



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE DIREITO

PAULA LARISA MESQUITA FREIRES

**ATIVISMO JUDICIAL E JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL:
MEDICAMENTOS DE ALTO CUSTO**

FORTALEZA

2025

PAULA LARISA MESQUITA FREIRES

ATIVISMO JUDICIAL E JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL:
MEDICAMENTOS DE ALTO CUSTO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Direito da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção de grau Bacharel em Direito.

Orientador: Prof. Dr. Felipe Braga Albuquerque.

FORTALEZA

2025

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Sistema de Bibliotecas

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

F933a Freires, Paula Larisa Mesquita.
ATIVISMO JUDICIAL E JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL : MEDICAMENTOS
DE ALTO CUSTO / Paula Larisa Mesquita Freires. – 2025.
62 f. : il. color.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) – Universidade Federal do Ceará,
Faculdade de Direito, Curso de Direito, Fortaleza, 2025.
Orientação: Prof. Dr. Felipe Braga Albuquerque.

1. direito à saúde. 2. ativismo judicial. 3. medicamentos de alto custo. 4. judicialização. I.
Título.

CDD 340

Aprovada em: __/ __/ ____.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Felipe Braga Albuquerque (Orientador)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof^a. M^a. Fernanda Cláudia Araújo da Silva
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Doutorando Marcos Vinicius de Sousa Rocha Gomes
Universidade Federal do Ceará (UFC)

A Trindade Santa, Pai, Filho e Espírito
Santo.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pois sem ele nada disso seria possível.

Agradeço ao meu noivo, Joel Oliveira Maia Valente, e à sua família, assim como à minha família, pelo apoio incondicional, amor e compreensão ao longo de toda a jornada deste trabalho. Cada gesto de incentivo e acolhimento foi essencial para que eu chegasse até aqui.

Ao Prof. Dr. Felipe Braga Albuquerque, pela excelente orientação e disponibilidade.

Aos professores participantes da banca examinadora Prof^ª. M.^a Fernanda Cláudia Araújo da Silva e o Doutorando Marcos Vinicius de Sousa Rocha Gomes, pelo tempo, pelas valiosas colaborações e sugestões.

“Toda a educação, no momento, não parece motivo de alegria, mas de tristeza. Depois, no entanto, produz naqueles que assim foram exercitados um fruto de paz e de justiça.” (Hebreus 12:11).

RESUMO

Investigam-se os contornos jurídicos, institucionais e financeiros da judicialização do direito à saúde no Brasil, com especial enfoque nas demandas por medicamentos de alto custo. Para tanto, a pesquisa adota uma abordagem qualitativa, combinando análise documental, revisão bibliográfica e estudo de jurisprudência, além da análise de casos concretos exemplares. Parte-se da análise histórica dos direitos fundamentais, enfatizando a consolidação do direito à saúde como direito social pela Constituição Federal de 1988. Diante das dificuldades estruturais e da ineficiência estatal na efetivação desse direito, destaca-se o papel do Poder Judiciário e a ascensão do ativismo judicial como instrumento de correção das omissões públicas. O estudo examina os limites e possibilidades dessa atuação à luz da teoria do mínimo existencial e da reserva do possível, bem como da jurisprudência do Supremo Tribunal Federal nos Temas 500, 793 e 1234. Apresenta-se, ainda, como exemplo, o caso emblemático de Maria Júlia e o medicamento Zolgensma como ilustração dos desafios concretos enfrentados pelo Judiciário. Por fim, o trabalho propõe alternativas viáveis à judicialização, como a tutela administrativa sanitária e os núcleos técnicos interinstitucionais, destacando o potencial do diálogo entre os Poderes para a construção de uma saúde pública eficiente, equitativa e constitucionalmente adequada.

Palavras-chave: Direito à saúde; judicialização; ativismo judicial; medicamentos de alto custo.

ABSTRACT

This study investigates the legal, institutional, and financial contours of the judicialization of the right to health in Brazil, with a special focus on claims for high-cost medications. To this end, the research adopts a qualitative approach, combining documentary analysis, literature review, jurisprudence study, and analysis of exemplary concrete cases. It begins with a historical analysis of fundamental rights, emphasizing the consolidation of the right to health as a social right by the 1988 Federal Constitution. Given the structural difficulties and state inefficiency in realizing this right, the role of the Judiciary and the rise of judicial activism as an instrument to correct public omissions are highlighted. The study examines the limits and possibilities of this judicial role in light of the theory of the minimum existential and the reserve of the possible, as well as the jurisprudence of the Federal Supreme Court in Themes 500, 793, and 1234. Additionally, it presents the emblematic case of Maria Júlia and the drug Zolgensma as an illustration of the concrete challenges faced by the Judiciary. Finally, the work proposes viable alternatives to judicialization, such as administrative health protection and interinstitutional technical nuclei, highlighting the potential for dialogue among the branches of government to build an efficient, equitable, and constitutionally adequate public health system.

Keywords: Right to health; judicialization; judicial activism; high-cost medications.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CMED	Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos
CNJ	Conferência Nacional de Saúde
CNMP	Conselho Nacional de Justiça
CNS	Conselho Nacional do Ministério Público
CF	Constituição Federal
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
MS	Ministério da Previdência e Assistência Social
MPAS	Ministério da Saúde
NAT-JUS	Núcleo de Apoio Técnico aos Magistrados
ONU	Organização das Nações Unidas
PMVG	Preço Máximo de Venda ao Governo
RCL	Receita Corrente Líquida
STF	Sistema Único de Saúde
STJ	Supremo Tribunal Federal
SUS	Superior Tribunal de Justiça
TCU	Tribunal de Contas da União
UBS	Unidade de Terapia Intensiva
UTI	Unidades Básicas de Saúde

LISTA DE SÍMBOLOS

R\$	Real
%	Porcentagem
º	Número ordinal ou grau
Nº	Número
a.C.	Antes de Cristo
d. C.	Depois de Cristo

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	DIREITOS FUNDAMENTAIS E SAÚDE: BREVE RETROSPECTO.....	16
3	ATIVISMO, JUDICIALIZAÇÃO E SAÚDE: ANÁLISES CONCEITUAIS	24
3.1	Conceito de saúde e direito a saúde.....	24
3.2	Ativismo judicial	26
3.3	Judicialização da saúde	29
4	O PAPEL DO JUDICIÁRIO DA CONCRETIZAÇÃO DO DIREITO A SAÚDE	31
4.1	A judicialização da saúde brasileira	31
4.2	Análise financeira do impacto da judicialização da saúde	34
4.3	O ativismo judicial também pode auxiliar no equilíbrio entre o financeiro e os direitos individuais?	38
4.4	A judicialização de medicamentos de alto custo	44
4.4.1	<i>Maria Júlia e o remédio Zolgensma</i>	45
5	ALTERNATIVAS PARA A DESJUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE	49
6	CONCLUSÃO	53
	REFERÊNCIAS	55

1 INTRODUÇÃO

Os direitos fundamentais representam garantias essenciais que asseguram a dignidade, a liberdade, a igualdade e a justiça para todos os indivíduos. Presentes em constituições, esses direitos visam garantir condições mínimas de existência e respeito à autonomia humana. A consolidação desses direitos é resultado de um longo processo histórico, marcado por transformações políticas, lutas sociais e avanços normativos que moldaram, ao longo dos séculos, a concepção contemporânea de cidadania e dignidade.

No Brasil, a Constituição Federal de 1988 elevou a saúde à categoria de direito social fundamental, reconhecendo-a como expressão concreta da dignidade da pessoa humana e do princípio do mínimo existencial. O artigo 196 da Carta Magna estabelece de forma inequívoca que *“a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.”* Tal previsão impõe ao Estado não apenas o dever de abstenção, mas uma obrigação ativa de formular e executar políticas públicas que assegurem esse direito de forma efetiva, contínua e igualitária.

Entretanto, a distância entre o texto constitucional e a realidade vivida por grande parte da população brasileira revela a persistência de entraves estruturais, orçamentários e administrativos que comprometem a plena efetivação do direito à saúde. Nesse contexto, ganha relevo o fenômeno da judicialização da saúde, especialmente no tocante ao acesso a medicamentos de alto custo, como expressão das falhas estatais na implementação de políticas públicas eficazes. A judicialização emerge, assim, como via individualizada de realização de direitos, desafiando os limites da atuação judicial e suscitando debates intensos sobre a separação dos poderes, a reserva do possível e a racionalidade orçamentária do Estado.

A presente monografia tem como objetivo central examinar a judicialização da saúde no Brasil à luz da Constituição Federal de 1988, com foco na atuação do Poder Judiciário na efetivação de direitos fundamentais, especialmente em contextos de omissão estatal, escassez orçamentária e demanda crescente por medicamentos de alto custo. Parte-se da premissa de que o direito à saúde, ainda que positivado e universalizado, enfrenta entraves estruturais para sua concretização plena, o que tem levado à intensificação da via judicial como meio de acesso individualizado a bens e

serviços essenciais à vida e à dignidade humana.

Inicialmente, será apresentado um panorama histórico e teórico sobre a formação dos direitos fundamentais, com ênfase na evolução das ideias de liberdade, igualdade e fraternidade, bem como no surgimento das gerações de direitos — civis, políticos, sociais e difusos. Esse percurso busca demonstrar que o direito à saúde é fruto de uma construção jurídica e social vinculada à noção de justiça distributiva e dignidade da pessoa humana.

Na sequência, serão delimitados os conceitos fundamentais que estruturam a análise da pesquisa: saúde como direito social, judicialização como fenômeno jurídico e institucional, e ativismo judicial como postura interpretativa expansiva por parte do Judiciário. A distinção entre judicialização e ativismo será tratada com rigor, destacando suas implicações para a separação dos poderes e para a legitimidade democrática.

Também será abordado o papel do Poder Judiciário na concretização do direito à saúde, com destaque para as decisões paradigmáticas do Supremo Tribunal Federal — como nos Temas 500, 793 e 1234 —, que evidenciam os critérios jurisprudenciais estabelecidos para o fornecimento de medicamentos fora das listas padronizadas do SUS. A análise será aprofundada com o exemplo envolvendo o medicamento Zolgensma, ilustrando as tensões entre o direito à vida, a reserva do possível e a racionalidade orçamentária do sistema público.

Por fim, serão discutidas alternativas viáveis à judicialização excessiva, por meio da análise de instrumentos administrativos e interinstitucionais de resolução de conflitos, como os Núcleos de Apoio Técnico ao Judiciário (NAT-Jus), os Comitês Estaduais de Saúde, a tutela administrativa sanitária e experiências como a desjudicialização conduzida no Estado de Minas Gerais. A proposta é refletir sobre novos arranjos institucionais que reforcem a efetividade do direito à saúde sem comprometer o equilíbrio financeiro da Administração Pública.

A metodologia adotada neste trabalho é qualitativa, com abordagem dedutiva e caráter exploratório-analítico. A pesquisa baseia-se em revisão bibliográfica e documental, com fundamento em obras doutrinárias de referência, jurisprudência constitucional, normas legais e dados empíricos extraídos de órgãos públicos, como CNJ, TCU e Ministério da Saúde. A escolha metodológica justifica-se pela necessidade de examinar um fenômeno multifacetado que envolve direito, economia, administração pública e ética institucional. Ao longo do texto, busca-se conjugar

fundamentação teórica com análise crítica, visando contribuir para o aperfeiçoamento da governança pública em saúde e para a consolidação de um modelo de justiça comprometido com a igualdade material e a dignidade humana.

O presente Trabalho de Conclusão de Curso, portanto, tem como objetivo central analisar os contornos jurídicos, institucionais e financeiros da judicialização do direito à saúde no Brasil, destacando suas causas, consequências e possíveis caminhos para sua racionalização, com ênfase na atuação do Judiciário, na teoria do ativismo judicial e nos mecanismos alternativos de resolução de conflitos.

2 DIREITOS FUNDAMENTAIS E SAÚDE: BREVE RETROSPECTO

Os direitos fundamentais são prerrogativas essenciais reconhecidas e protegidas pelo ordenamento jurídico, assegurando dignidade, liberdade e igualdade aos indivíduos. A ideia de direitos inerentes ao ser humano remonta às primeiras civilizações. No Código de Hamurábi (cerca de 1750 a.C.), já havia normas que protegiam cidadãos contra abusos, ainda que dentro de uma estrutura hierárquica rígida (Silva, 2014), destacando-se a máxima “olho por olho, dente por dente”.

Piovesan (2013) indica que no Egito Antigo e na Grécia, havia noções de cidadania e direitos, embora restritas a determinadas classes sociais. Segundo Mark (2017), no Egito, o *Ma'at* era o princípio fundamental de harmonia, verdade e ordem no Antigo Egito, ele representava o equilíbrio cósmico e social, guiando leis, governança e comportamentos. A manutenção de *ma'at* era dever do faraó, refletindo justiça, moralidade e estabilidade no reino, conforme narra Mark (2017).

Por sua vez, Mark (2018) apresenta que as formas de governo da Grécia Antiga, como a democracia ateniense, contribuíram para o desenvolvimento dos direitos fundamentais ao permitir a participação cidadã, debate público e igualdade perante a lei (embora restrita a determinados grupos); ainda, esses sistemas inspiraram princípios de liberdade, igualdade e justiça presentes nos direitos fundamentais modernos.

No contexto do Direito Romano, houve avanços significativos na proteção jurídica dos indivíduos. A Lei das Doze Tábuas (450 a.C.) e o *Corpus Juris Civilis*, compilado pelo imperador Justiniano (século VI d.C.), influenciaram diretamente o reconhecimento de direitos relacionados à propriedade, aos contratos e às relações familiares, estabelecendo fundamentos para os sistemas jurídicos modernos, conforme ensina Bonavides (2004).

Durante a Idade Média, o domínio da Igreja e das monarquias restringiu liberdades individuais, mas algumas iniciativas começaram a limitar o poder absoluto dos governantes.

