

**JUDICIALIZAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE: UMA ANÁLISE DO PERFIL
DECISÓRIO DO SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL EM SEDE DE RECURSO
EXTRAORDINÁRIO**

JUDICIALIZATION OF THE RIGHT TO HEALTH: AN ANALYSIS OF THE
DECISION-MAKING PROFILE OF THE FEDERAL SUPREME COURT IN
RECURSO EXTRAORDINÁRIO

Evellyn Larissa Albuquerque da Rocha¹

Adailson Pinho de Araújo²

RESUMO

Este estudo tem como objetivo analisar o perfil decisório do Supremo Tribunal Federal (STF) nas demandas relativas à judicialização do direito à saúde, com foco específico nos Recursos Extraordinários (REs) que fixaram teses de repercussão geral. A metodologia adotada é de abordagem empírica, essencialmente qualitativa, com método indutivo. Utilizou-se pesquisa documental e bibliográfica, com análise de acórdãos disponíveis no repositório do STF a partir da aplicação de palavras-chave. Foram selecionados sete Recursos Extraordinários que tratam de temas centrais, como fornecimento de medicamentos, tratamentos não incorporados ao Sistema Único de Saúde (SUS) ou sem registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), competência federativa e critérios para concessões judiciais. Os resultados indicam que o STF tem adotado um posicionamento mais técnico, com decisões que buscam equilibrar a garantia do direito à saúde com critérios científicos, orçamentários e administrativos. A Corte passou a utilizar como fundamento a medicina baseada em evidências, embora preserve um perfil garantista, visando à racionalização das decisões. Conclui-se que a atuação do STF impacta a efetividade do direito fundamental à saúde, ao vincular o Poder Executivo e os demais órgãos do Judiciário, pois define os contornos jurídicos da temática, contribuindo para a uniformização da interpretação constitucional.

¹ Bacharela em Direito pela Universidade Federal Rural do Semiárido (Ufersa). E-mail: evellynalbuquerque@outlook.com.

² Professor da Universidade Federal Rural do Semiárido (Ufersa). Doutorando em Direito pela Universidade Católica de Pernambuco (Unicap). Mestre e Bacharel em Direito pela Ufersa. E-mail: adailsonaraujo2@gmail.com.

Palavras-chave: Saúde pública. Controle judicial. Poder Judiciário. Repercussão geral.

ABSTRACT

This study aims to analyze the decision-making profile of the Federal Supreme Court (STF) in cases concerning the judicialization of the right to health, with a specific focus on Recursos Extraordinários/appeal to the supreme court (RE) that have established general repercussion doctrines. The adopted method is a qualitative empirical methodology, based on an inductive approach. The research involved both documentary and bibliographic methods, analyzing rulings available in the STF's official repository using specific keywords. Seven RE/appeal to the supreme court were selected, addressing central themes such as the provision of medications, treatments not incorporated into the Unified Health System (SUS) or not approved by the National Health Surveillance Agency (ANVISA), federal competence, and criteria for judicial concessions. The results indicate that the STF has adopted a more technical stance, issuing decisions that seek to balance the guarantee of the right to health with scientific, budgetary, and administrative criteria. The Court has begun to use evidence-based medicine as a legal foundation, while still maintaining a rights-oriented

profile aimed at rationalizing judicial decisions. It is concluded that the STF's rulings impact the effectiveness of the fundamental right to health by binding the Executive Branch and other judicial bodies, defining the legal contours of the issue, and contributing to the uniform interpretation of constitutional provisions.

Keywords: Public health. Judicial control. Judiciary. General repercussion.

INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988 (CRFB/88) consolidou o direito à saúde como um dos direitos fundamentais, o consagrando como um dever do Estado e um direito de todos, a ser garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos, bem como ao acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde (Brasil, 1988).

Ao prever essa garantia, a CRFB/88 inaugura um novo paradigma nas políticas públicas, notadamente nas elaboradas por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), responsável por assegurar os termos constitucionais em matéria de saúde pública. As bases para o funcionamento do SUS são os princípios fundamentais da universalidade, integralidade e equidade.

Ocorre que são inúmeros os impasses enfrentados pelo Poder Público para alcançar os princípios norteadores do SUS, com o fito de garantir a concretização do direito à saúde enquanto expressão da cidadania. As desigualdades de acesso, limitações orçamentárias, subfinanciamento e a tensão entre demandas individuais e a organização do sistema de saúde são algumas dessas dificuldades (Cunha, 2021; Dores, 2013; Mendes, 2015).

Diante desse cenário de percalços na efetivação do direito, surge o fenômeno da judicialização, fato que vem crescendo exponencialmente e sem previsão de desaquecimento. Ao conceituar a judicialização, Hirschl (2008) entende que o fenômeno surge quando o Estado falha em assegurar algum direito, induzindo a sociedade a procurar o Poder Judiciário para garanti-lo.

A judicialização da saúde, mais especificamente, está inserida na judicialização da política (Hirschl, 2008). Nesse caso, a sociedade busca o Poder Judiciário para alcançar o fornecimento de medicamentos, tratamentos ou insumos, fazendo com que

os magistrados atuem na formulação de políticas públicas para a garantia do direito à saúde (Barroso, 2009).

A literatura sobre judicialização da saúde é vasta. Diversos estudos ressaltam alguns efeitos negativos desse fenômeno, enfatizando que a judicialização pode beneficiar demandas individuais em detrimento das necessidades coletivas, comprometendo a lógica do SUS (Santos, 2021; Cunha; Farranha, 2021). Wang (2021) conclui que os magistrados não consideram o impacto econômico das determinações proferidas, o que favorece uma ideia de microjustiça, conceito que se refere à tutela jurisdicional em casos individuais.

No mesmo sentido, Mazza e Mendes (2014) enfatizam que as concessões precisam observar o planejamento orçamentário, sob pena de desequilibrar a prestação universal. Pensando nisso, há estudos que já enfatizam a importância de critérios técnicos e decisões baseadas em evidências, para fundamentar as concessões em matéria de direito à saúde (Lui; Madeira; Câmara, 2023).

Em que pese os autores problematizarem os efeitos distributivos da judicialização, existem estudos que entendem não haver afronta à separação dos Poderes por parte do Judiciário, uma vez que é legítima a judicialização quando o direito não é efetivado pelo Poder Público (Costa, 2017). Outros, entretanto, apontam que o fenômeno torna o Poder Judiciário um verdadeiro protagonista quando se trata de políticas públicas (Cunha; Farranha, 2021). Alguns trabalhos se dedicam a categorizar as decisões judiciais (Balestra Neto, 2015; Cunha; Farranha, 2021), apontando que há fases distintas sobre a matéria de saúde.

Apesar da judicialização do direito à saúde ser um tema amplamente debatido no universo acadêmico, há de se mencionar que não é um tema exaurido, principalmente ao pensá-lo sob a perspectiva da atuação do Supremo Tribunal Federal (STF) seus padrões de decisão e fundamentos utilizados, que caminham à evolução ano após ano. Nota-se uma carência de estudos que analisem sistematicamente as tendências das decisões judiciais da Corte Constitucional.

Isso posto, o presente trabalho visa suprir essa lacuna a partir da seguinte questão-problema: qual o perfil decisório do Supremo Tribunal Federal nas demandas relativas à judicialização do direito à saúde em sede de Recurso Extraordinário (RE)? O objetivo geral é analisar o perfil decisório do STF, especificamente no âmbito dos Recursos Extraordinários, nas demandas relativas à judicialização do direito à saúde.

No intuito de alcançar o objetivo geral estabelecido, se faz necessário cumprir os seguintes objetivos específicos: a) sistematizar os REs que versam sobre judicialização da saúde, b) identificar o posicionamento e fundamentos jurídicos adotados pelo STF e c) verificar os impactos das decisões na efetivação no direito fundamental à saúde.

Ao perceber que a judicialização necessita de uma análise aprofundada sobre como o Poder Judiciário tem respondido às demandas de saúde, esta pesquisa poderá assistir e facilitar o aprimoramento das práticas jurídicas e auxiliar na atuação dos operadores do Direito. A relevância desta pesquisa se justifica exatamente pela imprescindibilidade de compreender a atuação e posicionamento da Corte, particularmente em um assunto que ganha cada vez mais relevância hodiernamente.

Este trabalho, de método indutivo, é um estudo documental, de abordagem essencialmente qualitativa, que utilizou técnicas de levantamento bibliográfico e documental, bem como coletou dados por meio do buscador de jurisprudência do STF, utilizando palavras-chave, visando localizar e sistematizar os REs com fixação de teses de repercussão geral que tratam da judicialização do direito à saúde. A seleção dos casos e a análise dos acórdãos permitiram identificar padrões decisórios e fundamentos jurídicos, em consonância com os objetivos propostos e com a necessidade de responder ao problema central da pesquisa.

A pesquisa está organizada em cinco seções, sendo a primeira esta introdução. A seção 1 aborda os fundamentos do direito à saúde, com ênfase na sua consolidação constitucional, nos princípios do SUS e os principais impasses para sua efetivação. A seção 2 trata do fenômeno da judicialização da saúde e da atuação do STF nesse contexto. Na sequência, a seção 3 descreve os procedimentos metodológicos da investigação empírica e qualitativa, detalhando o delineamento da pesquisa e os critérios de seleção dos acórdãos. A seção 4 apresenta e interpreta os resultados obtidos, destacando os padrões decisórios identificados e como impactam na efetivação do direito à saúde. Por fim, a seção 5 reúne as considerações finais do estudo.

1 FUNDAMENTOS DO DIREITO À SAÚDE NO BRASIL: PERSPECTIVAS E IMPASSES NA SEARA DA EFETIVAÇÃO

O direito à saúde, como parte dos direitos humanos, tem respaldo no Direito Internacional por meio dos tratados e convenções que abordam a proteção da dignidade humana em diversas dimensões.

Entre esses instrumentos, destacam-se a Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948), os Pactos Internacionais de Direitos Civis e Políticos, Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (1966) e a Convenção Americana sobre Direitos Humanos (1969), que foram incorporados à ordem jurídica brasileira e encontram sua confirmação na Constituição Federal de 1988 (Brasil, 1988; Thamay; Gomes; Magnusson, 2024).

No contexto brasileiro, a CRFB/88 é compreendida como um marco político-institucional na transição democrática, elaborada em um período de fortes mudanças sociais, políticas e econômicas no país. Após o período de regime autoritário, buscava-se a redemocratização e a ampliação dos direitos fundamentais.

Isso fez com que a busca por um novo modelo de fortalecimento da democracia e inclusão social abrangesse diversos direitos civis, políticos e sociais no corpo do texto da então nova Constituição, entre eles o direito à saúde (Baptista; Machado; Lima, 2009).

