tema 1234 de Repercussão Geral revela uma mudança profunda na compreensão da eficácia dos direitos fundamentais no Brasil. O Supremo Tribunal Federal, ao longo de dezesseis anos de maturação dogmática, afastou-se do voluntarismo judicial em prol de um necessário realismo constitucional.

Os dados consolidados pelo Conselho Nacional de Justiça evidenciam que a demanda judicial na saúde é crescente e sufocante, impondo severa pressão orçamentária sobre o Estado. Nesse cenário, a fixação de critérios e parâmetros rígidos — a exemplo do teto de 210 salários-mínimos para a delimitação de competências e a exigência de laudos técnicos via e-NatJus - não representa um retrocesso social, mas sim um mecanismo de proteção e salvaguarda do próprio Sistema Único de Saúde (SUS).

A jurisprudência contemporânea reconhece que a proteção da dignidade da pessoa humana é indissociável da sustentabilidade econômica e o direito à saúde só é verdadeiramente eficaz se for garantido de forma universal e isonômica, não buscando mais o impossível, mas sim a eficiência técnica.

Finalmente, não podemos desconsiderar que a importância dos conceitos jurídicos encontra seus limites intransponíveis na realidade social, econômica e cultural de uma determinada sociedade e de um determinado país, e que a efetividade dos direitos fundamentais em geral não se alcança com a mera vigência da norma, Logo, ela não se resolve no plano exclusivamente jurídico ou judicial, sendo necessária uma convergência de vontades e esforços do Poder Público e da sociedade, a fim de que todos possam, de forma solidária e responsável, usufruir das condições materiais mínimas para uma existência digna e de um direito à saúde sustentável, equilibrado e eficaz para a sociedade.

Referências:

AGÊNCIA BRASIL. Judicialização representa um terço do gasto estadual com medicamentos. Agência Brasil, Brasília, 2024. Disponível em: https://agenciabrasil.ebc.com.br. Acesso em: 13 mai. 2025.

ALENCAR, Vadson Ferreira; ALMEIDA, Sissi Severina Alves de. Judicialização do direito à saúde: uma análise da atuação do judiciário na busca pela efetivação desse direito. **JNT Facit Business and Technology Journal,** v. 2, n. 51, p. 298-317, jun. 2024. Disponível em: https://revistas.faculdadefacit.edu.br/index.php/JNT/article/viewFile/2867/1957. Acesso em: 13 mai. 2026.

BALESTERO, Gabriela Soares. Direitos fundamentais e reserva do possível: a judicialização da saúde. **A&C Revista de Direito Administrativo & Constitucional**, Belo Horizonte, ano 11, n. 46, p. 137-160, out./dez. 2011. Disponível em: https://revistaaec.com/index.php/revistaaec/issue/view/30. Acesso em: 10 out. 2025.

BARCELLOS, Ana Paula de. **A Eficácia Jurídica dos Direitos Constitucionais: o protocolo de Palermo e o mínimo existencial.** 3. ed. Rio de Janeiro: Renovar, 2011.

BARROSO, Luís Roberto. **Da falta de efetividade à judicialização excessiva**: **direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros para a atuação judicial**. Rio de Janeiro: Procuradoria-Geral do Estado do Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: https://www.conjur.com.br/dl/es/estudobarroso.pdf. Acesso em: 10 out. 2025.

BARROSO, Luís Roberto. **Curso de direito constitucional contemporâneo**: os conceitos fundamentais e a construção do novo modelo. 8. ed. São Paulo: Saraiva Educação, 2019.

BRANDÃO, Mariana Kaires Alves. Judicialização do direito à saúde, mínimo existencial e o princípio da proibição ao retrocesso social. **Revista Eletrônica do Ministério Público do Estado do Piauí**, v. 1, n. 2, jul./dez. 2021. Disponível em: https://www.mppi.mp.br/internet/wp-content/uploads/2022/06/Revista-Eletro%CC%82nica-do-MPPI-Edic%CC%A7a%CC%83o-2-Jul-Dez-2021.pdf. Acesso em: 20 out. 2025.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br. Acesso em: 10 out. 2025.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Recurso Extraordinário nº 566.471/RN**. Relator p/ Acórdão: Min. Luís Roberto Barroso, 13 nov. 2024. Brasília, DF: STF, 2024. Disponível em: https://portal.stf.jus.br/jurisprudenciaRepercussao/verAndamentoProcesso.asp?incidente=2565078&numeroProcesso=566471&classeProcesso=RE&numeroTema=6. Acesso em: 25 mai. 2026.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Recurso Extraordinário nº 657.718/MG**. Relator: Min. Marco Aurélio, 22 maio 2019. Brasília, DF: STF, 2019. Disponível em: https://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=4143144. Acesso em: 15 out. 2025.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Recurso Extraordinário nº 855.178/SE**. Relator: Min. Luiz Fux, 23 maio 2019. Brasília, DF: STF, 2019. Disponível em: https://portal.stf.jus.br/jurisprudenciaRepercussao/verAndamentoProcesso.asp?incidente=4678356&numeroProcesso=855178&classeProcesso=RE&numeroTema=793. Acesso em: 15 out. 2025.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Recurso Extraordinário nº 1.366.243/PR**. Relator: Min. Gilmar Mendes, 13 set. 2024. Brasília, DF: STF, 2024. Disponível em:

https://portal.stf.jus.br/jurisprudenciaRepercussao/verAndamentoProcesso.asp?incidente=6346219. Acesso em: 13 mai. 2026.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. STF homologa acordo que unifica regras de financiamento para medicamentos oncológicos. **Portal de Notícias do STF**, Brasília, DF, 19 fev. 2026. Disponível em: https://portal.stf.jus.br. Acesso em: 13 mai. 2026.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Suspensão de Tutela Antecipada nº 175**. Relator: Min. Gilmar Mendes, 17 mar. 2010. Disponível em: https://www.stf.jus.br/arquivo/cms/noticiaNoticiaStf/anexo/STA175.pdf. Acesso em: 13 mai. 2026.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Súmula Vinculante nº 61**. Brasília: STF, 20 set. 2024. Disponível em: https://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=2565078. Acesso em: 13 mai. 2026.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. Fórum Nacional do Judiciário para a Saúde. **Guia prático para o julgamento de demandas de saúde**: edição revisada e atualizada (nov. 2025/mar. 2026). Brasília: CNJ, 2026. Disponível em: https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2026/04/cartilha-fonajus-intinerante-nacional-2026.pdf. Acesso em: 13 mai. 2026.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. Fórum Nacional do Judiciário para a Saúde. **Relatório de atividades do Fonajus 2025**: balanço e-NatJus. Brasília: CNJ, 2025. Disponível em: https://www.cnj.jus.br. Acesso em: 13 mai. 2026.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Justiça em Números 2025**: ano-base 2024. Brasília: CNJ, 2025. Disponível em: https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2025/11/justica-em-numeros-2025.pdf. Acesso em: 11 mai. 2026.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. Fórum Nacional do Judiciário para a Saúde. **Guia prático para aplicação dos Temas 6 e 1234**: versão final (nov. 2025/2026). Brasília: CNJ, 2026. Disponível em: https://www.cnj.jus.br/programas-e-acoes/saude/. Acesso em: 13 mai. 2026.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Painel de Estatísticas do Poder Judiciário (Datajud)**. Brasília: CNJ, 2026. Disponível em: https://justica-em-numeros.cnj.jus.br/painel-estatisticas/. Acesso em: 11 mai. 2026.

FERRAZ, Octavio Luiz Motta. Para equacionar a judicialização da saúde no Brasil. **Revista Direito GV**, São Paulo, v. 15, n. 3, e1934, nov. 2019. Disponível em https://periodicos.fgv.br/revdireitogv/article/view/80712/77053. Acesso em: 31 maio 2026.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Judicialização corresponde a quase 33% dos gastos em medicamentos de estados brasileiros**. Brasília: IPEA, 27 maio 2025. Disponível em: http://www.ipea.gov.br. Acesso em: 13 mai. 2026.

RAMOS, Marcelene Carvalho da Silva. O Direito Fundamental à Saúde na perspectiva da Constituição Federal: uma análise comparada. **Revista Jurídica da Procuradoria Geral do Estado do Paraná**, Curitiba, n. 1, p. 53-92, 2010. Disponível em: https://share.google/uTbXfpzXopWDrazps. Acesso em: 18 out. 2025.

SARLET, Ingo Wolfgang; FIGUEIREDO, Mariana Filchtiner. Reserva do possível, mínimo existencial e direito à saúde: algumas aproximações. **Revista Brasileira de Direitos Fundamentais & Justiça**, n. 1, out./dez. 2007. Disponível em: https://dfj.emnuvens.com.br/dfj/article/view/590. Acesso em: 7 out. 2025.

SARLET, Ingo Wolfgang. Algumas considerações em torno do conteúdo, eficácia e efetividade do direito à saúde na Constituição de 1988. **Revista Direito e Democracia**, Canoas, v. 3, n. 1, 1º sem. 2002. Disponível em: http://www.periodicos.ulbra.br/index.php/direito/article/view/2433. Acesso em: 7 out. 2025.

SARLET, Ingo Wolfgang. **A Eficácia dos Direitos Fundamentais**: **Uma Teoria Geral dos Direitos Fundamentais no Estado Democrático de Direito**. 10. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2009.

SARLET, Ingo Wolfgang; MARINONI, Luiz Guilherme; MITIDIERO, Daniel. **Curso de Direito Constitucional**. 7. ed. São Paulo: Saraiva Educação, 2018.

SUNSTEIN, Cass R. Beyond Marbury: the executive's power to say what the law is. **Yale Law Journal**, New Haven, v. 115, n. 8, p. 2580-2612, jun. 2006. Disponível em: https://yalelawjournal.org/pdf/113_ndrkijbm.pdf. Acesso em: 18 mai. 2026.

VASCONCELOS, Natalia Pires de; WANG, Daniel Wei Liang; OLIVEIRA, Vanessa Elias de. A judicialização da saúde em três tempos: do direito individual à engenharia federativa. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 56, n. 4, p. 510-532, jul./ago. 2022. Disponível em: https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2011/02/95da70941b7cd226f9835d56017d08f4.pdf. Acesso em: 18 mai. 2026.

WANG, Daniel Wei Liang. Revisitando dados e argumentos no debate sobre judicialização da saúde. **REI - Revista Estudos Institucionais**, v. 7, n. 2, p. 849–869, 2021. DOI: https://doi.org/10.21783/rei.v7i2.650. Disponível em: https://www.estudosinstitucionais.com/REI/article/view/650. Acesso em: 31 maio 2026.