Um dos primeiros marcos nesse sentido foi a Magna Carta (1215), assinada pelo rei João Sem Terra na Inglaterra, que estabeleceu garantias contra prisões arbitrárias e reconheceu a necessidade de limites ao poder real (Cardoso, 1986). Com o Renascimento e a Reforma Protestante, emergiu uma nova perspectiva sobre o indivíduo, promovendo reflexões filosóficas que influenciaram o pensamento jurídico.

No século XVII, Locke (1994) formulou a teoria dos direitos naturais, defendendo a vida, a liberdade e a propriedade como direitos inalienáveis e opondo-se ao absolutismo monárquico.

Essas ideias foram essenciais para a consolidação dos direitos fundamentais, pois foram as bases filosóficas e jurídicas que moldaram o conceito moderno de dignidade humana, liberdade individual e limitação do poder estatal. A Magna Carta de 1215 foi a primeira a estabelecer limites do monarca, e assim previu direitos básicos.

A reforma protestante e o renascimento fizeram surgir uma nova visão sobre o indivíduo, valorizando a autonomia, a liberdade de consciência e o pensamento crítico. Esses movimentos desafiaram a autoridade absoluta da Igreja e do Estado, reforçando a importância dos direitos individuais.

A luta por direitos fundamentais ganhou força nos séculos XVII e XVIII, impulsionada por revoluções que reivindicavam liberdade, igualdade e participação política. Na Inglaterra, a Revolução Gloriosa (1688-1689) resultou na *Bill of Rights* (1689), que limitou os poderes do rei e fortaleceu o Parlamento (COSTA, 2008). Além disso, o *Habeas Corpus Act* (1679) estabeleceu garantias contra prisões arbitrárias, assegurando que nenhum cidadão pudesse ser detido sem justificativa legal, onde Blackstone intitulou de “segunda Carta Magna” (Hamilton, 2005). Nos Estados Unidos, a luta contra o domínio britânico resultou na Declaração de Independência (1776), inspirada nos ideais iluministas (Vale *et al.*, 2016).

A Constituição dos Estados Unidos (1787) e a Declaração de Direitos (*Bill of Rights*, 1791), formada pelas dez primeiras emendas dessa Constituição, estabeleceram garantias fundamentais como a liberdade de expressão (Emenda I), o devido processo legal (Emenda V). De uma forma mais detalhada, a Primeira Emenda do *Bill of Rights* assegura a liberdade de expressão, enquanto a Quinta Emenda garante que ninguém será privado da vida, liberdade ou propriedade sem o devido processo legal (Estados Unidos Da América, 1789). Além disso, a Oitava Emenda proíbe a imposição de fianças ou multas excessivas, bem como a aplicação de punições cruéis e incomuns (Estados Unidos Da América, 1789).

A Revolução Francesa (1789) foi um dos momentos mais importantes para a história dos direitos fundamentais. O regime absolutista, baseado no poder da nobreza e do clero, foi contestado por uma sociedade que exigia igualdade e participação política. O principal legado da revolução foi a Declaração dos Direitos do

Homem e do Cidadão (1789), que estabeleceu princípios fundamentais como os ideais de Liberdade, Igualdade e Fraternidade, a soberania popular, a separação de poderes, o fim dos privilégios aristocráticos e a garantia de liberdade de expressão, propriedade e segurança (Sarlet, 2012). Esses ideais influenciaram constituições ao redor do mundo e consolidaram os direitos fundamentais como elementos indispensáveis nos Estados modernos.

No século XX, os direitos fundamentais avançaram significativamente, impulsionados pelas atrocidades cometidas durante as Guerras Mundiais. A necessidade de proteção dos indivíduos contra regimes totalitários levou à criação de organismos internacionais e à adoção de documentos globais, entre os quais se destacam a Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948), adotada pela ONU, que consolidou princípios como direito à vida, liberdade, dignidade e não discriminação, além dos pactos e convenções internacionais, como o Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos (1966) e a Convenção Europeia dos Direitos Humanos (1950), que fortaleceram a aplicação dos direitos fundamentais em escala global (Dimoulis; Martins, 2011). O fenômeno da constitucionalização dos direitos fundamentais tornou-se uma tendência em diversas nações.

No Brasil, a Constituição de 1988 consolidou um extenso catálogo de direitos individuais e sociais, reafirmando o compromisso do país com a democracia e a dignidade da pessoa humana (Silva, 2014). As revoluções mencionadas alhures desempenharam um papel essencial na evolução dos direitos fundamentais, desafiando regimes opressores e estabelecendo as bases para os Estados democráticos. No entanto, o reconhecimento desses direitos não significa que sua efetividade esteja garantida.

A partir dessa descrição, é evidente o surgimento progressivo dos direitos fundamentais, conforme as demandas de cada época, formando gerações que coexistem¹. Os de primeira geração, ligados à liberdade, são os direitos civis e políticos, exigindo abstenção do Estado, emergindo no século XVIII, influenciados por eventos como a Revolução Francesa e a Independência dos Estados Unidos.

¹ Entretanto, Ingo Wolfgang Sarlet prefere a expressão 'dimensões de direitos fundamentais', pois entende que tais direitos coexistem e se inter-relacionam, não sendo superados uns pelos outros. **SARLET, Ingo Wolfgang.** *A eficácia dos direitos fundamentais: uma teoria geral dos direitos fundamentais na perspectiva constitucional*. 6. ed. rev. e atual. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2007.

Os de segunda geração, relacionados à igualdade, são os direitos sociais, econômicos e culturais, demandando ações estatais e surgiram no final do século XIX e início do século XX, em resposta às demandas por igualdade social e justiça econômica (Novelino, 2009). Os de terceira geração, associados à fraternidade, abrangem o meio ambiente, autodeterminação e patrimônio comum, ganharam destaque após a Segunda Guerra Mundial, refletindo a necessidade de solidariedade e cooperação internacional (Novelino, 2009). Já os de quarta geração, foram propostos no final do século XX, impulsionados pela globalização, incluem democracia, informação e pluralismo (Novelino, 2009).

Dentro desse breve panorama, sobressai o tema central deste trabalho, com efeito, o direito à saúde no Brasil tem suas raízes no processo de construção do Estado democrático e nas garantias constitucionais relacionadas à dignidade da pessoa humana. Embora a saúde tenha sido abordada em documentos históricos, a verdadeira consolidação desse direito ocorre com a Constituição de 1988, que institui a saúde como um direito social fundamental.

Há cerca de 36 anos, o Brasil consagrava o direito à saúde constitucional por intermédio da promulgação da Constituição Federal de 1988. Entretanto, antes disso, esse direito enfrentava dificuldades para se consolidar e criar raízes, com um marco conhecido como “Movimento da Reforma Sanitária”, em 1970, no ápice da ditadura militar brasileira, que foi base para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Em contrapartida ao Estado de bem-estar social, o governo militar é caracterizado pela pouca participação de ideias sociais, assim, o país estava dividido entre assistência à saúde previdenciária e pública (Paiva; Teixeira, 2014). Sendo esta, protagonizada pelos institutos de pensão, auxiliando principalmente os trabalhadores formais das grandes cidades, e aquela sob o comando do Ministério da Saúde, com atuação desde 1953, enfrentando uma época de sucateamento, e dando suporte aos povos da área rural (Paiva; Teixeira, 2014).

Com a prevalência de um pensamento de privatização da saúde pública, foi criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), o qual não possuía qualquer participação social em sua gestão, e priorizava a contratação de serviços privados, abrindo espaço para gastos desnecessários e corrupção (Braga, Paula, 1986; Escorel, Nascimento, Edler, 2005).

Diante da predominância da medicina previdenciária – juntamente com a falta de investimentos públicos e o modelo econômico, houve um enfraquecimento do Ministério da Saúde, e uma crise de recursos públicos voltada a saúde gratuita, consubstanciada na comparação orçamentária, onde o gasto com a saúde era de 2,21%, na União, entre 1968 e 1972, e no Ministério de Transportes e Forças Armadas, o gasto era de até 18% (Braga, Paula, 1986; Médici 1987, *apud* Paiva; Teixeira, 2014).

O descaso com a saúde nesse período era significativo. Ainda assim, entre 1960 e 1963, o Brasil viveu uma alta econômica, que não refletia na melhoria de vida de grande parte da população brasileira, devido as desigualdades sociais, favorecendo o crescimento de insatisfação que geraria tensões políticas e transformações sociais, abrindo espaço para os primeiros movimentos de reforma na saúde (Paiva; Teixeira, 2014).

Não houve a universalização dos direitos sociais nem o devido respeito aos direitos civis, uma vez que o modelo econômico adotado concentrava renda e excluía grandes parcelas da sociedade tentava financiar serviços sociais, mas sem a sua participação (Grin, 2013). Assim, apesar do período de fortalecimento do bem-estar social a nível mundial, o autoritarismo vigente no país impediu a implementação de políticas públicas essenciais.

Posteriormente, na década de 1970, o Brasil vivenciou grandes transformações políticas e sociais. No campo político, o período foi marcado pela repressão, mas também pelos primeiros passos rumo à abertura democrática, com a realização de eleições para o Senado, o abrandamento da censura, a Lei da Anistia e o fim do AI-5, uma "abertura lenta e gradual" do regime militar. (Paiva; Teixeira, 2014).

O governo militar lançou o segundo Plano Nacional de Desenvolvimento (2º PND), que focava no aprofundamento da política de substituição de importações e na produção de bens de capital (Paiva; Teixeira, 2014). Embora o plano tenha impulsionado o crescimento econômico do país, seus efeitos foram limitados pela crise internacional (Paiva; Teixeira, 2014). No entanto, o 2º PND destacou a inclusão de questões sociais, como saúde, educação e infraestrutura, na agenda do planejamento estatal (Paiva; Teixeira, 2014).

O Ministério da Saúde (MS) passou a articular mais ações, ampliando o repasse de verbas para os estados e lançando projetos voltados ao controle de doenças como hanseníase, tuberculose e câncer (Paiva; Teixeira, 2014).

Em 1975, o governo criou o Sistema Nacional de Saúde por meio da Lei nº

6.229, que separou as responsabilidades entre a saúde pública, coordenada pelo MS, e a assistência médica previdenciária, coordenada pelo Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) (Paiva; Teixeira, 2014).

Já em 1985, com a eleição indireta de Tancredo Neves e a subsequente posse de seu vice, José Sarney, devido ao falecimento do primeiro, o regime militar chegou ao fim, desmantelando diversas estruturas políticas (Paiva; Teixeira, 2014) que afetavam diretamente a corrupção e desajuste de verbas entre os setores do Estado.

No mesmo ano, ocorreram as primeiras eleições diretas para prefeitos em algumas capitais, e no ano seguinte, o Congresso Nacional passou a elaborar uma nova constituição, com o intuito de restaurar a plena democracia no país (Paiva; Teixeira, 2014).

A grande mobilização social em prol da reforma do sistema de saúde teve um marco importante na realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), em 1986 (Paiva; Teixeira, 2014). Nesse evento, foram debatidas e aprovadas as principais demandas do movimento sanitarista, como o fortalecimento do sistema público de saúde, a ampliação da cobertura para toda a população e a integração da medicina previdenciária com a saúde pública, visando a criação de um Sistema Único de Saúde (SUS) (Paiva; Teixeira, 2014).

Referida conferência influenciou o capítulo sobre saúde na Constituição Federal de 1988, e foi aberta ao público, permitindo a participação popular (Saúde, 2019), fortalecendo a pluralidade de ideias, vez que não participou apenas a elite brasileira.

Entretanto, somente com a Constituição de 1988 que o direito à saúde foi plenamente reconhecido como um direito social de todos os cidadãos no quesito legislativo (Brasil, 1988). Visto que, a Constituição de 1988, em seu artigo 6º, inclui a saúde entre os direitos sociais, e o artigo 196 consagra o direito à saúde, estabelecendo que "*a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos*".

Esse marco estabeleceu a base legal para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), instituído pela Lei nº 8.080/1990. O SUS é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo e foi criado com a premissa de garantir acesso universal e igualitário aos serviços de saúde, sem discriminação social ou econômica.

Art. 4º O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS).

§ 1º Estão incluídas no disposto neste artigo as instituições públicas federais, estaduais e municipais de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, inclusive de sangue e hemoderivados, e de equipamentos para saúde (Lei nº 8.080/1990).

Além disso, a criação do SUS também refletiu a ideia de descentralização da gestão da saúde, buscando integrar a atuação dos diferentes níveis de governo (federal, estadual e municipal) no processo de atendimento à população. O direito à saúde no Brasil foi se consolidando ao longo do tempo, com uma evolução significativa a partir da Constituição de 1988, que estabeleceu o acesso à saúde como uma prioridade do Estado e um direito fundamental dos cidadãos.

Ao longo das décadas, o país tem enfrentado desafios para garantir a universalização e a qualidade dos serviços de saúde, especialmente diante da escassez de recursos financeiros e das desigualdades regionais, ainda que esteja positivado na Carta Magna do país, legislações, instruções normativas etc.

O desafio financeiro e má gestão dos recursos ainda reverberam de forma maçante na população que utiliza do serviço de saúde pública atualmente. A questão política merece destaque também.

Durante o governo de Jair Bolsonaro (2019-2022), os gastos em saúde no Brasil apresentaram variações significativas. Em 2020, devido à pandemia de COVID-19, houve um aumento expressivo nos investimentos, com mais de R\$ 540 bilhões destinados ao enfrentamento da crise sanitária, incluindo a habilitação de mais de 35 mil leitos de UTI, distribuição de 17,8 mil ventiladores pulmonares e aquisição de mais de 570 milhões de doses de vacinas (BRASIL, 2022).