A CRFB/88 consagrou a saúde como um direito fundamental de natureza social, previsto no *caput* de seu artigo 6º, que trata dos direitos essenciais à dignidade humana. O artigo 196 reforça seu caráter obrigatório ao estabelecer que a saúde é “direito de todos e dever do Estado”, devendo ser assegurado por meio de políticas sociais e econômicas, conforme determinação do texto constitucional (Brasil, 1988).

Nesse sentido, a norma possui eficácia limitada de caráter programático, o que significa que o conteúdo do direito será possível de ser exercido por meio da edição de normas infralegais para a viabilização deste (Thamay; Gomes; Magnusson, 2024).

Assim, foi instituído o SUS, regulamentado pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Brasil, 1990), como o principal instrumento de viabilização do direito à saúde no Brasil. O novo modelo rompe com o modelo anterior em que o acesso aos serviços públicos de saúde era limitado principalmente aos trabalhadores vinculados à previdência social. Abandona-se o modelo meritocrático-particularista por um institucional-redistributivo (Ramos; Madureira; Sena, 2013).

A chamada Lei Orgânica da Saúde organizou o SUS como um conjunto de ações e serviços públicos pautados por princípios fundamentais, como a

universalidade, equidade e integralidade, além de estabelecer as atribuições do Poder Executivo nas diferentes esferas de governo (Mendes, 2015; Silveira *et al.*, 2022).

Segundo o *site* oficial do SUS do Governo Federal, a universalidade é o direito que todas as pessoas têm à saúde, e o Estado deve garantir o acesso aos serviços de forma igualitária. A equidade busca reduzir desigualdades, reconhecendo que diferentes pessoas têm diferentes necessidades. O princípio da integralidade é cuidar da pessoa na totalidade, integrando ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, além de articular a saúde com outras políticas públicas.

Para Dallari (2008), esse avanço não ocorreu de forma espontânea, mas foi resultado de um processo histórico de mobilização popular e da atuação técnica de sanitaristas, que influenciaram a formulação do sistema de saúde e asseguraram sua articulação com políticas sociais e econômicas, como previsto nos artigos 196, 198 e 200 da Constituição Federal (Brasil, 1988).

O disposto no artigo 200 da Constituição Federal, por sua vez, define algumas das competências do SUS, como vigilância sanitária e epidemiológica, a saúde do trabalhador, o saneamento básico, a pesquisa científica, o controle de qualidade de alimentos e bebidas e a proteção do meio ambiente (Brasil, 1988).

Tais atribuições reforçam a ideia de que o conceito constitucional sobre a saúde não se limita ao acesso a tratamentos, mas sim a uma articulação de diversos setores para assegurar o acesso à alimentação, moradia, saneamento, ambiente saudável, atividade física e outras condições essenciais à dignidade do ser humano (Silveira *et al.*, 2022).

Essa concepção constitucional dialoga com a compreensão moderna de saúde, que vai além da mera ausência de doenças e considera as condições de vida e a organização social dos indivíduos. Dessa forma, há uma ampliação na compreensão do termo, após a Segunda Guerra Mundial, refletida na definição adotada pela Organização Mundial da Saúde - OMS em 1946.

Sob a concepção de Dores (2013), com essa ampliação a saúde passou a ser caracterizada como um estado de completo bem-estar físico, mental e social. Essa perspectiva supera a visão tradicional de saúde restrita ao aspecto biomédico e aborda um olhar mais preventivo, estrutural e compatível com os princípios norteadores do SUS.

Isto porque os Direitos Humanos, em especial o direito social fundamental à saúde, relaciona-se ao direito à vida, não somente no sentido biológico, mas também de uma vida digna, conforme o fundamento estabelecido pelo artigo 1º, inciso III, da CRFB/88 (Brasil, 1988).

Dessa forma, a dignidade da pessoa humana está intrinsecamente ligada ao direito à saúde como condição essencial para o pleno exercício da cidadania, devendo ser garantido o mínimo existencial, conceito extremamente relevante para esse debate (Thamay; Gomes; Magnusson, 2024).

Para Sarlet e Figueiredo (2007), a garantia do mínimo existencial é a obrigação estatal de assegurar condições materiais mínimas para uma vida digna, encontrando fundamento no princípio da dignidade da pessoa humana, no direito à vida e à integridade física, bem como no direito à liberdade.

A partir dessa noção de dever de garantia do Estado, Sarlet e Figueiredo (2007) explicam que para a efetivação dos direitos sociais se entende que há duas vertentes: de natureza negativa e de natureza positiva. A vertente negativa está relacionada a uma abstenção de agir de maneira lesiva, sendo uma proteção contra intervenções do Estado ou dos indivíduos que prejudiquem o direito protegido.

A vertente positiva é a obrigatoriedade de prestação, pelo Estado, para viabilizar o exercício do direito, ou seja, é o dever de garantir as condições para a sua fruição. Essa distinção é essencial para compreender as perspectivas e os desafios enfrentados na efetivação do direito. Desse modo, é possível aferir que o direito à saúde exige uma atuação positiva do Poder Público, ou seja, para que o direito se torne efetivo, é necessário que o Estado realize ações concretas.

Dentro dessa perspectiva, as políticas públicas funcionam como os principais instrumentos destinados à efetivação dos deveres positivos relacionados aos direitos fundamentais. Por meio delas o Estado torna concreto esses direitos consagrados na CRFB/88, de maneira que essa materialização impacta diretamente a vida dos indivíduos no âmbito da dignidade da pessoa humana, assegurando e promovendo o acesso individual aos bens jusfundamentais (Barroso, 2009).

Cabe mencionar que esse dever fazer não se limita à formulação adequada de políticas públicas, envolve também custos significativos, racionalização para que esses custos sejam compatíveis com os limites orçamentários e que essa gestão seja

realizada da maneira mais eficiente. Esse “jogo de cintura” entre a necessidade e possibilidade gera um intenso debate (Thamay; Gomes; Magnusson, 2024).

A partir dessa necessidade, nasce o desafio da limitação de recursos disponíveis. Essa problemática abre margem para o conceito de reserva do possível, pois, ao impor aos entes federativos a obrigação de prestar o “mínimo existencial” necessário à subsistência dos indivíduos, gera-se custos para o Estado e impacto no orçamento público.

Diante disso, o Poder Executivo, responsável por essa gestão, muitas vezes se ampara na “reserva do possível”, alegando que determinadas ações exigem recursos financeiros elevados e, por essa razão, não podem ser exigidas irrestritamente (Costa, 2017).

É certo que o Estado possui capacidade limitada para garantir integralmente os direitos fundamentais, sendo a escassez de recursos um obstáculo prático à sua efetivação (Wang, 2009). Além disso, há restrições jurídicas, pois o Estado precisa do respaldo legal para dispor desses meios.

Essas duas dimensões sustentam a ideia da “reserva do possível”, entendida por Sarlet e Figueiredo (2007) como o conjunto de limitações, sejam materiais ou jurídicas, que condicionam a concretização das prestações sociais, indo além da simples ausência de recursos financeiros.

Surge então um dilema: poderia o Poder Judiciário obrigar o Poder Executivo a realizar prestações materiais que ultrapassem a capacidade orçamentária em nome de um direito fundamental sem ferir a autonomia e violar o princípio da separação dos poderes?

Para Costa (2017), a atuação do Poder Judiciário para garantir a concretização do direito à saúde não caracteriza uma ofensa à separação dos poderes, pois o Estado deve ser compreendido como uma totalidade - Poder Legislativo, Executivo e Judiciário - igualmente responsável pela satisfação desse direito assegurado constitucionalmente, especialmente quando há omissão do poder responsável.

Noutro vértice, autores como Cunha e Farranha (2021) consideram que o Poder Judiciário assume um papel de protagonismo ao decidir demandas que seriam de competência do Executivo, o que indica uma ofensa à tripartição dos poderes.

Tendo em vista que a CRFB/88 consagrou o princípio da inafastabilidade da jurisdição, assegurando que nenhuma lesão ou ameaça a direito pode ser excluída da

apreciação do Poder Judiciário (Brasil, 1988), de fato, é legítima a judicialização para concretização dos direitos, e muitas vezes até necessária.

No entanto, não se pode negar que a intervenção deve se dar de maneira adequada, adotando medidas e critérios para evitar atropelamentos entre os poderes e suas divisões funcionais, que devem sempre se valer do sistema de freios e contrapesos para evitar os excessos e o desequilíbrio institucional. O Judiciário não deve se eximir de exercer sua função jurisdicional, mas não pode operar como gestor substituto de políticas públicas.

Mesmo com a atuação do Judiciário, há limitações estruturais que comprometem a efetividade do direito à saúde. Conforme elucidam Baptista, Machado e Lima (2009), apesar do reconhecimento constitucional da saúde como um direito universal, diversos obstáculos ainda comprometem sua plena realização.

Como defendem os autores, o sistema de saúde é perpetrado por profundas desigualdades sociais e econômicas, o que impõe barreiras estruturais à implementação de políticas públicas eficazes, revelando um sistema fragmentado, hierarquizado e desigual, com baixa efetividade em termos de impacto social.

Os estudiosos supramencionados elucidaram que a própria estrutura do SUS e a forma de concepção das políticas públicas promovem exclusão no sistema de saúde. Em que pese a declaração da CRFB/88, a exclusão dos mais vulneráveis não foi superada com a criação do SUS e com a introdução dos seus princípios, permanecendo até os dias de hoje e se manifestando de maneira sutil.

Não há dúvidas que milhares de brasileiros vivem à margem do SUS, seja pela precariedade dos serviços básicos ou pela relação verticalizada entre médicos e pacientes. Assim, o acesso universal é limitado pela escassez orçamentário-financeira, o que exige que os recursos sejam alocados de maneira a reduzir as desigualdades ao invés de aumentá-las (Dores, 2013).

Marques e Mendes (2005) explicam que o financiamento do SUS foi historicamente comprometido por políticas de austeridade fiscal e pela priorização da Previdência Social na Seguridade. Os recursos da saúde foram frequentemente desviados ou reduzidos, especialmente com a criação da Desvinculação dos Recursos da União (DRU), que permitiu que parte dos recursos antes destinados à saúde fossem redirecionados, e a concentração das contribuições sociais na Previdência (Marques; Mendes, 2005).

Assim, o modelo de custeio e financiamento do direito à saúde gera grande impasse na efetivação do direito, pois ainda não se alcançou a estabilidade orçamentária necessária para pôr em prática os princípios e diretrizes do SUS. O país saiu de uma situação de subfinanciamento para um processo de desfinanciamento, intensificado pela Emenda Constitucional nº 95/2016, que previu um teto de gastos públicos (Cunha, 2021).