Entretanto, nos anos subsequentes, observou-se uma redução nos recursos destinados à saúde. Em 2022, o orçamento sofreu cortes que afetaram programas essenciais, como o Farmácia Popular, que teve uma redução de R\$ 194 milhões (CUT, 2022). Além disso, o Projeto de Lei Orçamentária de 2023 indicava uma possível diminuição de até R\$ 60 bilhões em comparação com o ano anterior, refletindo o impacto da Emenda Constitucional 95/2016 (Teto de Gastos), que limitou o aumento das despesas públicas e resultou em uma perda estimada de R\$ 48 bilhões para o Sistema Único de Saúde (SUS) entre 2018 e 2022 (JOTA, 2022).

Em resposta a esse cenário, o governo federal, em 2024, planejando um

aumento significativo no orçamento da saúde, prevendo R\$ 218,5 bilhões, valor 46% superior ao do ano anterior (IEPS, 2023). Além disso, foram reinvestidos R\$ 17 bilhões de recursos não utilizados durante a pandemia para fortalecer o setor (Poder360, 2023).

Nesse contexto, no panorama brasileiro, o direito à saúde tem sido constantemente negligenciado pelo sucateamento do setor. O aumento das demandas individuais onera excessivamente o sistema, comprometendo o equilíbrio orçamentário e impactando a implementação de políticas coletivas, colocando em xeque esse mínimo social.

Com essa constante precarização, tomou ainda mais espaço a crescente judicialização da saúde, caracterizada por decisões que determinam a obrigatoriedade de fornecimento de medicamentos e tratamentos, refletindo a busca pela efetivação desse direito devidamente escrito na lei brasileira, em contraste com a capacidade real do sistema de atender ao que está previsto na legislação.

3 ATIVISMO, JUDICIALIZAÇÃO E DIREITO A SAÚDE: ANÁLISE CONCEITUAIS

A análise crítica do fenômeno da judicialização da saúde pressupõe a compreensão precisa de três categorias fundamentais: o direito à saúde, a judicialização propriamente dita e o ativismo judicial. Embora frequentemente utilizados de forma intercambiável, esses conceitos possuem origens, funções e implicações distintas no ordenamento jurídico e na dinâmica institucional brasileira.

Propõe-se, a seguir, a delimitação conceitual, por vezes histórica, de cada um desses institutos, a fim de viabilizar uma abordagem mais rigorosa e sistematizada sobre os impactos da atuação judicial na efetivação das políticas públicas de saúde.

3.1 Conceito de saúde e direito a saúde

Hipócrates, pensador grego do século IV a.C., já reconhecia que fatores como o ambiente urbano e o estilo de vida da população exerciam impacto direto sobre a saúde; o médico seria capaz de tratar adequadamente as enfermidades prevalentes em uma determinada região se compreendesse de forma aprofundada essas condições locais e seus efeitos sobre os habitantes (Chadwick, Maan; 1950).

Posteriormente, com o avanço da sociedade industrial e sua lógica baseada na máquina, a doença passou a ser vista como uma falha no corpo, semelhante a um defeito em uma linha de produção, que demandava conserto técnico. Nesse cenário, os estudos de Pasteur e Koch confirmaram a teoria da causa específica das doenças, ao identificar agentes patógenos como responsáveis por essas falhas no organismo humano (Nunes, 1990).

Uma corrente distinta consolidou-se a partir do pensamento cartesiano no século XVII, que reduzia o corpo humano a uma máquina. Descartes acreditava ser possível descobrir a “causa da conservação da saúde” com base em uma lógica mecânica, promovendo assim uma visão reducionista da saúde como mera ausência de doenças (Nunes, 1990). Esse paradigma ganhou força no século XIX com os avanços da microbiologia, especialmente com os trabalhos de Pasteur e Koch, que identificaram agentes patológicos específicos para cada doença, legitimando intervenções médicas mais técnicas e focalizadas (Nunes, 1990).

Durante a Revolução Industrial, essas duas correntes entraram em confronto: enquanto as classes sociais desfavorecidas reivindicavam melhorias nas

condições de vida como fator primordial para a saúde, o avanço da medicina clínica reforçava a concepção biomédica centrada na cura de enfermidades (Nunes, 1990). Esse impasse foi, em parte, resolvido no pós-guerra com a criação da Organização Mundial da Saúde (OMS), que em 1946 passou a conceituar a saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doenças” (Nunes, 1990).

Embora a definição da OMS tenha recuperado a perspectiva ampla de autores clássicos como Hipócrates, Paracelso e Engels, ela passou a ser alvo de críticas por sua natureza utópica e pouca aplicabilidade prática. Trabalhadores da saúde pública afirmavam que esse ideal de “completo bem-estar” se aproximava mais de uma definição de felicidade do que de um conceito operacional (Nunes, 1990). Em crítica recente, Dejours sugere que a saúde deve ser entendida como a busca constante desse estado, e não como sua realização efetiva (Nunes, 1990).

Essa trajetória demonstra que a história da saúde reflete não apenas o desenvolvimento científico, mas também os valores sociais, políticos e econômicos de cada época, sendo o conceito de saúde uma construção em permanente transformação, e que anda lado a lado com as reproduções de direito a este de acordo com o período vivenciado.

Isto é, a saúde era pouco valorizada e não costumava ser centro de pautas, entretanto, com o passar do tempo, protagonizou diversos palcos, até que, na história brasileira, é consolidada em nossa Carta Magna brasileira.

O direito à saúde constitui um direito fundamental social expressamente previsto na Constituição Federal de 1988, nos artigos 6º e 196, sendo dever do Estado garanti-lo por meio de políticas públicas que visem à prevenção, promoção e recuperação da saúde da população. Trata-se de um direito de prestação positiva, cuja eficácia é imediata, conforme o art. 5º, §1º, da Carta Magna, impondo ao Estado o dever jurídico de atuação.

O conceito de saúde, longe de ser estático ou meramente técnico, evoluiu historicamente a partir de disputas filosóficas, científicas e sociais, incorporando dimensões cada vez mais amplas do bem-estar humano. Essa evolução conceitual foi fundamental para a afirmação da saúde como um direito fundamental, especialmente no contexto brasileiro, onde a Constituição Federal de 1988 consagrou expressamente esse direito como dever do Estado.

O artigo 3º da Lei nº 8.080/1990, que dispõe sobre as condições para a

promoção, proteção e recuperação da saúde, consagra um conceito ampliado e sistêmico de saúde, ao estabelecer que ela resulta de diversos fatores determinantes e condicionantes, tais como alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte, lazer e acesso a serviços essenciais. Nesse sentido, a saúde é compreendida como expressão da organização social e econômica do país, sendo diretamente influenciada pelas políticas públicas que estruturam o bem-estar coletivo.

O parágrafo único do referido artigo reforça essa concepção ao afirmar que se incluem no campo da saúde tanto as ações individuais quanto coletivas que tenham como objetivo assegurar o bem-estar físico, mental e social. Trata-se de um modelo normativo alinhado aos princípios da equidade, da integralidade e da intersetorialidade, que exige do Estado não apenas a oferta de serviços de saúde, mas a formulação de políticas sociais e econômicas integradas que previnam riscos e promovam qualidade de vida de forma sustentável.

A saúde deixou de ser compreendida apenas como ausência de enfermidades ou como responsabilidade individual, passando a ser objeto de políticas públicas estruturantes, com base nos princípios da universalidade, integralidade e equidade. Assim, o direito à saúde passou a representar não apenas uma demanda por acesso a serviços médicos, mas também a exigência por condições dignas de vida, alinhando-se à noção moderna de justiça social e cidadania plena.

3.2 Ativismo judicial

O ativismo judicial refere-se à atuação proativa do Poder Judiciário na interpretação e aplicação das normas constitucionais, muitas vezes preenchendo lacunas deixadas pelo Legislativo e Executivo.

Segundo Gomes (2009), existe dois tipos de ativismo, o inovador e o revelador. O primeiro seria contra o Estado de Direito, pois seriam decisões sem fundamentação dentro do ordenamento pátrio, ou até mesmo as contrariando, gerando conflitos (Gomes, 2009). O segundo, é o que melhor se aplica a judicialização da saúde, pois busca extrair e interpretar sentidos não tão aparentes das normas constitucionais (Gomes, 2009).

A expressão ativismo judicial foi utilizada pela primeira vez na revista americana *Fortune*, destinada ao público não jurista, nesse cenário, o termo foi

empregado pelo jornalista Arthur Schlesinger Jr. ao descrever o perfil dos juízes norte-americanos, classificando-os como ativistas ou não ativistas, conforme informado por Campos (2016). Posteriormente, constitucionalistas norte-americanos passaram a usar a expressão de forma crítica, associando-a a posturas judiciais divergentes da jurisprudência majoritária (CAMPOS, 2016).

O ativismo judicial remete à época da nobreza, onde a figura do rei, decidia conforme quisesse, ou seja, todos os poderes descansavam mão de um rei, que pela sorte de nascer em uma família nobre teria a oportunidade de reinar. Aos soberanos eram atribuídos poderes, prerrogativas e privilégios sem delimitação de limites ou deveres exigíveis pelos súditos, que eram considerados apenas cumpridores de deveres perante o Rei, sendo esse desrespeito à "razão de Estado" era tratado como crime de "lesa-majestade" (NEVES, 2009, p. 18-20).

Com a superação do Absolutismo após as revoluções liberais, o Estado liberal emerge como resultado da separação entre público e privado. No entanto, alguns atributos do Estado absolutista, como a soberania estatal, foram preservados. Para conter os abusos do poder estatal, instituiu-se o princípio da legalidade, entendido como uma criação burguesa para substituir o absolutismo do regime deposto (MARINONI, 2010, p. 25).

... a insuportabilidade institucional da oposição, em uma sociedade que já alcançara um elevado grau de complexidade e, pois, já envolvia uma variedade de cosmovisões, levou forçosamente à ideia de revolução e aos movimentos revolucionários. Nesse sentido, o próprio constitucionalismo pressupôs revolução. (NEVES, 2009, p. 18-20)

A quebra do absolutismo monárquico demandou uma nova forma de organização da sociedade, surgindo a tripartição dos Poderes Estatais, o Executivo, Legislativo e Judiciário. Com isso, pelo surgimento do Poder Judiciário, apenas figuras específicas poderiam exercer essa função, sendo atrelada as leis vigentes e instituídas.

Ou seja, com um grande destaque do positivismo jurídico, e presumindo-se uma sociedade engessada conforme uma receita de bolo, tudo sempre igual. No entanto, era evidente que tal sistema não perduraria por muito tempo, pois a população clamava por uma representação mais ampla, que incluísse todas as classes sociais, além da burguesia que havia liderado a criação do Estado Liberal (Ribeiro, 2014).

Marinoni, assim dispôs:

Perceba-se que, quando se afirma que a lei é fruto do pluralismo das forças sociais e, muitas vezes, da coalizão dessas forças, não se nega que sua fonte de produção seja o Estado, mas quando se desloca a perspectiva do pluralismo de formação da lei para pluralismo de fonte, evidencia-se que o direito não tem mais apenas origem no poder estatal (Marinoni, 2010, p. 27).

O movimento constitucionalista manifesta-se de forma marcante com a Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão, aprovada pela Assembleia Constituinte Francesa, estabelecendo que “toda sociedade em que não esteja assegurada a separação dos poderes, nem os direitos e garantias individuais, não tem Constituição” (Neves, 2009, p. 60).

Esse percurso histórico, do Absolutismo ao constitucionalismo moderno, revela a incessante busca por equilíbrio entre o poder estatal e os direitos individuais. A transição não apenas redefiniu o papel do Estado, mas também elevou princípios como liberdade, igualdade e justiça à essência da ordem jurídica. A Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão simboliza a cristalização desses ideais universais, guiando a construção de sociedades mais inclusivas e comprometidas com a dignidade humana.

Trata-se de uma clara transformação no papel do jurista, que deixa de ser um mero reproduzidor do texto legal para assumir uma posição ativa na resolução de conflitos (Ribeiro, 2014). Agora, o jurista interpreta a norma com base no caso concreto, integrando o direito e promovendo uma análise contextualizada. Essa atuação se destaca pela ponderação de interesses, utilizando a proporcionalidade como critério essencial, além de considerar os direitos fundamentais e a dignidade da pessoa humana como pilares decisivos em suas interpretações (Ribeiro, 2014).

No Brasil, esse fenômeno tem ganhado destaque, especialmente na área da saúde pública, onde a ineficiência estatal e a ausência de políticas públicas adequadas frequentemente resultam em uma demanda crescente por decisões judiciais que garantam o fornecimento de medicamentos, tratamentos e procedimentos médicos.

O ativismo judicial não é um fenômeno recente ou destituído de fundamentos históricos; ao contrário, ele emerge como resposta à evolução do Estado de Direito e à necessidade de dar concretude aos valores constitucionais em contextos de inércia ou omissão dos demais Poderes.

No âmbito da judicialização da saúde, especialmente, o ativismo revelador, tal como conceituado por Luís Flávio Gomes (2019), tem desempenhado papel crucial

ao interpretar princípios constitucionais à luz das demandas concretas da população, promovendo o acesso a direitos fundamentais em face da ineficiência estatal.

É necessário distinguir esse ativismo legítimo daquele que viola a separação de poderes, extrapolando os limites da atuação jurisdicional e comprometendo a harmonia institucional. O desafio contemporâneo está em equilibrar a função contramajoritária do Judiciário com a preservação da legalidade democrática, garantindo que a intervenção judicial seja instrumento de justiça social e não de arbitrariedade.

O ativismo judicial, quando exercido com responsabilidade e fundamento constitucional, contribui para a efetivação de direitos e para a consolidação de um Estado verdadeiramente democrático de Direito.

3.3 Judicialização da saúde

Junto com o ativismo, cresce também a judicialização, tornando-se um dos fenômenos mais recorrentes no Brasil nas últimas décadas, evidenciando a fragilidade da gestão pública na garantia do direito à saúde e a crescente intervenção do Poder Judiciário para assegurar tratamentos e medicamentos aos cidadãos.

A crescente demanda judicial por acesso a tratamentos médicos, medicamentos e procedimentos assistenciais, muitas vezes não previstos nas políticas públicas de saúde ou indeferidos administrativamente, evidencia a insuficiência da gestão pública e o protagonismo assumido pelo Poder Judiciário na mediação entre necessidades individuais e omissões institucionais.

A judicialização da saúde é o fenômeno pelo qual cidadãos recorrem ao Poder Judiciário para garantir o acesso a tratamentos médicos, medicamentos, procedimentos e outros serviços de saúde que deveriam ser fornecidos pelo Estado ou por planos de saúde, mas que foram negados ou não disponibilizados.

A judicialização no Brasil resulta da Constituição de 1988, que redemocratizou o país e conferiu ao Judiciário um papel político relevante, tornando-o responsável pela efetivação dos direitos constitucionais. O sistema misto de controle de constitucionalidade brasileiro, que combina o modelo difuso – permitindo a qualquer juiz declarar a inconstitucionalidade de normas – e o concentrado – atribuindo ao STF decisões com força de lei –, intensifica esse fenômeno (Siqueira, 2019).

Enquanto a judicialização decorre do modelo constitucional adotado, no qual o Poder Judiciário atua por lhe ser atribuída a função de decidir, o ativismo judicial representa uma escolha do Judiciário ao interpretar a Constituição de maneira mais ampla, frequentemente ampliando o alcance de sua atuação (Siqueira, 2019).

A Constituição brasileira adota o modelo tripartite de Montesquieu, em que os três poderes devem ser independentes e harmônicos. No entanto, o Poder Judiciário tem ampliado sua atuação, gerando os fenômenos da judicialização, decorrente do próprio sistema constitucional, e do ativismo judicial, que surge de uma postura proativa dos magistrados ao interpretar a Constituição de forma expansiva.

Embora esses fenômenos possam ameaçar a legitimidade democrática e politizar a justiça, o Judiciário exerce esse papel para garantir os direitos fundamentais e a manutenção da democracia. Assim, o ativismo judicial não é necessariamente negativo, mas deve ser usado de forma limitada e justificada, sob o risco de comprometer a estabilidade jurídica e democrática do país.

Dessa forma, a judicialização da saúde configura um mecanismo de efetivação do direito fundamental à saúde diante das omissões ou ineficiências do Estado e dos entes privados. Esse fenômeno, embora decorrente do desenho constitucional brasileiro, revela tensões estruturais entre os Poderes, especialmente quando o Judiciário passa a intervir em políticas públicas e decisões administrativas com impacto orçamentário.

A atuação judicial, nesse contexto, cumpre função relevante ao garantir acesso a tratamentos indispensáveis à vida e à dignidade humana, sobretudo em um cenário de desigualdades sociais e falhas na gestão pública (Siqueira, 2019)..

É indispensável que essa atuação ocorra com responsabilidade institucional, ponderando os limites da separação dos poderes e buscando soluções que harmonizem a proteção de direitos com a sustentabilidade do sistema de saúde. A judicialização, logo, não deve ser tratada como distorção, mas como expressão do protagonismo do cidadão e da força normativa da Constituição, desde que acompanhada de critérios técnicos, razoabilidade e deferência ao espaço legítimo das políticas públicas.

4 O PAPEL DO JUDICIÁRIO NA CONCRETIZAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE

Agora será analisado o papel do judiciário na saúde brasileira e seus impactos orçamentários, bem como as nuances que conectam o direito a saúde, o ativismo judicial e a judicialização da saúde.

4.1 A judicialização da saúde brasileira

O artigo 196 da Constituição Federal de 1988 estabelece que "a saúde é direito de todos e dever do Estado", assegurado por meio de políticas públicas (Brasil, 1988). No entanto, a insuficiência de recursos, as desigualdades regionais e a ineficiência administrativa muitas vezes impedem que esse direito seja plenamente efetivado, levando a um aumento expressivo das demandas judiciais na área da saúde (Sarlet, 2012).

A busca pelo Judiciário para garantir acesso a medicamentos, tratamentos e procedimentos médicos reflete a tensão entre os direitos fundamentais individuais e as limitações orçamentárias do Estado, e conseqüentemente uma maior judicialização da saúde.

Segundo Barroso (2014), a judicialização da saúde decorre da necessidade de concretizar direitos fundamentais diante da ineficiência do poder público, mas também pode gerar efeitos colaterais, como impactos financeiros significativos no orçamento da saúde.

Em contrapartida a ânsia de efetivação de direitos fundamentais, há estudos indicando que as decisões judiciais envolvendo saúde podem comprometer o planejamento orçamentário dos entes federativos, redirecionando recursos que deveriam ser destinados a políticas públicas estruturantes para atender demandas individuais (Piovesan, 2013).

O Supremo Tribunal Federal (STF) e o Superior Tribunal de Justiça (STJ) têm desempenhado um papel central na definição de parâmetros para o controle da judicialização, buscando equilibrar o direito à saúde e a sustentabilidade financeira do SUS, conforme pode observar dos temas 1234, 793 e 500, doravante debatidos. Em diversos julgados, as Cortes reconhecem que a intervenção judicial deve ser pautada na razoabilidade e na proporcionalidade, de modo a evitar que a concessão de tratamentos de alto custo para indivíduos prejudique o atendimento coletivo (Sarlet, 2012). Houve uma preocupação crescente com a seletividade da judicialização, uma

vez que o acesso à Justiça é desigual, favorecendo aqueles que possuem melhor assistência jurídica e conhecimento sobre seus direitos (Dimoulis; Martins, 2011).

A complexidade do tema envolve não apenas aspectos jurídicos, mas também questões sociais, políticas e econômicas.

O federalismo brasileiro, estabelecido pela Constituição de 1988, prevê a divisão de competências entre União, Estados e Municípios, dispondo em seu art. 2º “São Poderes da União, independentes e harmônicos entre si, o Legislativo, o Executivo e o Judiciário”. De acordo com o princípio da separação dos poderes, as funções e responsabilidades do Estado são distribuídas entre diferentes órgãos, de modo a evitar a concentração de poder em apenas um deles, devendo essa divisão ocorrer de forma independente e harmônica (Moreira, 2023).

Para Moreira (2023), cabe ao Poder Executivo implementar políticas públicas e executar leis, mas enfrenta desafios devido à morosidade legislativa e ao excesso de demandas sociais. Também ensina que o Poder Legislativo tem a função de criar leis e fiscalizar o Executivo, embora sua lentidão e falta de atenção ao interesse público sejam apontadas como problemáticas (Moreira, 2023). E o Poder Judiciário, inicialmente restritivo e conservador, passou a adotar uma postura ativista, aplicando diretamente a Constituição, declarando inconstitucionalidades e interferindo em políticas públicas (Moreira, 2023).

O judiciário vem atuando fortemente em demandas que diz respeito ao direito a saúde, determinando o fornecimento de medicamentos de alto custo, leitos de UTI e demais tratamentos. Com isso, se por um lado as decisões judiciais impõem ônus significativos aos entes da Administração Pública, por outro, o próprio Judiciário reconhece esse problema e tem buscado mitigar seus impactos por meio de critérios técnicos e atuação mais equilibrada.

Em demandas judiciais, constantemente os entes públicos alegam o “princípio da reserva do possível” em suas contestações, onde é considerado que, embora o direito à saúde seja fundamental, sua efetivação deve ocorrer dentro das possibilidades financeiras do poder público, para evitar a inviabilização de políticas públicas mais amplas. Em contraste, o STF também tem aplicado a teoria do mínimo existencial, segundo a qual o Estado deve garantir um núcleo essencial de direitos fundamentais, independentemente das limitações orçamentárias (Fernandes, 2008). Para os usuários do SUS, isso significa que tratamentos e medicamentos indispensáveis para a sobrevivência e dignidade do paciente devem ser assegurados

judicialmente, ainda que o poder público alegue restrições financeiras.

O ativismo judicial parece, justamente, conciliar essas duas teorias, garantindo o direito à vida e à dignidade sem comprometer a gestão orçamentária dos entes federativos, onde visivelmente os tribunais acabam assumindo um papel ativo, determinando o fornecimento de fármacos que não estão na lista obrigatória do SUS (RE 566471), desde que obedecidos alguns critérios.

Essas decisões são necessárias, pois uma vez demandado, o judiciário não pode deixar de analisar o caso, devido ao princípio de inafastabilidade da jurisdição, previsto no art. 5º, inciso XXXV, da CF/1988. Afinal, a expressão *non liquet* – “não está claro”, é definitivamente proibida na jurisdição brasileira, cabendo ao julgador, conforme art. 4º da LINDB: “Quando a lei for omissa, o juiz decidirá o caso de acordo com a analogia, os costumes e os princípios gerais de direito” (Siqueira, 2019).

Siqueira (2019) conclui que as integrações normativas representam uma forma de ativismo judicial legítimo e necessário, uma vez que ao Poder Judiciário compete decidir nos casos em que a lei for omissa, reafirmando que essa atuação não é, necessariamente, prejudicial, mas sim um instrumento essencial para a efetivação dos preceitos constitucionais (Siqueira, 2019).

Piovesan (2013) destaca que a judicialização da saúde também revela disparidades regionais no acesso à justiça e na qualidade dos serviços de saúde. Enquanto algumas regiões possuem maior infraestrutura hospitalar e capacidade de resposta às demandas judiciais, outras enfrentam dificuldades para implementar decisões do Judiciário, criando um cenário de desigualdade na garantia do direito à saúde (Piovesan, 2013).

Sarlet (2012) deixa claro que a ausência de um critério uniforme para a concessão de medicamentos e tratamentos pelo SUS faz com que decisões judiciais possam beneficiar alguns indivíduos em detrimento do planejamento coletivo da política pública (Sarlet, 2012).

O ativismo e a judicialização na área da saúde apresentam uma relação complexa na gestão da saúde pública. Se, por um lado, o Poder Judiciário desempenha um papel fundamental na garantia dos direitos fundamentais, por meio de uma judicialização da saúde, por outro, sua interferência pode gerar desafios para a administração pública e a alocação de recursos, ao decidir de forma inovadora – por exemplo, concedendo fármacos fora da lista do SUS.

Cada decisão judicial carrega o peso de uma vida e do valor que ela

representa no contexto social, razão pela qual cada caso deve ser analisado individualmente, à luz de suas necessidades e particularidades. Para tanto, pode auxiliar os ensinamentos do filósofo contemporâneo Robert Alexy, onde investiga o novo cenário dos direitos sociais, defendendo que os direitos fundamentais são na verdade princípios norteadores, que algumas vezes colidam e é necessário sopesá-los, com base em sua teoria da Lei de Colisão (Alexy, 2011).

Destaca-se ainda a compatibilidade do modelo de Alexy ao Brasil, conforme explica Carneiro (2013), ao ajudar na decisão quando os princípios sociais se colidem, especialmente no âmbito da saúde, direito social consagrado no art. 6º da Carta Magna brasileira.

A judicialização da saúde no Brasil é fenômeno multifacetado e inevitável diante das falhas estruturais do sistema público, da inércia administrativa e da crescente consciência social acerca dos direitos fundamentais. A tensão entre a efetivação do direito à saúde e os limites orçamentários do Estado impõe ao Poder Judiciário o desafio de conciliar princípios constitucionais em colisão, como a reserva do possível, o mínimo existencial e a eficiência administrativa.

O ativismo judicial, embora alvo de críticas, revela-se instrumento legítimo quando orientado por critérios técnicos, ponderação normativa e sensibilidade institucional. Contudo, é imperativo que esse protagonismo não se transforme em substituição indevida da função administrativa, sob pena de comprometer o planejamento sistêmico e agravar desigualdades regionais no acesso à saúde.

4.2 Análise financeira do impacto da judicialização da saúde

A judicialização da saúde tem gerado impactos significativos na gestão orçamentária do Estado brasileiro, desafiando a administração pública a conciliar o direito fundamental à saúde com a sustentabilidade financeira do Sistema Único de Saúde (SUS).

A principal controvérsia em torno da judicialização da saúde reside no impacto financeiro das decisões judiciais, que frequentemente determinam o fornecimento de tratamentos de alto custo não previstos no orçamento público.

O art. 31 da Lei nº 8.080, assim dispõe.

Art. 31. O orçamento da seguridade social destinará ao Sistema Único de Saúde (SUS) de acordo com a receita estimada, os recursos necessários à

realização de suas finalidades, previstos em proposta elaborada pela sua direção nacional, com a participação dos órgãos da Previdência Social e da Assistência Social, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias.

Logo, a base financeira do SUS está estritamente relacionada com a seguridade social. Igualmente, a Lei Complementar nº 141/2012, ao regulamentar o § 3º do art. 198 da Constituição Federal, determinou a aplicação mínima dos impostos sobre as ações de saúde nas três esferas de poderes.

O Sistema Único de Saúde (SUS) possui uma estrutura descentralizada e hierarquizada, organizada em três níveis de gestão – federal, estadual e municipal –, conforme estabelecido pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1990). O objetivo é garantir o acesso universal, integral e equitativo aos serviços de saúde.

No nível federal, a União, por meio do Ministério da Saúde, é responsável pela formulação de políticas nacionais de saúde, financiamento e fiscalização. Cabe a este nível coordenar o SUS, definir diretrizes, estabelecer normas e distribuir recursos financeiros para estados e municípios, além de atuar na promoção da saúde, controle de doenças, campanhas de vacinação, incorporação de tecnologias e medicamentos, e manutenção de serviços de abrangência nacional, como a vigilância epidemiológica e sanitária (BRASIL, 1990).