Similarmente, Vieira e Benevides (2016) entendem que a referida emenda passou a limitar o papel do Estado na garantia dos direitos sociais, entre eles o direito à saúde, pois a lógica passou a ser que, para um setor receber mais recursos, outro necessariamente terá que receber menos, já que o teto foi fixado em proporção ao Produto Interno Bruto - PIB.

A medida alterou as prioridades estabelecidas pelo texto constitucional, mascarando-se como uma promoção de melhor alocação de recursos, quando, na verdade, acabou afetando diretamente a saúde pública, por exemplo, pois contribuiu para a precarização do sistema de saúde.

Diante disso, o modelo de financiamento do SUS deve ser transformado para combater a ineficiência dos compromissos constitucionais com a saúde que, como “direito de todos e dever do Estado”, deve ter prioridade orçamentária, pelo próprio caráter de expressão de cidadania e dignidade que possui (Cunha, 2021).

Mendes (2015) reconhece a melhora nas condições de saúde da população brasileira após a instituição do SUS, mas também aponta dois grandes problemas no avanço do sistema: (i) a dificuldade de acesso, decorrente da desigualdade na distribuição dos serviços entre as regiões, além da insuficiência de recursos para as altas demandas dos grandes centros urbanos e (ii) o financiamento, que decorre do nível de gastos.

Todas essas falhas administrativas são destacadas por Baptista, Machado e Lima (2009), especialmente no que diz respeito à incorporação, aquisição e distribuição de tratamentos no sistema público, como origem de parte da judicialização da saúde, que será tratada conceitualmente no capítulo seguinte.

Esse fenômeno é introduzido neste capítulo por se tratar, para alguns autores, como um ponto importante nas perspectivas e impasses na seara da efetivação. Ao mesmo tempo que pode contribuir para o Estado assumir a sua responsabilidade, traz

um grande problema: o acesso aos serviços de saúde prioritariamente pela via judicial, o que entra em contradição com a própria ideia de saúde como direito fundamental.

Thamay, Gomes e Magnusson (2024) observam que a omissão do Poder Legislativo e a gestão ineficiente por parte do Executivo contribuem para o aumento da judicialização, que se torna o meio viável para os cidadãos buscarem a efetivação do direito à saúde.

Essa realidade gera um volume expressivo de decisões que impactam diretamente o Estado e sobrecarregam os tribunais, chegando frequentemente nas instâncias superiores. Ocorre que a intervenção judicial nesses conflitos também pode acabar comprometendo a continuidade das políticas públicas de saúde e interferindo na administração e alocação racional dos recursos públicos (Barroso, 2009).

Uma pesquisa analisou os efeitos da judicialização sobre a gestão orçamentária da saúde no município de São Paulo e estimou que os gastos com demandas judiciais corresponderam a cerca de 6% do total investido na assistência farmacêutica municipal e a 10% do valor destinado ao fornecimento de medicamentos e materiais hospitalares, ambulatoriais e odontológicos (Wang *et al.*, 2014).

Além disso, no mesmo estudo, verificou-se que aproximadamente 55% desses recursos foram utilizados para a aquisição de medicamentos de competência estadual ou federal, enquanto cerca de 45% se destinaram a tratamentos não previstos pelo SUS. O que, conforme Wang *et al.* (2014), revela efeitos negativos da judicialização como o acesso desigual aos serviços, sobrecarga dos municípios e a dificuldade de planejamento orçamentário.

Apesar dos reconhecidos avanços com a criação do SUS, os desafios para concretização da universalidade, equidade e integralidade persistem. Diante dessas dificuldades, o Estado-juiz é provocado a atuar como protagonista na implementação de políticas públicas e concretização do direito à saúde a partir de suas decisões (Barroso, 2009).

Assim, o fenômeno da judicialização da saúde assume um forte papel. A partir desse ponto, revela-se imperioso tratar, no capítulo seguinte, uma compreensão mais aprofundada sobre o fenômeno da judicialização e sobre o papel do Poder Judiciário nas demandas de saúde.

2 O FENÔMENO DA JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE E O PAPEL DO SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL

No ordenamento constitucional vigente, uma afronta à Constituição Federal pode ocorrer tanto por ações como por omissões estatais. Assim, não se trata somente de atos que contrariem diretamente o texto, mas também da inércia do Estado em assegurar os direitos nele previstos.

Nesse sentido, quando o Poder Público se omite diante de suas obrigações - deixando de implementar políticas públicas ou garantir direitos fundamentais - essa ausência de atuação compromete a própria efetividade da Constituição.

Tal omissão acaba por gerar uma erosão da “consciência constitucional”, termo utilizado pelo ex-Ministro do STF Celso de Mello na ADI 1.484/DF, um processo de desprestígio ou descrença da força normativa da Constituição, tendo em vista que os direitos garantidos no papel não são postos em prática (Brasil, 2001).

Esse cenário explica, minimamente e somente sob uma perspectiva, o elevado número de ações judiciais que tramitam no sistema de Justiça, pois os cidadãos recorrem ao Poder Judiciário como meio alternativo para a solução dessas faltas, uma forma de obrigar o Estado a cumprir o que deveria, desde o princípio, ser garantido.

Esse fenômeno, conhecido como judicialização, pode ocasionar a interferência do Poder Judiciário nos demais Poderes quando instado a sair do seu estado de inércia. Na visão de Barroso (2012), ao ajuizar uma ação, o cidadão põe nas mãos dos juízes o poder decisório sobre questões de grande relevância que deveriam ser de competência do Presidente da República, seus ministérios e da Administração Pública, o que acaba atribuindo ao Judiciário, sobretudo, um poder político.

De acordo com Hirschl (2008), a judicialização aparece nos discursos como parte de um contexto em que o Estado não garantiu o direito devido, e o mecanismo legal funciona como meio de efetivar o direito afirmado por lei, através das reivindicações via justiça. O conceito clássico de judicialização da saúde, segundo Hirschl, está inserido em uma perspectiva mais ampla da judicialização da política.

Para o autor, a judicialização ocorre quando questões tradicionalmente resolvidas no âmbito político ou administrativo passam a ser decididas pelo Poder Judiciário. No contexto da saúde, isso significa que demandas por acesso a tratamentos, medicamentos ou serviços de saúde, que deveriam ser solucionadas por

políticas públicas e gestores do sistema, acabam sendo levadas aos tribunais para decisão judicial.

Sob a perspectiva de Barroso (2009), a judicialização no âmbito da saúde, especificamente, ocorre quando os magistrados julgam demandas relativas à saúde para garantir a efetividade direta desse direito quando, em verdade, o artigo 196 da CRFB/88 atribui essa responsabilidade ao Poder Executivo, por meio das políticas públicas (Brasil, 1988).

A judicialização da saúde representa tanto um avanço na consciência - constitucional - dos direitos individuais quanto um desafio para o Poder Público, em especial o Poder Judiciário, ao lidar com o excesso de ações e, por consequência, decisões judiciais, dificuldades de compreensão sobre o SUS e sua gestão.

Conferir efetividade ao direito à saúde não se trata tão somente da interpretação dos artigos que versam sobre saúde, mas de uma questão da organização institucional, uma vez que o Executivo detém a competência para gerir o entrave entre os recursos disponíveis e as altas demandas.

Sob o olhar de Cunha e Farranha (2021), a judicialização representa uma expansão global do protagonismo do Poder Judiciário que começou a acontecer entre os anos 1980 e 1990, se prolongando até os dias atuais. Além de o Judiciário ter passado a atuar em áreas tipicamente reservadas aos Poderes Executivo e Legislativo, também gerou forte influência sobre o funcionamento jurídico dos demais poderes a partir de suas decisões.

Há, portanto, uma maior interação entre os poderes e instituições quando o Judiciário é provocado e demanda uma resposta do Legislativo sobre a controvérsia (Oliveira, 2019 *apud* Lui; Madeira; Câmara, 2023). Nesse raciocínio, a judicialização passa a ser compreendida como uma dinâmica estrutural nas relações entre os poderes, além de uma interferência institucional entre eles. É a utilização do sistema de justiça para contestar falhas do Executivo e sanar a mora do Legislativo, tornando as decisões judiciais respostas às insuficiências das políticas públicas e das legislações (Cunha; Farranha, 2021).

A busca pela efetividade dos direitos fundamentais por meio do sistema judicial se mostra crescente, o que se justifica pelo próprio entendimento de que a CRFB/88 não é somente um documento escrito, mas o fundamento de um Estado de Direito.

Assim, deve cumprir as normas de eficácia plena de maneira concreta (Barroso, 2012).

Dados do *site* do Supremo Tribunal Federal (Brasil, 2024) apontam que no ano de 2020, em média 21 mil novas ações que versavam sobre direito à saúde foram registradas a cada mês no Brasil, número que chegou próximo a triplicar em 2024, totalizando 61 mil demandas. Percebe-se que, entre esse lapso temporal, o total anual saltou de 347 mil processos para 600 mil. O aumento da judicialização da saúde é indiscutivelmente expressivo, o que o torna um dos grandes desafios do Poder Público.

Além das já mencionadas limitações na seara da efetivação, Santos (2021) elucida que em muitos momentos a judicialização desconsidera a complexidade do SUS ao ignorar o subfinanciamento, as normas pertinentes e a pactuação interfederativa, tendo em vista que a prevista integralidade de atendimento possui limites práticos e legais que são esquecidos.

Embora a judicialização se revele necessária em alguns casos e tenha um direito legítimo, a concessão de medicamentos de alto custo, por exemplo, que prioriza a demanda individual em detrimento das demandas coletivas, acaba comprometendo o sistema e agravando o subfinanciamento (Santos, 2021).

Em muitos casos as demandas judiciais relacionadas à saúde estão concentradas em demandas individuais, revelando um cenário de judicialização marcado pela microjustiça. Ao pensar na prestação individual, os magistrados costumam atentar-se para a satisfação da garantia pleiteada, sem preocupações sobre o impacto orçamentário da decisão (Cunha; Farranha, 2021).

Diante disso, os juízes acolhem interesses individuais e se sujeitam a sacrificar interesses coletivos, sob o olhar da macrojustiça, que busca equilibrar o atendimento às necessidades da coletividade.

De igual modo, do ponto de vista orçamentário, Mazza e Mendes (2014) defendem que o planejamento orçamentário - composto pela Constituição Federal, pela Lei nº 4.320/64 e pela Lei de Responsabilidade Fiscal - deve ser observado para que seja eficaz e não impacte diretamente na garantia da saúde.

Do ponto de vista dos autores, ao realizar escolhas políticas, o Estado-juiz deve se ater à reserva do possível para preservar a coletividade e as limitações em termos

de recursos, sendo controverso o papel do Judiciário quando intervém no equilíbrio dessas demandas sob o pretexto de direitos fundamentais.