No nível estadual, os estados e o Distrito Federal funcionam como intermediários entre a União e os municípios, coordenando e apoiando os municípios, além de gerenciar serviços de média e alta complexidade, como hospitais regionais, serviços de urgência e emergência, e centros de referência especializados, conforme disposto na Lei nº 8.080/1990. As Secretarias Estaduais de Saúde planejam e implementam ações de saúde no âmbito estadual, monitoram os serviços municipais e articulam o repasse de recursos da União para os municípios (BRASIL, 1990).

No nível municipal, os municípios são os executores diretos dos serviços de saúde mais próximos da população, como atenção primária e serviços básicos, administrando Unidades Básicas de Saúde (UBS), programas de saúde da família, vacinação, pré-natal, consultas ambulatoriais e ações de vigilância sanitária local (Brasil, 1990).

O SUS é organizado de forma regionalizada para assegurar o atendimento integral, com os serviços divididos em níveis de complexidade (atenção primária, secundária e terciária). Essa estrutura busca garantir o acesso equitativo à saúde,

mas também enfrenta desafios de financiamento, coordenação e gestão, especialmente diante das demandas crescentes por serviços especializados e de alto custo (Brasil, 1990).

Da análise da Constituição Federal de 1988, é definido que cabe aos municípios, gasto de 15% para a saúde, para os Estados, o patamar é de 12% e para a União, conforme art. 198, § 2º, I, a receita corrente líquida do respectivo exercício financeiro, não podendo ser inferior a 15%, sendo que em 2022, foi aplicado apenas 12% da RCL, conforme Domingues (2023).

A saúde é uma responsabilidade compartilhada entre a União, os estados, municípios e o Distrito Federal (Brasil, 1988), e por meio de instruções normativas, o sistema é bem dividido em suas atribuições. Assim, a descentralização tem como objetivo garantir maior capilaridade na execução das políticas públicas de saúde, permitindo que os governos locais tenham autonomia para gerenciar os serviços de acordo com as necessidades regionais. No entanto, essa estrutura também gera conflitos na gestão da saúde, pois muitas vezes os Municípios alegam dificuldades orçamentárias para cumprir decisões judiciais que determinam o fornecimento de tratamentos de alto custo, que deveriam ser de responsabilidade estadual ou federal. (Piovesan, 2013).

De acordo com dados do Tribunal de Contas da União (TCU), que abrangem União, Estados e municípios, os gastos da União com processos judiciais relacionados à saúde atingiram R\$ 1 bilhão em 2015 (Acórdão 1787/2017 TCU – Plenário – Processo 009.253/2015-7). Ainda segundo o TCU, aproximadamente 80% das ações judiciais estavam relacionadas ao fornecimento de medicamentos, incluindo alguns sem registro no Sistema Único de Saúde (SUS) (Acórdão 1787/2017 TCU – Plenário – Processo 009.253/2015-7).

A demanda crescente, inclusive, fez com que o Conselho Nacional de Justiça criasse um grupo de trabalho para “estudo e proposta de medidas concretas e normativas para as demandas judiciais envolvendo a assistência à saúde”, por meio da Portaria nº 650/2009.

Segundo Sarlet (2012), a intervenção do Judiciário muitas vezes não considera a limitação dos recursos estatais, aplicando a chamada teoria do mínimo existencial (direitos individuais) sem ponderar os efeitos da decisão sobre a coletividade. Essa perspectiva leva ao desvio de recursos destinados a políticas

públicas de saúde de amplo alcance, favorecendo casos individuais em detrimento de programas coletivos, como campanhas de vacinação e prevenção de doenças.

Estudos do Conselho Nacional de Justiça (CNJ) indicam que, entre 2010 e 2020, o gasto com decisões judiciais obrigando o fornecimento de medicamentos e tratamentos aumentou exponencialmente, representando mais de R\$ 7 bilhões anuais no orçamento do SUS (CNJ, 2021).

As demandas judiciais surpreendem os orçamentos dos entes públicos, pois não estão planejados e assim, sem o planejamento adequado, acaba por ocorrer um maior desequilíbrio ao lidar com a crescente judicialização da saúde. Muitas das decisões judiciais são concedidas por meio de liminares, obrigando a Administração Pública a desembolsar recursos de maneira emergencial, o que compromete o equilíbrio fiscal e a eficiência da gestão pública (Sarlet, 2012). Além disso, o caráter descentralizado do SUS, com divisão de competências entre União, Estados e Municípios, gera disputas sobre a responsabilidade financeira na implementação das decisões judiciais, agravando ainda mais a crise orçamentária do setor (Piovesan, 2013).

Com base na avaliação desses dados, percebe-se uma sobrecarga do município no que tange as demandas de saúde, e uma sobrecarga fiscal. Destacando-se que nos anos anteriores foi o único obrigado a sustentar 15% de todo seu orçamento em gastos com a saúde, visto que em 2022 a União investiu apenas 12% da sua Receita Corrente Líquida (Domingues, 2023).

Dessa forma, é necessário um maior investimento na área saúde, inclusive no que diz respeito as verbas federais. Além disso, conforme Dresch (2016), além da necessidade da instituição de mais verbas, é preciso também a instituição de uma melhor gestão de recursos, pois de nada adiantará ter verbas exorbitantes sem um bom gerenciamento de suas aplicações. Dessa maneira, estabelecer uma saúde pública de qualidade, permitindo a diminuição de demandas judiciais individuais.

4.3 O ativismo judicial também pode auxiliar no equilíbrio entre o financeiro e os direitos individuais?

O Supremo Tribunal Federal (STF) tem buscado equilibrar o direito à saúde com as restrições orçamentárias do Estado, por exemplo, no que tange a demanda de medicamentos de alto custo, foi instituído uma série de requisitos, conforme depreende-se da tese do RE566471:

1. A ausência de inclusão de medicamento nas listas de dispensação do Sistema Único de Saúde - SUS (RENAME, RESME, REMUME, entre outras) impede, como regra geral, o fornecimento do fármaco por decisão judicial, independentemente do custo. 2. É possível, excepcionalmente, a concessão judicial de medicamento registrado na ANVISA, mas não incorporado às listas de dispensação do Sistema Único de Saúde, desde que preenchidos, cumulativamente, os seguintes requisitos, cujo ônus probatório incumbe ao autor da ação: (a) negativa de fornecimento do medicamento na via administrativa, nos termos do item '4' do Tema 1234 da repercussão geral; (b) ilegalidade do ato de não incorporação do medicamento pela Conitec, ausência de pedido de incorporação ou da mora na sua apreciação, tendo em vista os prazos e critérios previstos nos artigos 19-Q e 19-R da Lei nº 8.080/1990 e no Decreto nº 7.646/2011; (c) impossibilidade de substituição por outro medicamento constante das listas do SUS e dos protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas; (d) comprovação, à luz da medicina baseada em evidências, da eficácia, acurácia, efetividade e segurança do fármaco, necessariamente respaldadas por evidências científicas de alto nível, ou seja, unicamente ensaios clínicos randomizados e revisão sistemática ou meta-análise; (e) imprescindibilidade clínica do tratamento, comprovada mediante laudo médico fundamentado, descrevendo inclusive qual o tratamento já realizado; e (f) incapacidade financeira de arcar com o custeio do medicamento.

Para mitigar os impactos financeiros da judicialização, algumas soluções vêm sendo discutidas e efetivadas, por exemplo, foram criados comitês de saúde nos Tribunais de Justiça para analisar previamente as demandas antes de sua judicialização, garantindo que apenas casos realmente necessários sejam levados ao Judiciário (CNJ, 2021).

Pode-se destacar que o Supremo Tribunal Federal (STF) proferiu decisões paradigmáticas sobre o fornecimento de medicamentos, organizou audiências públicas, enquanto o Conselho Nacional de Justiça (CNJ), por meio da Resolução nº 107 de 2010, instituiu o Fórum Nacional do Judiciário para Monitoramento e Resolução das Demandas de Assistência à Saúde – Fórum da Saúde (Casimiro; Souza, 2020).

O CNJ promoveu jornadas de direito à saúde, resultando em enunciados interpretativos, e criou o Núcleo de Apoio Técnico aos Magistrados (NAT-JUS) (Mariano; Furtado; Albuquerque; Pereira, 2018), os quais emitem pareceres sobre o medicamento pleiteado a fim de esclarecer os pontos técnicos necessários a concessão do fármaco. Nesse contexto, o Supremo Tribunal Federal (STF) desempenha um papel fundamental ao estabelecer diretrizes que orientam o equilíbrio entre o direito à saúde e a sustentabilidade financeira do Sistema Único de Saúde (SUS), e assim, adentra no ativismo judicial.

Dentre os temas mais relevantes, destacam-se o Tema 500, que trata do fornecimento de medicamentos não registrados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); o Tema 1234, sobre a legitimidade passiva da União e a competência da Justiça Federal para ações envolvendo medicamentos não padronizados no SUS; e o Tema 793, que define a responsabilidade solidária dos entes federativos na prestação de serviços de saúde.

As decisões do STF nesses casos têm impactos significativos, não apenas no direcionamento das políticas públicas de saúde, mas também na forma como o Poder Judiciário intervém na garantia desse direito fundamental. Este tópico visa explorar essas jurisprudências e analisar como elas moldam o cenário atual da judicialização da saúde no Brasil.

Sob esse prisma, o Tema 500 do Supremo Tribunal Federal (STF) aborda a obrigação do Estado em fornecer medicamentos não registrados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), um tema crucial na judicialização da saúde. No julgamento do Recurso Extraordinário 657718, o STF fixou importantes diretrizes, estabelecendo que, como regra geral, o Estado não pode ser obrigado a fornecer medicamentos sem o devido registro sanitário, exceto em casos excepcionais.

Para que a concessão judicial de medicamentos sem registro seja possível, é necessário que haja demora injustificada da ANVISA no processo de análise, desde que o prazo legal tenha sido ultrapassado, além da existência de pedido de registro no Brasil (com exceção para doenças raras), do registro em renomadas agências internacionais e da inexistência de substituto terapêutico registrado no país. A decisão também definiu que ações dessa natureza devem ser movidas contra a União, a seguir transcrito:

Direito Constitucional. Recurso Extraordinário com Repercussão Geral. Medicamentos não registrados na Anvisa. Impossibilidade de dispensação por decisão judicial, salvo mora irrazoável na apreciação do pedido de registro. 1. Como regra geral, o Estado não pode ser obrigado a fornecer medicamentos não registrados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) por decisão judicial. O registro na Anvisa constitui proteção à saúde pública, atestando a eficácia, segurança e qualidade dos fármacos comercializados no país, além de garantir o devido controle de preços. 2. No caso de medicamentos experimentais, i.e., sem comprovação científica de eficácia e segurança, e ainda em fase de pesquisas e testes, não há nenhuma hipótese em que o Poder Judiciário possa obrigar o Estado a fornecê-los. Isso, é claro, não interfere com a dispensação desses fármacos no âmbito de programas de testes clínicos, acesso expandido ou de uso compassivo, sempre nos termos da regulamentação aplicável. 3. No caso de medicamentos com eficácia e segurança comprovadas e testes concluídos, mas ainda sem registro na ANVISA, o seu fornecimento por decisão judicial

assume caráter absolutamente excepcional e somente poderá ocorrer em uma hipótese: a de mora irrazoável da Anvisa em apreciar o pedido (prazo superior ao previsto na Lei nº 13.411/2016). Ainda nesse caso, porém, será preciso que haja prova do preenchimento cumulativo de três requisitos. São eles: (i) a existência de pedido de registro do medicamento no Brasil (salvo no caso de medicamentos órfãos para doenças raras e ultrarraras); (ii) a existência de registro do medicamento pleiteado em renomadas agências de regulação no exterior (e.g., EUA, União Europeia e Japão); e (iii) a inexistência de substituto terapêutico registrado na ANVISA. Ademais, tendo em vista que o pressuposto básico da obrigação estatal é a mora da agência, as ações que demandem fornecimento de medicamentos sem registro na ANVISA deverão necessariamente ser propostas em face da União. 4. Provimento parcial do recurso extraordinário, apenas para a afirmação, em repercussão geral, da seguinte tese: “1. O Estado não pode ser obrigado a fornecer medicamentos experimentais. 2. A ausência de registro na ANVISA impede, como regra geral, o fornecimento de medicamento por decisão judicial. 3. É possível, excepcionalmente, a concessão judicial de medicamento sem registro sanitário, em caso de mora irrazoável da ANVISA em apreciar o pedido de registro (prazo superior ao previsto na Lei nº 13.411/2016), quando preenchidos três requisitos: (i) a existência de pedido de registro do medicamento no Brasil (salvo no caso de medicamentos órfãos para doenças raras e ultrarraras); (ii) a existência de registro do medicamento em renomadas agências de regulação no exterior; e (iii) a inexistência de substituto terapêutico com registro no Brasil. 4. As ações que demandem fornecimento de medicamentos sem registro na Anvisa deverão necessariamente ser propostas em face da União”(STF - RE: 657718 MG, Relator: MARCO AURÉLIO, Data de Julgamento: 22/05/2019, Tribunal Pleno, Data de Publicação: 09/11/2020)

Essa jurisprudência reflete o esforço do STF em equilibrar o direito à saúde com a segurança dos tratamentos oferecidos, ao mesmo tempo em que tenta conter o impacto financeiro decorrente da judicialização no orçamento público, destacando a complexidade das demandas judiciais no setor da saúde.

Ao condicionar o fornecimento de medicamentos sem registro a critérios rígidos, o STF protege a população contra possíveis riscos associados ao uso de medicamentos sem comprovação de eficácia e segurança, ao mesmo tempo em que assegura o acesso a tratamentos essenciais, especialmente para pacientes com doenças raras ou condições sem alternativas terapêuticas.

O fornecimento indiscriminado de medicamentos não registrados poderia gerar um aumento exponencial nos custos para o Sistema Único de Saúde (SUS), comprometendo o orçamento destinado a outras políticas de saúde pública. A decisão do STF, ao estabelecer critérios claros, busca conter esse impacto, garantindo que o orçamento público seja utilizado de maneira mais eficiente e sustentável.