O Poder Judiciário, e mais especificamente o STF – corte constitucional e órgão de cúpula do sistema de justiça – passou a estabelecer os contornos jurídicos pertinentes à atuação do Estado em matéria de saúde pública, debatendo a temática em razão dos diversos RE que chegaram à pauta de julgamento.

A partir disso, alguns desses recursos foram emblemáticos ao fixar teses para uniformização da interpretação constitucional quanto ao direito à saúde, revelando, em certa medida, o perfil decisório da Corte ao longo de todos esses anos.

Vasconcelos (2020) entende que o STF se tornou um ator central na temática de políticas públicas, sendo acionado como instância recursal em diversas demandas na área de saúde, mesmo quando essas demandas extrapolam os protocolos do SUS.

A autora conclui que a atuação da Corte é em maior parte favorável a pleitos individuais e que isso contribui para o aumento da judicialização. Ao mesmo passo, a Corte também busca conter o crescimento do fenômeno por meio de iniciativas dos comitês do Conselho Nacional de Justiça (CNJ) e exigências de fundamentações técnicas nas decisões, apresentando um papel ambíguo no crescimento e contenção do fenômeno.

Diante da preocupação com as proporções que a judicialização da saúde tomou, bem como com as eventuais decisões indiscriminadas, o CNJ teve uma função fundamental na promoção da *accountability* da Política Judiciária.

Visando implementar uma gestão coordenada de atuação dos magistrados e articular decisões estratégicas entre o Judiciário e demais atores institucionais, foram criados o Fórum Nacional do Judiciário para a Saúde, os Comitês Estaduais de Saúde e a capacitação de juízes pelas Escolas de Magistratura. Além disso, houve emissão de recomendações, resoluções e criação de varas especializadas para enfrentar com maior eficácia a judicialização da saúde (Ribeiro; Vidal, 2018).

Ao refletir sobre os limites da atuação do Judiciário, alguns estudos se debruçaram sobre a possibilidade de os juízes garantirem atendimento ou fornecimento de medicamentos, mesmo quando esses pedidos não envolvam necessidades essenciais.

Esse é o caso de tratamentos experimentais ou remédios não aprovados pela ANVISA. Sob essa perspectiva, Silva e Silva (2015) apontam que o Judiciário não tem

preparo técnico para definir critérios de essencialidade em matéria de saúde, desorganizando a gestão administrativa e ameaçando a universalidade, integralidade e equidade do SUS.

Para solucionar o dilema dos estudos que defendem que o Judiciário não possui capacidade para fazer delimitações em questões de saúde, em razão da impossibilidade técnica, surge um debate de grande relevância no âmbito da administração pública: Decisões Baseadas em Evidências e Políticas Públicas Baseadas em Evidências (PPBE) (Lui; Madeira; Câmara, 2023).

Lui, Madeira e Câmara (2023) concluem que, ao trazer essa abordagem para a judicialização, a ideia é que as decisões sejam tomadas com embasamento científico e dados empíricos, visando escolhas mais racionais e menos ideológicas ou enviesadas, sem subordinar a decisão à ciência.

O período da pandemia de Covid-19 foi compreendido como um momento chave de atuação da Corte Constitucional na judicialização da saúde. O Tribunal buscou fundamentar suas decisões em evidências científicas naquele momento, em contraposição à descrença que a ciência e as recomendações científicas sofriam por incentivo do Presidente da República à época, se opondo à postura negacionista. Desse modo, o posicionamento do STF revelou a necessidade da judicialização baseada em evidências (Lui; Madeira; Câmara, 2023).

Diante disso, evidente que o STF, enquanto guardião da Constituição, assume um papel central e estratégico nessa discussão, mormente ao estabelecer os contornos jurídicos e políticos pertinentes à atuação do Estado e uniformizar a interpretação constitucional nessa matéria. É necessário compreender, portanto, como atua a Corte Suprema, quais os padrões de decisão e em que medida ela contribui ou limita a efetividade de direitos fundamentais no Estado Social de Direito.

Pensando no perfil decisório das Cortes Superiores, Balestra Neto (2015) aponta que, no que diz respeito à saúde, configuram-se três fases distintas na interpretação do tema. No primeiro momento havia uma negação quanto à possibilidade de viabilidade judicial do direito à saúde. O segundo momento da jurisprudência virou uma fase de concessões ilimitadas.

De modo que até o momento da pesquisa de Balestra Neto, predominava o terceiro momento da jurisprudência, o entendimento de busca pelo equilíbrio entre as mais variadas demandas por prestações materiais de saúde, especialmente das

camadas mais carentes da população, com a necessidade de respeitar as políticas de saúde formuladas pelo Estado.

Já Cunha e Farranha (2021) classificam em quatro as fases de decisão do STF: 1ª) não-ativismo, tendo em vista o lapso de tempo que levou para que os casos de judicialização da saúde chegassem à Corte após a promulgação da Constituição, 2ª) absolutização da saúde, em razão das inúmeras concessões em matéria de saúde, o que arrisca e compromete o próprio sistema de saúde, 3ª) o custo dos direitos, fase marcada por maior atenção ao equilíbrio entre reserva do possível e mínimo existencial e ao orçamento disponível para a prestação estatal, 4ª) Medicina baseada em evidência, a última fase é de decisões baseadas em evidências científicas e dialoga com o SUS.

São muitas as perspectivas e ao pensar nos estudos sobre o fornecimento de medicações não registradas para doenças raras e ultrarraras, o antigo entendimento e posicionamento do STF eram de não obrigatoriedade, quando o medicamento não era registrado pela ANVISA.

Atualmente, a Corte passou a admitir, em determinadas condições, concessões judiciais de provimento dos fármacos, caso seja a única possibilidade de salvar o paciente, numa tentativa de equilibrar o direito fundamental à saúde com os limites orçamentários. Percebe-se um esforço para compatibilizar as demandas judiciais com um orçamento deficitário (Malinowski; Corte, 2020).

Por um lado, há estudo que interpreta o comportamento do STF como minimalista e de postura contida, ao entender que as decisões se atêm ao pedido formulado, sem adentrar no mérito das políticas públicas, contribuindo para o pensamento de que a atuação judicial respeita a separação dos poderes (Souza; Jacob; Albuquerque, 2017).

Por outro, algumas pesquisas concluem haver uma oscilação nas decisões, gerando certo desequilíbrio e insegurança em seus padrões argumentativos, pois hora protege ilimitadamente o direito à saúde e, noutro momento, o fortalecimento estrutural do SUS (Santos, 2021).

Essa ambivalência revela a inequívoca dificuldade enfrentada ao julgar demandas que versam sobre saúde. Aparentemente, a Corte Suprema se encontra caminhando para uma abordagem mais racional, buscando consolidar critérios para essas causas.

Com o exame empírico das decisões judiciais, é possível compreender melhor o perfil decisório do STF, considerando também os últimos julgamentos emblemáticos. Nesse contexto, a sistematização e a análise das decisões têm o potencial de contribuir para o fornecimento de dados concretos sobre o comportamento da Corte atualmente.

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A pesquisa foi executada com base em uma abordagem metodológica empírica, qualitativa e indutiva. Ou seja, se desenvolve na observação de casos particulares para formulação de uma teoria explicativa a partir deles e a elaboração de uma conclusão uma vez que parte da observação, coleta e análise das decisões proferidas pelo STF (Rodrigues; Grubba, 2023). Isso, pois, tem o intuito de identificar os padrões de decisões e elaborar considerações sobre o perfil decisório da Corte em demandas que versam sobre a judicialização da saúde.

É essencialmente qualitativa pois adota práticas interpretativas que buscam compreender os dados descritivos e captar a realidade sob uma perspectiva (Rodrigues; Grubba, 2023). Isso porque, ao sistematizar os julgados, o estudo se concentrou em identificar o posicionamento e interpretar os fundamentos jurídicos adotados pelo STF para, enfim, verificar os impactos das decisões na efetivação do direito fundamental à saúde.

Segundo Gil (2023), a pesquisa descritiva tem essa denominação por buscar descrever características de fenômenos ou investigar relações entre variáveis, destacando-se pelo uso de métodos padronizados de coleta de dados, como a observação sistêmica. As exploratórias, por sua vez, buscam compreender melhor o problema, envolvendo revisão bibliográfica e análise de casos.

Portanto, quanto aos objetivos, a pesquisa é exploratória e descritiva, na medida em que descreve e sistematiza as características dos julgados, além de investigar o fenômeno da judicialização da saúde, compreendendo os conceitos jurídicos e o estágio das produções acadêmicas.

Para isso, utilizou as técnicas de pesquisa bibliográfica, pois desenvolvida com base material científico, e documental, já que inclui análise de dados provenientes de fontes documentais, abrangendo uma reflexão sobre a revisão literária e o levantamento de pesquisas para melhor compreensão e explicitação do tema (Gil,

2023). A coleta de dados - decisões - foi realizada por meio do buscador de jurisprudência do STF, por meio da inserção de palavras relacionadas ao tema previamente testadas.

No dia 21 de maio de 2025 foi realizada a busca de jurisprudência por meio da ferramenta de pesquisa do *site* oficial do STF³. Após os testes, foram utilizadas as palavras-chave “direito à saúde e judicialização”, na primeira busca, e “direito à saúde e medicamento”, na segunda busca, inseridas na caixa de pesquisa principal.

A escolha do termo “direito à saúde e medicamento”, na segunda etapa de busca jurisprudencial, se deve ao fato de que a judicialização do fornecimento de medicamentos representa uma das maiores demandas da judicialização da saúde (Vasconcelos, 2020). Dados do relatório Justiça em Números, elaborado pelo CNJ, já indicaram que o fornecimento de medicamentos ocupa o pódio entres os temas mais frequentes levados ao Judiciário, o que demonstra a relevância empírica dessa categoria na pesquisa (Brasil, 2021).

Em seguida, foram aplicados os seguintes filtros: no campo “Classe”, foi escolhido somente o tipo Recurso Extraordinário (RE); em “Órgão julgador”, optou-se exclusivamente pelo Tribunal Pleno; e, por fim, na opção “Base”, selecionaram-se acórdãos, somente os processos com repercussão geral reconhecida - por refletirem a uniformização da interpretação constitucional dada pelo STF - e também se aplicou o filtro de julgamento de mérito.

Escolheu-se a classe processual RE por decorrer de casos concretos, o que viabiliza uma análise da aplicação prática, contextualizada e por tratarem de temas constitucionais relevantes, com potencial de repercussão geral, o que permite a uniformização jurisprudencial e a transcendência do caso o qual o deu origem, vinculando os demais órgãos do Judiciário e da Administração Pública.

Cabe mencionar que, ainda que o controle difuso de constitucionalidade trate de casos concretos, essas ações são dispersas, não assumem relevância generalizada e nem representam a posição consolidada da Corte, por isso se justifica a opção por RE, que oferece uma perspectiva mais estável e uma maior facilidade na sistematização para identificação do padrão decisório.