A decisão reforça a importância do papel da ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, como órgão regulador, reconhecendo a necessidade de um processo técnico e científico para a aprovação de medicamentos, e ao mesmo tempo

pressiona o órgão para que suas análises sejam realizadas dentro dos prazos legais, evitando que a demora prive pacientes de tratamentos essenciais.

Apenas a título de informação, o prazo para aprovação de medicamentos pela ANVISA está definido na Lei nº 13.411/2016, que alterou a Lei nº 6.360/1976 e estabelece os prazos máximos para análise e decisão sobre registros de medicamentos no Brasil. Conforme essa legislação, no art. 17-A, a ANVISA tem até 120 dias para análise de medicamentos prioritários, como aqueles destinados ao tratamento de doenças raras ou sem alternativas terapêuticas, e o prazo máximo de 365 dias para a conclusão da análise dos demais medicamentos. O cumprimento desses prazos é essencial para garantir o acesso tempestivo a tratamentos necessários, e a demora injustificada pode abrir caminho para a intervenção judicial, como estabelecido pelo STF no Tema 500, permitindo o fornecimento de medicamentos ainda não registrados.

Outro aspecto relevante é a determinação de que as ações sejam movidas contra a União, em remédios não registrados na ANVISA, o que centraliza a responsabilidade e facilita a coordenação e o custeio de medicamentos, evitando disputas entre os entes federativos e promovendo maior eficiência no cumprimento das decisões judiciais.

Por sua vez, o Tema 1234 do Supremo Tribunal Federal (STF) trata da legitimidade passiva da União e da competência da Justiça Federal em ações que envolvem o fornecimento de medicamentos registrados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), mas não padronizados no Sistema Único de Saúde (SUS). O STF definiu que tais ações devem ser processadas na Justiça Federal quando o valor anual do tratamento for igual ou superior a 210 salários-mínimos, conforme o Preço Máximo de Venda ao Governo (PMVG) fixado pela Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED).

Também foi determinado que a União deve integrar o polo passivo dessas demandas, sendo responsável pelo custeio integral dos medicamentos, com posterior ressarcimento aos Estados ou ao Distrito Federal, caso tenham suportado o ônus financeiro. A decisão, cuja aplicação foi modulada para valer apenas para ações ajuizadas após a publicação do acórdão de mérito, visa uniformizar o entendimento sobre a responsabilidade no fornecimento de medicamentos de alto custo, proporcionando maior segurança jurídica e eficiência no manejo dos recursos públicos

destinados à saúde, além de evitar conflitos de competência e garantir o acesso adequado aos tratamentos.

A relação entre os dois temas se dá na delimitação das responsabilidades e competências no fornecimento de medicamentos pelo SUS. Enquanto o Tema 500 trata de medicamentos sem registro na ANVISA, estabelecendo a impossibilidade de fornecimento, salvo exceções, e a competência da Justiça Federal com a União no polo passivo, o Tema 1234 refere-se a medicamentos registrados, porém não incorporados ao SUS, definindo critérios de competência jurisdicional baseados no custo do tratamento e a responsabilidade financeira da União. Ambos os temas buscam equilibrar o direito à saúde com a segurança dos tratamentos oferecidos e a sustentabilidade financeira do sistema público de saúde, e refletem a importância do ativismo judicial.

As decisões nos Temas 500 e 1234 complementam-se ao estabelecer diretrizes claras sobre a atuação do Poder Judiciário em questões relacionadas ao fornecimento de medicamentos, considerando aspectos como registro sanitário, incorporação às políticas públicas e repartição de responsabilidades entre os entes federativos.

O Tema 793 do Supremo Tribunal Federal (STF) trata da responsabilidade solidária dos entes federativos na prestação de serviços de saúde, estabelecendo que União, Estados, Distrito Federal e Municípios compartilham o dever de garantir o direito à saúde dos cidadãos. No julgamento do Recurso Extraordinário 855178, o STF fixou a tese de que, embora todos os entes federativos sejam solidariamente responsáveis, o cumprimento das obrigações deve ser direcionado pelo Judiciário conforme as regras de repartição de competências do Sistema Único de Saúde (SUS). Isso significa que, ao determinar o fornecimento de medicamentos ou tratamentos, o juiz deve observar qual ente possui a atribuição específica para fornecer o serviço solicitado, com a possibilidade de posterior ressarcimento entre os entes envolvidos, caso um deles suporte o ônus que originalmente caberia a outro. Essa decisão reforça a ideia de cooperação entre os entes da federação, garantindo o acesso à saúde de maneira eficiente, mas também preservando a organização do SUS e evitando sobrecargas indevidas, contribuindo assim para o equilíbrio financeiro e operacional do sistema.

RECONHECIDA. AUSÊNCIA DE OMISSÃO, CONTRADIÇÃO OU OBSCURIDADE. DESENVOLVIMENTO DO PROCEDENTE. POSSIBILIDADE. RESPONSABILIDADE DE SOLIDÁRIA NAS DEMANDAS PRESTACIONAIS NA ÁREA DA SAÚDE. DESPROVIMENTO DOS EMBARGOS DE DECLARAÇÃO. 1. É da jurisprudência do Supremo Tribunal Federal que o tratamento médico adequado aos necessitados se insere no rol dos deveres do Estado, porquanto responsabilidade solidária dos entes federados. O polo passivo pode ser composto por qualquer um deles, isoladamente, ou conjuntamente. 2. A fim de otimizar a compensação entre os entes federados, compete à autoridade judicial, diante dos critérios constitucionais de descentralização e hierarquização, direcionar, caso a caso, o cumprimento conforme as regras de repartição de competências e determinar o ressarcimento a quem suportou o ônus financeiro. 3. As ações que demandem fornecimento de medicamentos sem registro na ANVISA deverão necessariamente ser propostas em face da União. Precedente específico: RE 657.718, Rel. Min. Alexandre de Moraes. 4. Embargos de declaração desprovidos. (STF - RE: 855178 SE, Relator: LUIZ FUX, Data de Julgamento: 23/05/2019, Tribunal Pleno, Data de Publicação: 16/04/2020) (sic!)

A problemática de onerar alguns entes federativos em detrimento de outros, no contexto do Tema 793 do STF, é especialmente relevante devido à responsabilidade solidária estabelecida entre União, Estados, Distrito Federal e Municípios na prestação de serviços de saúde. Embora o STF tenha reconhecido essa responsabilidade conjunta, também destacou a necessidade de respeitar as competências e atribuições de cada ente dentro do Sistema Único de Saúde (SUS).

Estados e Municípios, por exemplo, frequentemente são compelidos a arcar com despesas de medicamentos de alto custo ou procedimentos complexos, cuja responsabilidade, segundo as normas do SUS, seria da União. Esse cenário gera desequilíbrios orçamentários, comprometendo recursos que poderiam ser destinados a serviços de saúde locais e essenciais. O STF, ao estabelecer no Tema 793 a possibilidade de ressarcimento entre os entes, tentou mitigar essa sobrecarga, determinando que o ente que suportar o ônus financeiro possa ser reembolsado pelo ente responsável.

Entretanto, a execução prática desse ressarcimento nem sempre ocorre de maneira rápida e eficiente, perpetuando o problema. Essa questão evidencia a importância de uma gestão integrada e cooperativa entre os entes federativos, além da necessidade de aprimoramento dos mecanismos de financiamento e compensação dentro do SUS, para evitar que o ônus da judicialização recaia desproporcionalmente sobre aqueles com menor capacidade financeira, comprometendo o acesso equitativo à saúde para toda a população.

A judicialização da saúde, evidenciada nas decisões do Supremo Tribunal

Federal sobre os Temas 500, 1234 e 793, reflete a complexidade de garantir o direito fundamental à saúde em um contexto de recursos limitados e desafios administrativos. O ativismo judicial, nesses casos, surge como uma ferramenta essencial para assegurar que os cidadãos tenham acesso a tratamentos e medicamentos, especialmente quando o poder público não consegue suprir essas demandas de forma tempestiva. No entanto, as decisões do STF também destacam a necessidade de equilíbrio, estabelecendo critérios que protegem a sustentabilidade do Sistema Único de Saúde (SUS) e respeitam as competências dos entes federativos. O papel do Judiciário, portanto, vai além da simples concessão de pedidos; ele molda as políticas de saúde pública, impulsiona melhorias na gestão e garante que o direito à saúde seja efetivamente cumprido, contribuindo para um sistema mais justo, eficiente e acessível a todos.

4.4 A judicialização de medicamentos de alto custo

A judicialização do acesso a medicamentos de alto custo no Brasil tornou-se um dos fenômenos mais emblemáticos da relação entre direito à saúde e Poder Judiciário. Esse processo é impulsionado, sobretudo, pela ineficiência administrativa e pela ausência de políticas públicas eficazes para suprir integralmente as demandas terapêuticas da população, especialmente no tocante aos fármacos que não constam na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME).

A Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) é o principal instrumento norteador da Política Nacional de Assistência Farmacêutica no Brasil. Criada por meio da Portaria nº 2.577/2006 do Ministério da Saúde e atualizada periodicamente, a RENAME tem como objetivo listar os medicamentos considerados essenciais para atender às necessidades prioritárias de saúde da população brasileira, com base em critérios de eficácia, segurança, qualidade e custo-efetividade.

Como aponta Aquino (2017), grande parte das ações judiciais visa compelir o Estado a fornecer medicamentos cuja aquisição, por via administrativa, restou inviável, especialmente em razão do alto custo e da ausência de previsão orçamentária e cuja previsão não está incluída na referida lista.

Com base em dados recentes divulgados pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA, 2024), a dimensão financeira da judicialização do acesso a medicamentos de alto custo evidencia-se de forma ainda mais expressiva: em 2023,

aproximadamente 32,9% dos gastos dos estados brasileiros com medicamentos foram destinados exclusivamente ao cumprimento de decisões judiciais.

Esse percentual representa quase um terço dos recursos orçamentários estaduais destinados à assistência farmacêutica, comprometendo significativamente o planejamento e a execução de políticas públicas estruturadas e de amplo alcance (IPEA, 2024). Além disso, constatou-se que 58,7% dos municípios também enfrentaram despesas decorrentes de ações judiciais na área da saúde, sendo que, em média, 8,4% de seus gastos com medicamentos foram consumidos por determinações judiciais (IPEA, 2024).

Esses dados reforçam a percepção de que a judicialização, embora necessária em muitos casos para garantir o acesso individual a tratamentos essenciais, tem gerado impacto desproporcional nas finanças públicas, tornando urgente o aperfeiçoamento dos mecanismos administrativos e normativos que orientam a assistência farmacêutica no país.

A crescente demanda judicial por medicamentos fora da RENAME compromete a previsibilidade orçamentária e desafia a sustentabilidade do sistema, ao priorizar decisões casuísticas em detrimento da equidade coletiva.

Nesse contexto, a judicialização de medicamentos de alto custo representa, simultaneamente, uma via de efetivação de direitos e um sinal de alerta sobre a necessidade de aperfeiçoamento das políticas públicas e do diálogo interinstitucional entre os Poderes, como já sugerido por experiências como os Núcleos de Apoio Técnico ao Judiciário (NAT-Jus) e os Comitês Estaduais de Saúde.

4.4.1 Maria Júlia e o remédio Zolgensma

Maria Julia, uma criança diagnosticada com Atrofia Muscular Espinhal (AME), CID 10: G 12.0, tornou-se símbolo de esperança e mobilização ao enfrentar o alto custo do tratamento com o *Onasemnogene Apeparvovec* (Zolgensma), considerado o medicamento mais caro do mundo. Este remédio revolucionário, aplicado em dose única, é crucial para interromper a progressão dessa doença rara que atrapalha.

Conforme informa o Ministério da Saúde, a doença é degenerativa, passada de pais para filhos e que interfere na capacidade do corpo de produzir uma proteína essencial para a sobrevivência dos neurônios motores, responsáveis pelos

gestos voluntários vitais simples do corpo, como respirar, engolir e se mover.

Em um caso emblemático (Reclamação Constitucional nº 62.049-CEARÁ), o ministro do STF determinou que a União fornecesse o Zolgensma a uma criança nordestina, reforçando a importância de decisões judiciais nesse contexto, mas o remédio foi concedido apenas porque obedeceu aos parâmetros necessários para a concessão do medicamento que durante o trâmite processual acabou por ser incorporado ao SUS por meio da Portaria SCTIE/MS Nº 172, de 6 de dezembro de 2022.

Conforme narra em suas redes sociais (@amejuliamaria), perfil aberto ao público, a partir da primeira semana de aplicação, a criança já teve os primeiros resultados.

Atualmente, o remédio custa aproximadamente 2,91 milhões, e aguarda análise do pedido de reconsideração do valor, conforme definida pela Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED), mas à época do caso o valor era de aproximadamente R\$ 6 milhões, conforme informação disponibilizado na matéria do G1, escrita por Marina Pagno (2023).

Em uma primeira tentativa, a Reclamação nº 52.972, julgada pelo STF, de relatoria do Ministro André Mendonça, envolveu o pedido de fornecimento do medicamento Zolgensma a Júlia Maria Silva Freitas, portadora de AME tipo 1. Apesar da urgência e do reconhecimento da gravidade do caso, o Tribunal negou seguimento ao pedido, considerando a existência de alternativas terapêuticas fornecidas pelo SUS, como o Nusinersena e o Ridisplam, devidamente fundamentos em laudo médico pericial. A decisão baseou-se na ausência de comprovação de superioridade do Zolgensma, destacando a necessidade de ponderação entre o direito à saúde individual e a sustentabilidade do sistema público de saúde.

Da decisão acima, cabe destacar uma verdadeira dança processual, devido a urgência do caso, a Reclamação Constitucional foi reconhecida, mesmo que não tivesse sido esgotadas todas as instâncias, contrapondo ao art. 988, § 5º, inc. II, do Código de Processo Civil, onde disciplina a apresentação da Reclamação apenas “§ 5º É inadmissível a reclamação: (...) quando não esgotadas as instâncias ordinárias”, revelando um verdadeiro ativismo judicial em busca de resguardar o direito à vida da menor.

Essa decisão evidencia pontos de ativismo judicial ao superar formalidades processuais, como o requisito do esgotamento de instâncias ordinárias, para analisar

o mérito diante da urgência e do direito fundamental à saúde. Por outro lado, a decisão de não conceder o Zolgensma destaca o debate sobre os limites do ativismo judicial. O STF, apesar de reconhecer a gravidade do caso, adotou postura restritiva, priorizando a política pública de saúde e o orçamento estatal. O Tribunal argumentou que o SUS já oferecia alternativas terapêuticas, evitando impor ao Estado custos elevados sem comprovação de eficácia superior do Zolgensma, refletindo a tensão entre o direito à saúde individual e o dever do Judiciário de respeitar políticas públicas e recursos limitados.

A decisão transitou em julgado no dia 04/06/2022.

Posteriormente, por meio da Reclamação nº 62.049, julgada pelo Ministro Cristiano Zanin, tratou do fornecimento do medicamento Zolgensma para Júlia Maria Silva Freitas, portadora de AME tipo 1. A decisão cassou entendimento anterior do STJ, destacando a urgência do caso, a idade limite da paciente para o uso do medicamento e o fato de que o fármaco já havia sido adquirido. O Ministro enfatizou o direito fundamental à saúde e à vida, considerando o Zolgensma mais eficaz que o tratamento oferecido pelo SUS, determinando o imediato fornecimento do remédio.

A paciente, Júlia, corria risco de perder o direito ao medicamento Zolgensma devido ao tempo processual, já que a infusão estava agendada e o remédio adquirido. Inicialmente deferida pelo Ministro Og Fernandes, a liminar foi revogada pelo Ministro Francisco Falcão após agravo da União, sob o argumento de supressão de instância, desconsiderando a urgência do caso e a idade limite da paciente, que ia completar dois anos.

A decisão do Ministro Cristiano Zanin evidencia ativismo judicial ao priorizar o direito à saúde sobre formalidades processuais, como o esgotamento de instâncias, justificando-se pela urgência do caso e risco de perecimento do direito. O ativismo manifesta-se ao garantir o fornecimento do Zolgensma, mesmo diante de discussões sobre seu alto custo e eficácia, baseando-se na dignidade humana, na vulnerabilidade da paciente e na preexistência de aquisição do medicamento, atuando além da mera interpretação da lei para assegurar direitos fundamentais. O processo transitou em julgado dia 31/10/2023.

Mais do que um relato comovente, o caso provoca reflexões profundas sobre o acesso a medicamentos de alto custo, o papel do sistema de saúde e a urgência de políticas que garantam tratamento igualitário a todos os pacientes, independentemente de sua condição financeira.

Além do impacto social, a jornada de Maria Julia impulsiona debates jurídicos sobre o direito à saúde, frequentemente levando famílias à judicialização para assegurar o fornecimento de medicamentos pelo Estado.

5 ALTERNATIVAS PARA A DESJUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE: DIÁLOGOS ENTRE OS ÓRGÃOS DO PODER PÚBLICO

Em Minas Gerais, a política de desjudicialização da saúde vem sendo estruturada com base em marcos normativos que fortalecem a atuação administrativa consensual. A Lei Estadual nº 23.172, de 2018 estimula a utilização de meios autocompositivos para a prevenção de conflitos entre o Estado e particulares, enquanto a Lei Complementar nº 151, de 2019 disciplina a estrutura da Advocacia-Geral do Estado (AGE-MG), conferindo-lhe atribuições voltadas à promoção de soluções extrajudiciais para demandas envolvendo a Administração Pública.

Entre as principais medidas adotadas, destaca-se a atuação da Câmara de Prevenção e Resolução Administrativa de Conflitos (CPRAC), que permite à AGE-MG deliberar pela não propositura, não contestação ou desistência de ações judiciais, priorizando alternativas como a conciliação, mediação e acordos administrativos, inclusive no âmbito de demandas relacionadas à saúde pública (Castro *et al.*, 2024).

Essa iniciativa representa um exemplo exitoso de governança interinstitucional, demonstrando que a articulação entre órgãos jurídicos e administrativos pode resultar em respostas mais céleres, técnicas e equitativas às demandas sociais, especialmente na área da saúde.

A experiência mineira evidencia que é possível reduzir a judicialização sem comprometer o acesso ao direito à saúde, mas, ao contrário, fortalecendo-o por meio de canais administrativos eficientes e transparentes.

É legítimo afirmar que essa prática institucional pode e deve servir de referência para outros entes federativos, contribuindo para a construção de um modelo de gestão pública orientado por prevenção de litígios, racionalidade de recursos e efetividade de direitos fundamentais.

Com base nas diretrizes constitucionais e normativas vigentes, observa-se um movimento crescente em diversas unidades federativas no sentido de promover a desjudicialização das demandas em saúde por meio de mecanismos alternativos de resolução de conflitos, notadamente a mediação (Castro *et al.*, 2024). Regulada pela Lei nº 13.140/2015, a mediação se estabelece como instrumento técnico e imparcial, capaz de fomentar soluções consensuais entre as partes, sem imposição de decisões externas (CASTRO *et al.*, 2024). A iniciativa não apenas se mostra compatível com o art. 5º, inciso XXXV, da Constituição Federal, que garante o acesso à justiça, como

também se alinha à Política Nacional Judicial, instituída pela Resolução nº 127 do CNJ, que reforça a conciliação como via legítima e eficaz (CASTRO et al., 2024). Nesse cenário, experiências práticas, como as descritas por Delduque e Castro (2015), revelam que a atuação conjunta de juízes, promotores, defensores públicos e advogados tem viabilizado soluções mais rápidas e menos onerosas no âmbito do SUS, ao permitir que conflitos entre usuários e gestores de saúde sejam resolvidos administrativamente, sem necessidade de judicialização. Logo, uma estratégia promissora para equilibrar a proteção dos direitos fundamentais com a sustentabilidade da gestão pública em saúde.

Uma alternativa é proposta por Casimiro e Sousa (2020) em relação a criação da tutela administrativa sanitária como solução viável para mitigar esses impactos. Essa tutela representa o poder-dever da Administração Pública de atuar preventivamente e resolver administrativamente questões relacionadas ao direito à saúde, reduzindo a necessidade de ações judiciais (Casimiro; Souza, 2020).

A importância desse novo arranjo institucional busca promover uma interação mais colaborativa entre o Poder Judiciário e os poderes políticos, adotando teorias dialógicas que flexibilizam a rigidez da separação de poderes, possibilitando um diálogo efetivo entre as instituições estatais para a proteção dos direitos fundamentais, conforme analisado por Brandão (2022).

Essa tutela consiste na criação de um órgão independente e autônomo, mas vinculado ao SUS, que atuaria preventivamente para analisar, mediar e solucionar controvérsias relacionadas ao fornecimento de tratamentos e medicamentos. Ao adotar técnicas de negociação e conciliação, esse órgão garantiria decisões vinculantes, baseadas em critérios técnicos e orçamentários, reduzindo a intervenção judicial (Casimiro; Souza, 2020).

A proposta se destaca por reforçar o papel da Administração como protagonista na implementação do direito à saúde, promovendo maior eficiência, controle de gastos e acesso democrático aos serviços de saúde (Casimiro; Souza, 2020). Além disso, possibilita um diálogo mais direto com os cidadãos, educando-os sobre a viabilidade de resolver demandas administrativamente, o que contribui para a cultura da desjudicialização (Casimiro; Souza, 2020). Assim, a tutela administrativa sanitária surge como um mecanismo capaz de equilibrar o atendimento individual e a gestão coletiva, assegurando que o direito à saúde seja protegido sem comprometer a sustentabilidade do SUS, ainda evidencia que “a tutela administrativa sanitária é

concebida como o poder-dever administrativo que conduz à proteção da saúde, por intermédio da análise e avaliação de questões problemáticas” (Casimiro; Sousa, 2020, p. 622).

A criação de diretrizes claras, protocolos e uma comunicação contínua entre o órgão administrativo e o Judiciário pode garantir que casos urgentes sejam tratados com prioridade, sem sobrecarregar o sistema, ou seja, há grande potencial entre o diálogo institucional desses Órgãos. Além disso, a utilização de recursos tecnológicos, como plataformas digitais para acompanhamento de processos administrativos de saúde, poderia facilitar esse diálogo e proporcionar mais transparência.

“Logo, a articulação entre diferentes instituições e órgãos responsáveis pelas políticas públicas de saúde é essencial para uma decisão estatal final resolutiva, razão pela qual novos arranjos institucionais, experiências interinstitucionais são canais de aprimoramento entre os poderes do Estado, pois ampliam a compreensão e solução de conflitos em saúde. De fato, a atividade de planejamento racional e das demandas existentes na sociedade, somente pode ocorrer com êxito através do diálogo entre os Poderes Executivos e Judiciário, almejando-se a solução mais adequada para a judicialização de políticas públicas. (Brandão, 2022)”

Acerca da desjudicialização da saúde, merece destaque também o voto do ministro Luís Roberto Barroso no julgamento do Recurso Extraordinário nº 657.718/MG, em 2019, representando um importante marco na construção de uma postura institucional mais equilibrada diante da crescente judicialização da saúde, pois ressalta a necessidade de um diálogo técnico e interinstitucional entre o Judiciário e os especialistas da área da saúde, como os Núcleos de Assessoramento Técnico (NATs), os profissionais do SUS e a CONITEC, de modo a assegurar que as decisões judiciais respeitem critérios clínicos, sanitários e orçamentários (Castro et al., 2024).

É necessário construir um modelo de responsabilização compartilhada, em que os direitos fundamentais sejam garantidos com racionalidade, justiça distributiva e respeito à separação e harmonia entre os Poderes, destacando papel importante da conciliação no âmbito do Poder Público, respaldado por órgãos técnicos como os Núcleos de Assessoramento Técnico.

Com isso, é fundamental compreender que, para assegurar a efetividade do direito à saúde para toda a população, não basta apenas ampliar investimentos em serviços de saúde ou na distribuição de medicamentos. É necessário garantir o financiamento de políticas públicas que atuem sobre os múltiplos fatores

determinantes das condições de saúde, abrangendo tanto os aspectos individuais quanto coletivos. O SUS desempenha um papel essencial nesse processo, porém, a atuação do Estado deve ser mais ampla e integrada, abordando a saúde de forma intersetorial e preventiva.

Para auxiliar, Buss e Pellegrini Filho (2007), ensina que uma abordagem mais ampla sobre os determinantes sociais da saúde deve considerar quatro níveis de políticas públicas:

- a) 1º nível: Políticas que abordam fatores comportamentais e estilos de vida, com ações em âmbito nacional.
- b) 2º nível: Políticas voltadas à garantia de redes de apoio, por meio de iniciativas e ações coletivas.
- c) 3º nível: Políticas que incidem sobre as condições materiais e psicossociais em que as pessoas vivem e trabalham, abrangendo aspectos como acesso à água potável, saneamento básico, moradias adequadas, alimentação saudável, oportunidades de emprego, ambientes laborais seguros, além de serviços de saúde e educação de qualidade.
- d) 4º nível: Políticas macroeconômicas, abrangendo mercado de trabalho, proteção ambiental, além de iniciativas que promovam uma cultura de paz e solidariedade.

Ou seja, a garantia do direito à saúde, assegurada pela Constituição Federal de 1988, deve ser efetivada por meio da formulação de políticas sociais e econômicas que visem à redução dos riscos que levam os indivíduos ao adoecimento e a outras condições prejudiciais à saúde, além de assegurar o acesso a bens e serviços de saúde (Vieira, 2020). Contudo, o Poder Judiciário, por si só, não seria capaz de abarcar e avaliar todos os níveis necessários para a formulação e implementação dos critérios que orientam essas políticas.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise desenvolvida ao longo deste trabalho evidencia que a judicialização da saúde no Brasil é expressão tanto da força normativa da Constituição de 1988 quanto das limitações estruturais, financeiras e gerenciais do Estado em garantir o pleno exercício do direito à saúde. A consagração desse direito como fundamental e social impôs ao Poder Público um dever de prestação positiva, cuja concretização, entretanto, tem esbarrado em obstáculos históricos e operacionais, como a má gestão de recursos, a desigualdade regional e a ausência de políticas públicas efetivas e preventivas.

A atuação do Poder Judiciário — notadamente por meio do ativismo judicial — tem representado importante mecanismo de correção de omissões estatais, especialmente quando está em jogo o mínimo existencial, a dignidade da pessoa humana e o direito à vida. A jurisprudência construída pelo Supremo Tribunal Federal (nos Temas 500, 793 e 1234) mostra que o Judiciário tem buscado equilibrar a garantia de direitos individuais com a sustentabilidade do Sistema Único de Saúde (SUS), fixando critérios objetivos para a concessão de medicamentos de alto custo e delimitando a responsabilidade solidária dos entes federativos.

Embora necessária em muitos casos, a judicialização não pode ser compreendida como solução estrutural ou substitutiva da formulação de políticas públicas. O ativismo judicial, quando exercido com prudência e base técnica, cumpre função garantidora; mas sua expansão desordenada pode comprometer a equidade do sistema, favorecer demandas individualizadas em detrimento do coletivo e agravar desequilíbrios financeiros entre os entes federativos.