³ Disponível em: <https://jurisprudencia.stf.jus.br/pages/search>.

Após a aplicação dos filtros, retornaram dois conjuntos mais específicos de decisões, que totalizaram 10 (dez) acórdãos na primeira busca e 15 (quinze) na segunda. A partir dos resultados obtidos, foi realizada a leitura das ementas dos acórdãos para verificar os que realmente se adequavam à pesquisa e excluir as decisões que se repetiram. Após a triagem, foram selecionados 7 (sete) Recursos Extraordinários que efetivamente condiziam com a temática e o problema de pesquisa formulado, sendo esses os casos que compõem o *corpus* da análise.

Importa esclarecer que, embora a intenção inicial fosse analisar decisões desde a promulgação da CRFB/88, a busca jurisprudencial e triagem não entregaram julgamentos anteriores a 2015. Assim, os REs analisados têm suas datas de julgamento limitadas ao recorte de 2015 a 2024. Em que pese haja uma restrição de uma observação mais histórica do comportamento jurisprudencial, não há comprometimento da análise do atual perfil decisório da Corte.

As decisões foram sistematizadas em uma planilha do *Google Sheets*, que serviu para a organização das informações extraídas dos julgados. A planilha incluiu os seguintes campos: número do processo, *link*, data do julgamento, ministro relator, tipo de julgamento, recorrente, recorrido, causa do recurso, resultado (favorável ou não), fundamento jurídico principal, tese firmada, tema, precedentes citados, argumento central da decisão, impacto na efetivação do direito à saúde e observações adicionais.

Esse formato de instrumento metodológico possibilitou a comparação entre os casos e a identificação de tendências decisórias, além de uma interpretação sobre os efeitos das decisões na efetivação do direito fundamental à saúde. Os principais resultados da análise serão objeto de discussão na seção seguinte.

Por fim, reconhece-se que a amostra de acórdãos, por ser limitada a REs teses de repercussão geral, não contempla a totalidade da jurisprudência do STF em matéria de saúde. Outra limitação refere-se à subjetividade envolvida na avaliação do “impacto na efetivação do direito à saúde”, que foi interpretado a partir da leitura das fundamentações, sem validação externa por meio de entrevistas, dados secundários ou outros instrumentos.

5 ANÁLISE EXPLORATÓRIA: O PERFIL DECISÓRIO DO SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL E OS IMPACTOS DECORRENTES NO DIREITO À SAÚDE

Conforme delineado nos procedimentos metodológicos, os Recursos Extraordinários que retornaram da pesquisa jurisprudencial passaram por um processo de triagem para verificar a pertinência de serem selecionados. A partir disso, realizou-se a leitura dos acórdãos, análise que possibilitou a criação de uma planilha pensada para sistematização de informações básicas relevantes para a pesquisa.

Como mencionado, os dados da planilha incluem o número do processo, *link* de acesso, data do julgamento, ministro relator, tipo de julgamento, partes envolvidas - Pessoa Jurídica de Direito Público Interno (P.J.D.P.I.), pessoa física e outros -, causa do recurso, resultado (favorável ou não), fundamento jurídico principal, tese firmada, tema, precedentes citados, argumento central da decisão, impacto na efetivação do direito à saúde e observações adicionais.

O Quadro 1 resume algumas das variáveis usadas na planilha, sistematizando os REs selecionados e os seus resultados.

Quadro 1 – Recursos Extraordinários sobre judicialização da saúde.

Nº do processo	Data de julgamento	Recorrente	Resultado	Argumento da decisão
RE 855.178	05/03/2015	PJDPI	Desfavorável	Responsabilidade solidária dos entes
RE 581.488	03/12/2015	CREME/RS	Desfavorável	"Diferenças de classes" viola o SUS
RE 605.533	15/08/2018	MP/MG	Favorável	A saúde justifica a atuação do MP
RE 657.718	22/05/2019	Pessoa física	Parcialmente favorável	Fornecimento de medicamentos sem registro apenas em casos excepcionais
RE 1.165.959	21/06/2021	PJDPI	Desfavorável	Fornecimento de medicamentos sem registro e importação autorizada em casos excepcionais
RE 1.366.243	16/09/2024	PJDPI	Desfavorável	Concessão judicial de medicamentos e a definição de competência
RE 566.471	26/09/2024	PJDPI	Desfavorável	Fornecimento de medicamentos não incorporados ao SUS quando atender os critérios

Fonte: Elaborado pela autora (2025).

Essa organização permitiu uma leitura mais efetiva do conteúdo decisório, que foi lido do mais antigo para o mais recente a fim de identificar e compreender a evolução do perfil das decisões do STF. As subseções a seguir tratarão da análise do caso e do perfil decisório do STF em cada um dos casos selecionados.

5.1 RE 855.178/SE: RESPONSABILIDADE SOLIDÁRIA DOS ENTES EM MATÉRIA DE SAÚDE

O RE 855.178/SE foi interposto pela União (P.J.D.P.I) visando discutir a responsabilidade solidária dos entes federados no fornecimento de medicamentos no

âmbito do SUS. A demanda teve origem em ação proposta por uma cidadã do Estado de Sergipe que teve a concessão de uma tutela antecipada para o fornecimento de determinado medicamento, com divisão de custeio entre Estado e União.

A parte recorrente se insurgiu contra a decisão de ressarcimento dos custos ao Estado de Sergipe, alegando sua ilegitimidade passiva. Utilizou-se o argumento de que o SUS opera por meio de descentralização administrativa, sendo de responsabilidade dos entes locais a execução das ações de saúde, inclusive a distribuição de medicamentos, cabendo à União apenas o repasse dos recursos e a formulação de políticas públicas, sob pena de assumir o papel de “seguradora universal da saúde pública”.

No julgamento ocorrido em 5 de março de 2015, o plenário da Corte, por maioria, rejeitou o recurso, reconheceu a repercussão geral e reafirmou a jurisprudência consolidada sobre a matéria. Sob a relatoria do Ministro Luiz Fux, determinou-se que o direito à saúde é responsabilidade solidária de todos os entes, conforme os artigos 23, inciso II, e 196 da CRFB/88 (Brasil, 1988).

A Corte fundamentou que a descentralização dos serviços tem o fito de aumentar a qualidade e o acesso aos serviços de saúde, mas não afasta a responsabilidade solidária. Portanto, todas as esferas federativas - Federal, Estadual e Municipal - são igualmente responsáveis por atender o direito à saúde.

O STF não ignora que existe uma distribuição de atribuições no âmbito do SUS. É necessário respeitar essa divisão de quem deve suportar o ônus financeiro do cumprimento, sendo responsável aquele ente federativo que, de acordo com a Lei do SUS, tem a competência de atender à demanda (Brasil, 1990).

Contudo, a decisão foi no sentido de que o autor pode escolher ajuizar a ação contra um ente ou todos, somente na hora de cumprir a obrigação que há o direcionamento pelo magistrado. Conclui-se que o não acolhimento da tese de ilegitimidade da União fortalece a tutela jurisdicional em relação ao direito à saúde. A decisão garante o fornecimento de medicamentos independentemente da esfera de governo. Esse momento se relaciona com uma fase de atuação mais garantista da Corte.

Com esse posicionamento, o STF adota um entendimento que revela que a efetivação do direito não pode ser atrapalhada por disputas administrativas ou orçamentárias entre os entes, além de permitir mais agilidade na resposta estatal.

5.2 RE 581.488/RS: PAGAMENTO DE DIFERENÇA DE CLASSE NAS INTERNAÇÕES HOSPITALARES DO SUS E PRINCÍPIO DA ISONOMIA

O RE 581.488/RS foi interposto pelo Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Sul (CREMERS) e foi julgado pelo STF no dia 3 dezembro de 2015, tendo como relator o Ministro Dias Toffoli.

A demanda se originou de ação civil pública em que o recorrente pleiteava a possibilidade de que usuários do SUS pudessem optar pelo pagamento de diferença de classe nas internações hospitalares, tanto para acomodações superiores quanto para a escolha de médicos de confiança.

O fundamento do recurso estava na suposta violação ao artigo 196 da Constituição Federal, sob a alegação de que a vedação ao pagamento complementar por melhores acomodações e atendimento especializado representaria uma restrição ao direito fundamental à saúde (Brasil, 1988).

Além disso, sustentava que a prática da diferença de classe não feriria a isonomia, uma vez que se aplicaria somente a pacientes em condição diferenciada, sem gerar ônus adicional ao SUS, bem como que a exigência de triagem médica prévia, imposta pelas autoridades de saúde, impediria o livre exercício da autonomia do paciente e do médico.

O julgamento foi precedido de audiência pública, realizada em 26 de maio de 2014, tendo em vista a repercussão do tema. Após a audiência, o órgão ministerial federal reformulou seu parecer e opinou pelo desprovimento do recurso, por considerar que a prática da diferença de classe violava os princípios da isonomia, equidade e universalidade.

No mesmo sentido, o plenário do STF, por unanimidade, negou provimento ao recurso e fixou a seguinte tese de repercussão geral:

É constitucional a regra que veda, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a internação em acomodações superiores, bem como o atendimento diferenciado por médico do próprio Sistema Único de Saúde, ou por médico conveniado, mediante o pagamento da diferença dos valores correspondentes (Brasil, 2015, p. 2),

O relator Ministro Dias Toffoli argumentou que permitir o custeio de serviços superiores dentro do SUS violaria a lógica de acesso universal e igualitário e promoveria a estratificação de usuários no interior do sistema público. Ressaltou ainda que essa prática incentivaria a mercantilização velada do SUS, além de promover desigualdades entre pacientes em situação de vulnerabilidade.

Quanto ao fundamento jurídico principal, a referência aos princípios constitucionais da dignidade da pessoa humana e da igualdade serviram de base para sustentar que a saúde pública deve operar em regime solidário e não concorrencial.

A decisão se alinha ao entendimento de Santos (2021), que ressalta o perigo da judicialização desconsiderar o caráter coletivo do direito à saúde ao favorecer demandas individuais que potencialmente fragmentam o sistema. O SUS não busca somente ser eficiente, ele também atua como instrumento na construção de uma sociedade mais justa e solidária, conforme os fundamentos constitucionais. A persistência das desigualdades de classe, além de contrariar a legislação brasileira, representa um retrocesso significativo no campo dos direitos sociais (Martins, 2015).

O STF ratifica que o SUS, por sua própria estrutura, não admite a introdução de modelos híbridos ou seletivos de prestação de serviços, além de afastar a ideia de que a autonomia profissional do médico justificaria a promoção de desigualdade de tratamento entre usuários. Isso revela o entendimento fundamental de que os direitos sociais devem sempre ser expandidos, sem promover qualquer tipo de diferenciação do acesso.

5.3 RE 605.533/MG: LEGITIMIDADE DO MINISTÉRIO PÚBLICO EM AÇÃO CIVIL PÚBLICA QUE VISA FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS

O RE 605.533/MG foi interposto pelo Ministério Público do Estado de Minas Gerais visando reformar a decisão do Tribunal de Justiça que reconheceu a sua ilegitimidade ativa para propor ação civil pública.

O objetivo da ação era obrigar o Estado de Minas Gerais (P.J.D.P.I.) a fornecer medicamentos a pessoas acometidas por doenças específicas, especialmente à paciente identificada na demanda, mas com pedido que se estendia a todos os portadores da enfermidade que comprovassem a necessidade do medicamento.

O juiz de segundo grau extinguiu o processo sem resolução do mérito, fundamentando que a pretensão extrapolava os limites legais da ação civil pública e violava o artigo 129, III, da CRFB/88, por se tratar de direito individual disponível.

O Ministro Marco Aurélio iniciou seu voto afastando a preliminar de nulidade processual e reconheceu que a menção à paciente individualizada na inicial foi meramente exemplificativa, pois o pedido abrangia todos os indivíduos em condição idêntica de vulnerabilidade e necessidade médica.

A decisão se firmou no sentido de que Ministério Público tem legitimidade para a defesa de direitos individuais homogêneos, mormente quando revestidos de relevância social. O plenário acompanhou o relator por unanimidade, fixando a seguinte tese de repercussão geral (Tema 262) “O Ministério Público é parte legítima para ajuizamento de ação civil pública que vise o fornecimento de remédios a portadores de certa doença”.

No caso, a Corte define os atores institucionais legítimos para provocar o Judiciário em defesa da saúde pública, reconhecendo que o Ministério Público pode atuar mesmo quando envolver pessoas identificáveis, desde que o interesse transborde para a esfera coletiva, ou seja, socialmente relevante.

A decisão revela uma certa ampliação na legitimidade do órgão ministerial, reforçando sua função institucional e trazendo menos restrições à judicialização ao possibilitar que o Ministério Público ajuíze ações mesmo quando se tratar de feitos contendo beneficiários individualizados.

5.4 RE 657.718/MG: FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS SEM REGISTRO NA ANVISA

O RE 657.718/MG foi julgado em 22 de maio de 2019, no contexto da judicialização do fornecimento de medicamentos não registrados na ANVISA. A ação foi movida por uma paciente (pessoa física) que buscava medicamento que à época não possuía registro sanitário.

O Estado de Minas Gerais recusou o fornecimento, alegando a ausência de registro como impeditivo legal. O Tribunal de Justiça reformou a sentença de primeiro grau que determinava o fornecimento, entendendo pela impossibilidade jurídica da concessão judicial nesses casos.

Essa decisão é emblemática tendo em vista que o caso envolveu os princípios constitucionais da dignidade da pessoa humana e do direito à saúde, em contraposição à necessidade de controle estatal sanitário exercido pela autarquia federal responsável.

Esse julgamento se dividiu entre duas posições: o voto do relator, Ministro Marco Aurélio, e o voto vencedor, do Ministro Roberto Barroso, que redigiu o acórdão. O Ministro Marco Aurélio entendeu que o fornecimento de medicamentos não registrados na ANVISA seria sempre vedado, pois o registro é condição essencial.

O Ministro Roberto Barroso (voto vencedor) adotou uma postura mais equilibrada, reconhecendo a possibilidade excepcional de concessão judicial de medicamentos sem registro sanitário apenas quando configurada mora da ANVISA, desde que atendidos os requisitos cumulativos.

O primeiro requisito é que o pedido de registro do medicamento já tenha sido protocolado no Brasil. O segundo é o registro do medicamento em renomadas agências internacionais e, por fim, que inexista substituto terapêutico com registro na ANVISA.

Trata-se, como argumentam Lui, Madeira e Câmara (2023), de um exemplo de judicialização ancorada em evidências, com base técnico-científica e compatível com a lógica das políticas públicas, o que representa um avanço no amadurecimento do STF. Os requisitos representam um esforço legítimo da Corte em não se aventurar nas concessões.

Outro ponto interessante da decisão é que ações com esse objeto devem ser propostas necessariamente contra a União, por ser responsável pela atuação da ANVISA. Desse modo, afasta-se a solidariedade entre as esferas federativas mencionada no RE 855.178/SE. Relaciona-se esse voto com o RE já mencionado, pois há uma mudança no entendimento da Corte em relação à necessidade de equilíbrio na tese da responsabilidade solidária.

O que está em discussão é uma atribuição da ANVISA em razão da mora no registro do medicamento, desse modo, sendo uma entidade autárquica da administração federal, a ação deve ser ajuizada somente contra a União, não podendo exigir nada dos Estados e Municípios.

Curiosamente, esse foi o único RE interposto por pessoa física, bem como o que teve parcial provimento, favorável à efetivação do direito à saúde por reconhecer

a possibilidade de fornecimento, demonstrando a preocupação da Corte em assegurar o direito.

5.5 RE 1.165.959/SP: DEVER DO ESTADO DE FORNECER MEDICAMENTOS SEM REGISTRO NA ANVISA, MAS COM IMPORTAÇÃO AUTORIZADA

O RE 1.165.959/SP foi interposto pelo Estado de São Paulo (P.J.D.P.I.) em razão da decisão do Tribunal de Justiça que obrigou o recorrente a fornecer um medicamento à base de canabidiol gratuitamente.

Mais uma vez, a controvérsia girou em torno da possibilidade de fornecimento de medicamento sem registro sanitário na ANVISA, mas agora com importação autorizada pela própria agência mediante prescrição médica.

O recorrente sustentou a ilegalidade do fornecimento, alegando que a ausência de registro violaria a legislação sanitária e representaria risco à segurança do paciente, além de apontar impacto orçamentário.

A relatoria coube ao Ministro Marco Aurélio que defendeu que mesmo com autorização excepcional de importação a ausência de registro impediria o custeio obrigatório pelo Estado. Contudo, o voto vencedor foi do Ministro Alexandre de Moraes, que deu ao acórdão uma interpretação mais flexibilizadora sobre o tema, reconhecendo o dever do Estado de fornecer medicamentos sem registro, desde que atendidos determinados parâmetros.

A Corte Constitucional, por maioria, negou provimento ao recurso e fixou a seguinte tese de repercussão geral (Tema 1161):

Cabe ao Estado fornecer, em termos excepcionais, medicamento que, embora não possua registro na ANVISA, tem a sua importação autorizada pela agência de vigilância sanitária, desde que comprovada a incapacidade econômica do paciente, a imprescindibilidade clínica do tratamento, e a impossibilidade de substituição por outro similar constante das listas oficiais de dispensação de medicamentos e os protocolos de intervenção terapêutica do SUS (Brasil, 2021, p. 3),

O STF reconhece novamente que a ausência de registro não é, por si só, impedimento absoluto, desde que o medicamento (i) esteja com importação

autorizada pela ANVISA, (ii) seja indispensável ao tratamento, (iii) não tenha alternativa terapêutica registrada e disponível no SUS e (iv) haja comprovação da hipossuficiência do paciente, refletindo o esforço do Judiciário em se aproximar das Políticas Públicas Baseadas em Evidência (PPBE), como proposto por Lui, Madeira e Câmara (2023).

Esse acórdão amplia ainda mais as decisões sobre fornecimento de medicamentos fora das listas do SUS e sem registro sanitário. Diferentemente do RE 657.718/MG, que tratou do fornecimento de remédios sem qualquer tipo de aprovação sanitária, o caso do RE 1.165.959/SP envolvia produto com importação permitida pela ANVISA, embora sem registro.

A decisão revela um perfil que busca balancear segurança sanitária com proteção ao direito fundamental à saúde, especialmente em casos graves e sem alternativa terapêutica eficaz, ou seja, há uma ponderação entre os riscos no uso da medicação sem registro e os benefícios desse uso.

Essa linha de decisão elucida a terceira fase da jurisprudência, descrita por Cunha e Farranha (2021) como o momento do custo dos direitos, fase marcada por maior atenção ao equilíbrio entre reserva do possível e mínimo existencial, justamente por não negar o fornecimento, mas estabelecer parâmetros para tanto.

Os autores entendem que a terceira fase se estende até o ano de 2009, mas pela leitura de REs julgados após esse período é possível encontrar resquícios desse posicionamento, mesmo em um momento mais atual, coexistindo com decisões classificadas como da quarta fase.

5.6 RE 1.366.243/SC e RE 566.471/RN: FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS NÃO INCORPORADOS AO SUS

O RE 1.366.243/SC (Tema 1234), interposto pelo Estado de Santa Catarina (P.J.D.P.I.), trata da judicialização do fornecimento de medicamentos registrados na ANVISA, mas ainda não incorporados ao SUS. O caso envolveu não somente o direito ao fornecimento, mas também questões de competência, responsabilidade de custeio entre os entes e critérios objetivos para decisões na matéria de saúde.

Esse caso é emblemático, pois a controvérsia se aprofundou a partir da ausência de critérios claros para ações envolvendo medicamentos com registro e não

disponíveis nas listas do SUS, o que gerava desequilíbrios, decisões divergentes, além de sobrecarga orçamentária.

Sob a relatoria do Ministro Gilmar Mendes, além da análise do recurso, o voto propôs um novo modelo normativo e cooperativo para esse tipo de ação com bases em pactos firmados entre os entes federativos. A Corte aprovou um acordo entre União, Estados, Distrito Federal e Municípios, estabelecendo regras para as ações judiciais desse tipo⁴.

Foram definidos critérios objetivos de competência: casos com medicamentos não incorporados cujo custo anual ultrapasse 210 salários mínimos passam a ser da competência da Justiça Federal, abaixo desse valor, na Justiça Estadual. Foi também fixado que em ações federais o custeio integral será da União, com ressarcimento a Estados e Municípios.

Uma característica importante dessa decisão foi a determinação de que o fornecimento será condicionado à apresentação de evidências científicas robustas, à demonstração da imprescindibilidade do tratamento e inexistência de alternativa terapêutica incorporada, o que revela a forte e recente influência da medicina baseada em evidências, além da necessidade de adoção de critérios objetivos.

A Corte também determinou a criação de uma plataforma nacional de dados sobre judicialização da saúde, centralizando informações sobre medicamentos prescritos, decisões judiciais e acompanhamento terapêutico.

Percebe-se, novamente, um esforço da Corte em trazer tecnicidade para as decisões, em contraposição à crítica trazida por Silva e Silva (2015), que entenderam que o Judiciário acaba desorganizando a estrutura do SUS em razão da ausência de conhecimento técnico em matéria de saúde que justifique a definição de critérios essenciais para a concessão.

Por unanimidade, o plenário da Corte negou provimento ao recurso e homologou parcialmente os acordos interfederativos, fixando os parâmetros como diretrizes obrigatórias para todas as ações judiciais da mesma natureza.

Essa decisão marca uma mudança relevante no perfil decisório do STF, pois, se nos primeiros julgados da judicialização da saúde se atuava amplamente para

⁴ Disponível em:

https://www.stf.jus.br/arquivo/cms/noticiaNoticiaStf/anexo/RE1.366.243_tema1234_infosociedade_LC_FSP.pdf.

garantir o acesso a tratamentos, neste caso a Corte assume postura mais regulatória. A decisão não afasta o direito à saúde, mas condiciona seu exercício a critérios técnicos objetivos, com clara ênfase na interação entre Poder Judiciário, Executivo e órgãos técnicos, utilizando-se da medicina baseada em evidências (Cunha; Farranha, 2021).

Já o RE 566.471/RN foi interposto pelo Estado do Rio Grande do Norte (P.J.D.P.I.) contra decisão que determinou o fornecimento de medicamento de alto custo não incorporado ao SUS. O Estado alegou que a judicialização compromete a política pública de saúde, viola a reserva do possível e interfere na competência da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (CONITEC), responsável por assessorar o Ministério da Saúde na incorporação, exclusão ou alteração de tecnologias pelo SUS.

O julgamento foi conduzido sob relatoria do Ministro Marco Aurélio, que votou pelo provimento do recurso. No entanto, prevaleceu o voto conjunto dos Ministros Luís Roberto Barroso e Gilmar Mendes, que negou provimento e fixou critérios para o fornecimento judicial de medicamentos não incorporados, em caráter excepcional.

A tese firmada estabeleceu o fornecimento de medicamentos que não estão nas listas do SUS só é possível quando for comprovado: (i) que o remédio foi negado pelo órgão público responsável, (ii) que a decisão da CONITEC de não incluir o medicamento nas listas do SUS é ilegal, que não houve pedido de inclusão ou houve demora excessiva na sua análise; (iii) que não há outro medicamento disponível nas listas do SUS capaz de substituir o solicitado; (iv) que há evidências científicas de que o remédio é eficaz e seguro; (v) que o remédio é indispensável para o tratamento da doença; e (vi) que não tem condições financeiras para comprar o remédio⁵.

De igual modo, essa decisão também é considerada um marco e demonstra um perfil que preza pela racionalização da judicialização da saúde. O STF deixa de atuar como garantidor incondicional e passa a coordenar a atuação judicial com base em parâmetros que valorizam as políticas públicas e a evidência científica.

Ao condicionar o fornecimento de medicamentos não incorporados à existência de parâmetros objetivos, o STF reconhece a complexidade do sistema e reafirma a

⁵ Disponível em:
https://www.stf.jus.br/arquivo/cms/noticiaNoticiaStf/anexo/RE566.471_tema6_infosociedade_LCFSP.pdf

importância do equilíbrio entre o mínimo existencial e a reserva do possível, como já apontado como essencial por Mazza e Mendes (2014).

Ressalte-se, contudo, que o acórdão em questão faz referência à garantia do direito à saúde à população “carente”, o que revela um equívoco quanto aos princípios que regem o SUS, que assegura acesso universal e igualitário a todos, independentemente da condição socioeconômica (Santos, 2021).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa teve como objetivo geral analisar o perfil decisório do STF, especificamente no âmbito dos REs, nas demandas relativas à judicialização do direito à saúde. Ao abordar essa problemática, procurou-se compreender como a Corte tem se posicionado, identificar os fundamentos jurídicos adotados nesses casos e de qual forma tais decisões impactam a efetivação do direito à saúde em tese.

Os resultados demonstram que o STF tem migrado de uma postura garantista para uma atuação mais técnica e restrita, com decisões que buscam equilibrar o direito à saúde com critérios científicos, orçamentários e administrativos.

Nesta pesquisa, adotou-se a corrente de pensamento proposta por Cunha e Farranha (2021). Contudo, há de se destacar que, apesar de a pesquisa não possuir recorte temporal, a busca jurisprudencial só retornou ações entre período de 2015 a 2024, o que limita a observação das duas primeiras fases indicadas pelos autores.

Em casos como o RE 855.178/SE a Corte reafirma a responsabilidade solidária dos entes federativos, e, em julgados mais recentes, como o RE 1.366.243/SC e o RE 566.471/RN, indicam uma crescente preocupação com a racionalização da judicialização e a adoção de critérios objetivos. Desse modo, o STF tem condicionado o fornecimento de medicamentos à comprovação de eficácia, necessidade clínica, ausência de alternativa terapêutica e hipossuficiência do paciente.

No campo teórico, a pesquisa contribui para o debate sobre o papel do STF na efetivação de direitos sociais e revela a evolução jurisprudencial em direção a uma judicialização baseada em evidências. Na prática, ao sistematizar os acórdãos, o estudo contribui com a identificação dos padrões de decisões judiciais e fornece informações relevantes para magistrados, advogados e gestores públicos, orientando tanto a atuação institucional quanto a elaboração de políticas públicas mais alinhadas

à jurisprudência da Corte, além de proporcionar um debate mais qualificado sobre a concessão ou não de determinados pedidos.

Contudo, a pesquisa apresenta algumas limitações. Destaca-se o foco exclusivo em acórdãos proferidos em sede de Recursos Extraordinários, o que restringe a visão da totalidade da jurisprudência do STF sobre o tema. Ademais, também não foi possível mensurar diretamente os impactos concretos das decisões nas políticas públicas ou nos desfechos em saúde.

Portanto, sugere-se para futuras pesquisas, o aprofundamento em decisões proferidas em outras classes processuais além dos REs, bem como a análise da aplicação desses entendimentos em tribunais inferiores. Estudos interdisciplinares com dados empíricos sobre impacto orçamentário e efetividade também podem ampliar a compreensão sobre os efeitos das decisões na efetivação do direito à saúde.

REFERÊNCIAS

BALESTRA NETO, Otávio. A jurisprudência dos tribunais superiores e o direito à saúde – evolução rumo à racionalidade. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 87-111, 2015. Disponível em:

<http://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/100025/98615>. Acesso em: 24 abr. 2025.

BAPTISTA, Tatiana Vargas de Faria; MACHADO, Cristiani Vieira; LIMA, Luciana Dias de. Responsabilidade do Estado e direito à saúde no Brasil: um balanço da atuação dos Poderes. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 14, n. 3, p. 829–839, 2009. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/QXStzwBwfQjFRrMqr69T35Q/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 17 jun. 2025.

BARROSO, Luís Roberto. Da falta de efetividade à judicialização excessiva: direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros para a atuação judicial. **Revista Jurisprudência Mineira**, Belo Horizonte, n. 188, p. 35-50, 2009. Disponível em: <https://bd-login.tjmg.jus.br/jspui/bitstream/tjmg/516/1/D3v1882009.pdf>. Acesso em: 30 abr. 2025.

BARROSO, Luís Roberto. Judicialização, ativismo judicial e legitimidade democrática. **(SYN)THESIS**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 23–32, 2012. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/synthesis/article/view/7433/5388>. Acesso em: 29 abr. 2025.

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça (CNJ). **Judicialização e sociedade**: ações para acesso à saúde pública de qualidade. Brasília, 2021. Disponível em: https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2021/06/Relatorio_Judicializacao-e-Sociedade_2021-06-08_V2.pdf. Acesso em: 6 ago. 2025.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Senado Federal, 5 out. 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 28 abr. 2025.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF, 19 set. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 28 abr. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde - SUS**. Brasília, Ministério da Saúde. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/sus>. Acesso em: 30 abr. 2025.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 1.484/DF**. Rel. Min. Celso de Mello. Julgamento em 21 ago. 2001. Brasília, DF, 28 ago. 2001. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/stf/14819200>. Acesso em: 31 abr. 2025.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Recurso Extraordinário nº 855.178**. Rel. Min. Luiz Fux. Julgamento em 05 mar. 2015. Brasília, DF, 16 mar. 2015. Disponível em: <https://jurisprudencia.stf.jus.br/pages/search/repercussao-geral7141/false>. Acesso em: 31 maio 2025.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Recurso Extraordinário nº 581.488**. Rel. Min. Dias Toffoli. Julgamento em 3 dez. 2015. Brasília, DF, . Disponível em: <https://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=TP&docID=8015671> . Acesso em: 31 maio 2025.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Recurso Extraordinário nº 605.533**. Rel. Min. Marco Aurélio. Julgamento em 15 ago. 2018. Brasília, DF, 12 fev. 2020. Disponível em: <https://jurisprudencia.stf.jus.br/pages/search/sjur418770/false>. Acesso em: 31 maio 2025.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Recurso Extraordinário nº 657.718**. Rel. Min. Marco Aurélio. Julgamento em 22 maio 2019. Brasília, DF, 9 nov. 2020. Disponível em: <https://jurisprudencia.stf.jus.br/pages/search/sjur436062/false>. Acesso em: 31 maio 2025.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Recurso Extraordinário nº 1.165.959**. Rel. Min. Marco Aurélio. Julgamento em 21 jun. 2021. Brasília, DF, 22 out. 2021. Disponível em: <https://jurisprudencia.stf.jus.br/pages/search/sjur454780/false>. Acesso em: 31 maio 2025.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Recurso Extraordinário nº 1.366.243**. Rel. Min. Gilmar Mendes. Julgamento em 16 set. 2024. Brasília, DF, 11 dez. 2024. Disponível em: <https://jurisprudencia.stf.jus.br/pages/search/sjur514534/false>. Acesso em: 31 maio 2025.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Recurso Extraordinário nº 566.471**. Rel. Min. Marco Aurélio. Julgamento em 26 set. 2024. Brasília, DF, 28 nov. 2024. Disponível em: <https://jurisprudencia.stf.jus.br/pages/search/sjur514534/false>. Acesso em: 31 maio 2025.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **STF celebra conclusão de julgamento sobre fornecimento de medicamentos de alto custo**. Notícias STF, Brasília, 10 out. 2024. Disponível em: <https://noticias.stf.jus.br/postsnoticias/stf-celebra-conclusao-de-julgamento-sobre-fornecimento-de-medicamentos-de-alto-custo/>. Acesso em: 2 maio 2025.

COSTA, Tábata da Silva. A judicialização da saúde: as decisões do Supremo Tribunal Federal frente ao princípio da separação dos poderes. **Cadernos Ibero-americanos de Direito Sanitário**, Brasília, v. 6, n. 1, p. 139–152, 2017. Disponível em:

<https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/295/437>.

Acesso em: 24 abr. 2025.

CUNHA, Jarbas; FARRANHA, Ana. Judicialização da Saúde no Brasil: categorização das fases decisórias a partir do Supremo Tribunal Federal e os impactos no Sistema Único de Saúde. **Ciências e Políticas Públicas / Public Sciences & Policies**, [s. l.], v. 7, n. 1, p. 15–35, 2021. Disponível em:

<https://cpp.iscsp.ulisboa.pt/index.php/capp/article/view/98/106>. Acesso em: 16 jun.

2025.

CUNHA, Jarbas Ricardo Almeida. O (DES)FINANCIAMENTO DO DIREITO À SAÚDE NO BRASIL: UMA REFLEXÃO NECESSÁRIA. **Revista de Direitos Sociais, Seguridade e Previdência Social**, [s. l.], v. 7, n. 1, p. 59–77, 2021. Disponível em:

<https://indexlaw.org/index.php/revistadssps/article/view/7686/pdf>. Acesso em: 16 jun.

2025.

CUNHA, Jarbas Ricardo Almeida. O direito à saúde no Brasil: da redemocratização constitucional ao neoliberalismo de exceção dos tempos atuais. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, [s. l.], v. 6, n. 3, p. 65–89, 2017. Disponível em:

<https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/395/470>.

Acesso em: 17 jun. 2025.

DALLARI, Sueli Gandolfi. A construção do direito à saúde no Brasil. **Revista de Direito Sanitário**, [s. l.], v. 9, n. 3, p. 9, 2008. Disponível em:

<https://revistas.usp.br/rdisan/article/view/13128/14932>. Acesso em: 17 jun. 2025.

DIAS, Thaís Araújo *et al.* Judicialização da Saúde e conflitos entre entes federados. **Tempus – Actas de Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 17, n. 4, p. 228–259, 2024. Disponível em: <https://www.tempus.unb.br/index.php/tempus/article/view/3154/2465>. Acesso em: 17 jun. 2025.

DORES, Camilla Japiassu. As bases da saúde lançadas pela Constituição Federal de 1988: um sistema de saúde para todos?. **Revista Brasileira de Políticas Públicas**, [s. l.], v. 3, n. 1, p. 78–89, 2013. Disponível em: <https://www.uhumanas.uniceub.br/RBPP/article/view/2159/pdf>. Acesso em: 17 jun. 2025.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 7. ed. Barueri: Atlas, 2022.

HIRSCHL, Ran. The Judicialization of Mega-Politics and the Rise of Political Courts. **Annual Review of Political Science**, [s. l.], v. 11, n. 1, p. 93–118, 2008. Disponível em: <https://www.annualreviews.org/content/journals/10.1146/annurev.polisci.11.053006.183906>. Acesso em: 13 jul. 2025.

LUI, Lizandro; MADEIRA, Lígia Mori; CAMARA, Lilian Rita Macedo Zorzetti. Judicialização baseada em evidências? O uso do conhecimento científico nas decisões do STF durante a pandemia de Covid-19. **Opinião Pública**, [s. l.], v. 29, n. 3, p. 606–637, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/op/a/kBjFFrBCd45P4VXHkkSb3QL/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 17 jun. 2025.

MALINOWSKI, Carlos Eduardo; CORTE, Thaís Dalla. Fornecimento pelo Sistema único de Saúde (SUS) de medicamentos sem registro para doenças raras e ultrarraras. **Revista de Direito Sociais e Políticas Públicas**, [s. l.], v. 5, n. 2, p. 1–22, 2020. Disponível em: <https://www.indexlaw.org/index.php/revistadspp/article/view/5790/pdf>. Acesso em: 18 jun. 2025.

MARQUES, Rosa Maria; MENDES, Áquilas. SUS e Seguridade Social: em busca do elo perdido. **Saúde e Sociedade**, [s. l.], v. 14, n. 2, p. 39–49, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/qtcfbXWFH5GHRqWK6SBL64v/?lang=pt>. Acesso em: 17 jun. 2025.

MARTINS, Mayara Mota. Diferença de Classe no SUS: Discursos favoráveis em audiência pública no STF em 2014. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito**

Sanitário, [s. l.], v. 4, n. 4, p. 62–80, 2015. Disponível em:

<https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/158/373>.

Acesso em: 20 jun. 2025.

MAZZA, Fábio Ferreira; MENDES, Áquilas Nogueira. Decisões judiciais e

orçamento: um olhar sobre a saúde pública. **Revista de Direito Sanitário**, [s. l.], v.

14, n. 3, p. 42–65, 2014. Disponível em:

<https://revistas.usp.br/rdisan/article/view/75519/79077>. Acesso em: 17 jun. 2025.

MENDES, Áquilas. A saúde pública brasileira no contexto da crise do Estado ou do

capitalismo?. **Saúde e Sociedade**, [s. l.], v. 24, n. 1, p. 66–81, 2015. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/vPfX7bFyWHKSWfJRhw6gVsQ/?format=pdf&lang=pt>

t. Acesso em: 18 jun. 2025.

RAMOS, Edith Maria Barbosa; MADUREIRA, Amanda Silva; SENA, Jaqueline

Prazeres de. O processo de redemocratização e o novo padrão de proteção do

direito à saúde no Brasil. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, [s. l.],

v. 2, n. 2, p. 51–67, 2013. Disponível em:

<https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/67/112>.

Acesso em: 18 jul. 2025.

RIBEIRO, Krishina Day; VIDAL, Josep Pont. Uma análise da produção acadêmica

sobre a evolução do fenômeno da judicialização da saúde no Brasil. **Cadernos**

Ibero-Americanos de Direito Sanitário, [s. l.], v. 7, n. 2, p. 239–261, 2018.

Disponível em:

<https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/493/548>.

Acesso em: 17 jun. 2025.

RODRIGUES, Horácio Wander; GRUBBA, Leilane Serratine. **Pesquisa Jurídica**

Aplicada. Florianópolis: Habitus Editora, 2023.

SANTOS, Lenir. Judicialização da saúde: as teses do STF. **Saúde em Debate**, Rio

de Janeiro, v. 45, n. 130, p. 807–818, 2021. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/vSvHRqJW8XKDSvgqGYGCTdy>. Acesso em: 6 maio 2025.

SARLET, Ingo Wolfgang; FIGUEIREDO, Mariana Filchtiner. Reserva do possível, mínimo existencial e direito à saúde. **Revista Brasileira de Direitos Fundamentais & Justiça**, [s. l.], v. 1, n. 1, p. 171–213, 2007. Disponível em: <https://dfj.emnuvens.com.br/dfj/article/view/590/73>. Acesso em: 19 jul. 2025.

SILVA, Aurélia Carla Queiroga da; SILVA, Gabriela Galiza e. Aspectos polêmicos da concretização do direito à saúde em face das ações judiciais para fornecimento de medicamentos no Brasil. **Revista Brasileira de Direitos Fundamentais & Justiça**, [s. l.], v. 9, n. 32, p. 26–54, 2015. Disponível em: <https://dfj.emnuvens.com.br/dfj/article/view/167/867>. Acesso em: 28 abr. 2025.

SILVEIRA, Cristiane *et al.* Direito à saúde e segurança do paciente enquanto direitos fundamentais no Brasil. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, [s. l.], v. 11, n. 3, p. 12–34, 2022. Disponível em: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/915/903>. Acesso em: 17 jun. 2025.

SOUSA, Thanderson Pereira de; JACOB, Juliana; ALBUQUERQUE, Bruno Marques. Judicialização do direito à saúde e comportamento jurisprudencial do Supremo Tribunal Federal. **Revista Vianna Sapiens**, [s. l.], v. 8, n. 2, p. 311-339, 2017. Disponível em: <https://www.viannasapiens.com.br/revista/article/view/244/226>. Acesso em: 2 maio 2025.

THAMAY, Rennan; GOMES, Kathleen dos Santos; MAGNUSSON, Leonardo Peteno. Direito Fundamental à Saúde: judicialização da saúde no Brasil, breve histórico, análise de casos emblemáticos de fornecimento de medicamentos julgados pelo Superior Tribunal de Justiça e Supremo Tribunal Federal e perspectivas. **Revista de Ciências Jurídicas e Sociais da UNIPAR**, [s. l.], v. 26, n. 2, p. 629–650, 2024. Disponível em: <https://revistas.unipar.br/index.php/juridica/article/view/9814/5277>. Acesso em: 17 jun. 2025.

VASCONCELOS, Natalia Pires de. Solução do Problema ou Problema da Solução? STF, CNJ e a Judicialização da Saúde. **REI - Revista Estudos Institucionais**, [s. l.], v. 6, n. 1, p. 83–108, 2020. Disponível em:

<https://estudosinstitucionais.com/REI/article/view/461/477>. Acesso em: 17 jun. 2025.

VENTURA, Miriam *et al.* Judicialização da saúde, acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 20, n. 1, p. 77–100, 2010. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/physis/a/35xXdQXR9JrdvpPmtkktL9F/?format=pdf&lang=pt>.

Acesso em: 17 jun. 2025.

VIEIRA, Fabiola Sulpino; BENEVIDES, Rodrigo Pucci De Sá e. O Direito à Saúde no Brasil em Tempos de Crise Econômica, Ajuste Fiscal e Reforma Implícita do Estado. **Revista de Estudos e Pesquisas sobre as Américas**, [s. l.], v. 10, n. 3, p. 1–28, 2016. Disponível em:

<https://periodicos.unb.br/index.php/repam/article/view/14896/13217>. Acesso em: 5

jun. 2025.

VIEIRA, Fabiola Sulpino. Judicialização e direito à saúde no Brasil: uma trajetória de encontros e desencontros. **Revista de Saúde Pública**, [s. l.], v. 57, n. 1, p. 1–10, 2023. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rsp/a/VJQ34GLNDB49xYVrGVKgdVDF/?format=pdf&lang=pt>.

Acesso em: 22 jun. 2025.

WANG, Daniel Wei L. *et al.* Os impactos da judicialização da saúde no município de São Paulo: gasto público e organização federativa. **Revista de Administração Pública**, [s. l.], v. 48, n. 5, p. 1191–1206, 2014. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rap/a/5YcctKRJTVmQnp5mRHkBBcj/?format=pdf&lang=pt>.

Acesso em: 30 jun. 2025.

WANG, Daniel Wei Liang. Reserva do possível, mínimo existencial e direito à saúde: algumas aproximações. **Revista de Direito Sanitário**, [s. l.], v. 10, n. 1, p. 308–318, 2009. Disponível em: <https://dfj.emnuvens.com.br/dfj/article/view/590/73>. Acesso em: 30 jun. 2025.

WANG, Daniel Wei Liang. Revisitando Dados e Argumentos no Debate Sobre Judicialização da Saúde. **REI - Revista Estudos Institucionais**, [s. l.], v. 7, n. 2, p. 849–869, 2021. Disponível em: <https://www.estudosinstitucionais.com/REI/article/view/650/737>. Acesso em: 30 jun. 2025.