A complexidade do problema é acentuada pelo modelo federativo brasileiro, que atribui responsabilidades concorrentes aos entes da federação na promoção da saúde. A ausência de critérios uniformes e a fragmentação na gestão do SUS tornam frequentes os conflitos de competência e os repasses financeiros desequilibrados. Municípios com baixa capacidade orçamentária acaba sobrecarregados por decisões judiciais que impõem despesas que, em tese, seriam de responsabilidade estadual ou federal. Esse desequilíbrio exige atenção institucional urgente.

Além disso, o fenômeno da judicialização reflete uma profunda crise de confiança na efetividade das políticas públicas. O recurso ao Judiciário torna-se a via preferencial não apenas por sua função garantista, mas também pela ausência de

canais administrativos confiáveis, céleres e tecnicamente qualificados para resolver controvérsias de acesso a medicamentos e tratamentos. Tal situação fragiliza a legitimidade do Executivo e acentua o protagonismo judicial em matérias sensíveis à governança pública.

Por isso, é necessário afirmar que a judicialização da saúde deve ser compreendida como um fenômeno multifatorial e não como anomalia isolada. Ela expressa a tensão entre o ideal de justiça distributiva, a limitação dos recursos estatais e a função contramajoritária do Poder Judiciário. A resposta a esse dilema não pode ser a retração judicial, mas a construção de modelos mais eficazes de governança, que incluam instâncias técnicas, instrumentos de mediação e instâncias administrativas vinculantes e confiáveis, como a tutela administrativa sanitária.

Essas propostas não significam o esvaziamento do controle judicial, mas sim sua racionalização. A substituição de decisões judiciais casuísticas por resoluções técnico-administrativas amparadas em evidência científica e critérios de justiça distributiva é compatível com os princípios do Estado Democrático de Direito e com a necessidade de proteger o coletivo sem inviabilizar o individual. Isso implica também um novo papel para o Judiciário: menos interventor, mais indutor de soluções interinstitucionais e promotor da eficiência pública.

É nesse contexto que se deve compreender o papel estratégico de instrumentos como os NAT-Jus, os comitês técnicos estaduais e os fóruns intersetoriais liderados pelo Conselho Nacional de Justiça. Essas iniciativas representam não apenas mecanismos auxiliares do Judiciário, mas autênticos laboratórios de inovação institucional, capazes de formular diretrizes, uniformizar decisões e orientar os magistrados na tomada de decisões complexas, como o fornecimento de medicamentos de altíssimo custo.

A experiência emblemática do caso Maria Júlia, analisada neste trabalho, revela que mesmo diante da excepcionalidade, é possível compatibilizar proteção judicial com responsabilidade orçamentária, desde que haja clareza nos critérios, celeridade processual e sensibilidade institucional. Esse caso também lança luz sobre a urgência de consolidar um marco normativo nacional que discipline a incorporação, o custeio e o fornecimento de medicamentos excepcionais, com previsão legal expressa e processos administrativos vinculantes, evitando a fragmentação decisória atual.

Diante disso, conclui-se que a garantia plena do direito à saúde exige mais

do que a via judicial. Requer um Estado capaz de formular políticas públicas baseadas em evidências, comprometido com a equidade distributiva e atento aos determinantes sociais da saúde. Exige também um Judiciário que compreenda seus limites, mas que não se omita diante da urgência e da injustiça.

Nesse cenário, é possível vislumbrar diversas frentes para futuras pesquisas, que poderão aprofundar aspectos centrais tratados nesta monografia. Um dos campos mais promissores consiste na análise empírica da efetividade dos Núcleos de Apoio Técnico do Judiciário (NAT-Jus) e dos comitês interinstitucionais estaduais. Investigações comparadas entre diferentes unidades da federação podem mapear boas práticas, gargalos operacionais e potenciais de institucionalização dessas experiências no âmbito nacional, com vistas à construção de diretrizes uniformes para o enfrentamento da judicialização da saúde.

Outro eixo relevante de investigação diz respeito ao perfil socioeconômico dos demandantes em ações judiciais por medicamentos. Ao identificar quem são os principais beneficiários da judicialização, será possível avaliar se o fenômeno tem promovido justiça social ou, ao contrário, ampliado desigualdades no acesso a tratamentos de alto custo. A correlação entre judicialização e seletividade social é tema sensível, que exige maior aprofundamento por meio de estudos de caso e dados estatísticos consolidados.

Além disso, com o avanço das tecnologias digitais, merece destaque o papel emergente da inteligência artificial no apoio à tomada de decisões em saúde. Pesquisas futuras podem investigar como sistemas preditivos e plataformas baseadas em evidência científica vêm sendo utilizados por magistrados na apreciação de pedidos de medicamentos e tratamentos, e quais os impactos éticos e operacionais dessa incorporação tecnológica no processo judicial.

Também se mostra de grande interesse o estudo comparado de modelos internacionais de judicialização da saúde, especialmente em países que adotam sistemas públicos universais semelhantes ao SUS, como Reino Unido, Canadá e Espanha. A partir dessa análise, será possível extrair boas práticas de governança interinstitucional e de gestão de medicamentos excepcionais, com potencial de aplicação no contexto brasileiro.

Por fim, destaca-se a necessidade de investigar a viabilidade jurídica e institucional de um novo órgão técnico voltado à resolução administrativa de conflitos em saúde, nos moldes da tutela administrativa sanitária aqui mencionada. O desenho

institucional desse ente — sua composição, forma de vinculação ao SUS, competência decisória e integração com o Judiciário — pode ser objeto de estudo específico, com potencial de influenciar a formulação de propostas legislativas futuras. Tais pesquisas, em conjunto, contribuirão para a consolidação de uma política pública de saúde mais técnica, eficiente e sensível à equidade, reduzindo a excessiva judicialização e promovendo a efetividade dos direitos fundamentais no Brasil contemporâneo.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Lista de conformidade de preços de medicamentos – fevereiro de 2022**. Disponível em: https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/medicamentos/cmmed/precos/arquivos/lista_conformidade_gov_2022_02_v1.pdf. Acesso em: 7 fev. 2025.

AME Julia Maria. *Instagram: @amejuliamaria*. Disponível em: <https://www.instagram.com/amejuliamaria/>. Acesso em: 17 fev. 2025.

BARROSO, Luís Roberto. **A dignidade da pessoa humana no direito constitucional contemporâneo: a construção de um conceito jurídico à luz da jurisprudência mundial**. Belo Horizonte: Fórum, 2014.

BONAVIDES, Paulo. **Curso de direito constitucional**. 15. ed. São Paulo: Malheiros, 2004.

BRAGA, José C.S.; PAULA, Sergio G. **Saúde e previdência, estudos de política social**. São Paulo: Hucitec, 1986;

BRANDÃO, Paula Marques. **Aplicação da teoria dos diálogos institucionais na mediação das demandas judiciais de saúde urbana como forma de concretização das funções sociais da cidade: análise das Câmaras de Conciliação em matéria de saúde no âmbito do Rio de Janeiro no ano de 2019-2020**. 2022. 150 f. Dissertação (Mestrado em Direito da Cidade) – Faculdade de Direito, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022.

BRASIL DE FATO. **Desafio para o próximo governo: Bolsonaro cortou 50% de recursos da área da saúde para 2023**. São Paulo, 2022. Disponível em: <https://www.brasildefato.com.br/2022/11/10/desafio-para-o-proximo-governo-bolsonaro-cortou-50-de-recursos-da-area-da-saude-para-2023>. Acesso em: 03 fev. 2025.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 5 out. 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 12 dez. 2025.

BRASIL. **Governo Federal investiu mais de R\$ 540 bilhões para o enfrentamento da pandemia no Brasil**. Brasília, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/dezembro/governo-federal-investiu-mais-de-r-540-bilhoes-para-o-enfrentamento-da-pandemia-no-brasil>. Acesso em: 03 fev. 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. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em:

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 1 jan. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atrofia Muscular Espinhal (AME)**. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/a/ame>. Acesso em: 17 fev. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria SCTIE/MS nº 172**, de 7 de dezembro de 2022. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sctie/2022/prt0172_07_12_2022.html. Acesso em: 17 fev. 2025.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **RE 657.718/MG** – Repercussão Geral. Relator: Ministro Alexandre de Moraes. Brasília, DF, 22 maio 2019. Disponível em: <https://jurisprudencia.stf.jus.br>. Acesso em: 12 fev. 2025.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Reclamação 52.972/CE**, Relator: Ministro André Mendonça, julgado em 09 de maio de 2022. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/stf/1496036607/inteiro-teor-1496036617>. Acesso em: 17 fev. 2025.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Reclamação 62.049/CE**, Relator: Ministro Cristiano Zanin, julgado em 04 de setembro de 2023. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/stf/1992291607>. Acesso em: 17 fev. 2025.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Recurso Extraordinário 1.165.959/SP (Tema 1234)**. Relator: Min. Alexandre de Moraes. Brasília, DF, julgado em 26 maio 2023. *Diário da Justiça Eletrônico*, 6 set. 2023. Disponível em: <https://jurisprudencia.stf.jus.br>. Acesso em: 1 de janeiro de 2025.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Recurso Extraordinário 657718/MG (Tema 500)**. Relator: Min. Marco Aurélio. Brasília, DF, julgado em 22 maio 2019. *Diário da Justiça Eletrônico*, 9 nov. 2020. Disponível em: <https://jurisprudencia.stf.jus.br>. Acesso em: 1 de janeiro de 2025.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Recurso Extraordinário 855178/SE (Tema 793)**. Relator: Min. Luiz Fux. Brasília, DF, julgado em 23 maio 2019. *Diário da Justiça Eletrônico*, 16 abr. 2020. Disponível em: <https://jurisprudencia.stf.jus.br>. Acesso em: 1 de janeiro de 2025.

BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/msNmfGf74RqZsbpKYXxNKhm/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 8 de janeiro de 2025.

CAMPOS, Carlos Alexandre de Azevedo. A evolução do ativismo judicial na Suprema Corte Norte-Americana. *Revista do Ministério Público do Rio de Janeiro*, Rio de Janeiro, n. 60, p. 59-117, 2016. Disponível em: https://www.mprj.mp.br/documents/20184/1272607/Carlos_Alexandre_de_Azevedo_Campos.pdf. Acesso em: 15 de dezembro de 2024.

CARDOSO, Antônio Manoel Bandeira. A Magna Carta – conceituação e antecedentes. **Revista de Informação Legislativa**, Brasília, ano 23, n. 91, jul./set. 1986. Disponível em: <https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/182020/000113791.pdf>. Acesso em: 12 dez. 2024.

CARNEIRO, João Paulo de Souza. Efetivação judicial do direito à saúde no Brasil: uma breve reflexão à luz do “modelo de direitos fundamentais sociais” de Robert Alexy. **Revista da ESMESC**, v. 20, n. 26, 2013.

CASTRO, Maria Cecília de Almeida et al. Desjudicialização da saúde e diálogos interinstitucionais em Minas Gerais: a análise do Acordo de Cooperação Técnica para a gestão dos medicamentos Ranibizumabe e Aflibercept. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, Brasília, v. 13, n. 3, p. 83–103, jul./set. 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.17566/ciads.v13i3.1253>. Acesso em: 21 de junho de 2025.

CARTWRIGHT, Mark. **Formas de Governo da Grécia Antiga**. Tradução de Gabriela Iramina Gomes. Publicado em 20 mar. 2018. Disponível em: <https://www.worldhistory.org/trans/pt/1-11753/formas-de-governo-da-grecia-antiga/>. Acesso em: 17 fev. 2025.

CASIMIRO, Ligia Maria Silva Melo de; SOUZA, Thanderson Pereira de. A tutela do direito à saúde pela Administração Pública: delineando o conceito de tutela administrativa sanitária. **Revista de Investigações Constitucionais**, Curitiba, v. 7, n. 2, p. 601-629, maio/ago. 2020. DOI: 10.5380/rinc.v7i2.71320.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA (CNJ). **Relatório sobre a Judicialização da Saúde no Brasil**. Brasília: CNJ, 2021. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2021/12/relatorio-judicializacao-saude-2021.pdf>. Acesso em: 12 fev. 2025.

COSTA, Luís César Amad; MELLO, Leonel Itaussu A. **História Geral e do Brasil: da Pré-História ao Século XXI**. São Paulo: Scipione, 2008.

CUT. **Governo Bolsonaro volta a cortar bilhões da saúde e compromete o Farmácia Popular**. São Paulo, 2022. Disponível em: <https://www.cut.org.br/noticias/governo-bolsonaro-volta-a-cortar-bilhoes-da-saude-e-compromete-o-farmacia-popula-936d>. Acesso em: 3 fev. 2025.

DIMOULIS, Dimitri; MARTINS, Leonardo. **Teoria geral dos direitos fundamentais**. 3. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2011.

DOMINGUEZ, Bruno. **Saúde sob novo teto?** 2023. Disponível em: <https://radis.ensp.fiocruz.br/reportagem/financiamento/saude-sob-novo-teto/#:~:text=No%20caso%20da%20Sa%C3%BAde%2C%20voltou,12%25%20da%20receita%20corrente%20I%C3%ADquida>. Acesso em: 16 dez. 2024.

ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA. *Constituição (1789)*. Constituição Federal, de

1789. **A Constituição dos Estados Unidos da América. Estados Unidos**, 15 dez. 1971. Disponível em: <https://www.uel.br/pessoal/jneto/gradua/historia/reccida/ConstituicaoEUARecDidaPESSOALJNETO.pdf>. Acesso em: 15 dez. 2024.

FERNANDES, Bernardo Gonçalves. **Curso de direitos fundamentais**. São Paulo: Editora Método, 2008.

GOMES, Luiz Flávio. O STF está assumindo um ativismo judicial sem precedentes?. **Revista Jus Navigandi**, ISSN 1518-4862, Teresina, ano 14, n. 2164, 4 jun. 2009. Disponível em: . Acesso em: 25 set. 2019.

GRIN, Eduardo José. Regime de Bem-estar Social no Brasil: três períodos históricos, três diferenças em relação ao modelo europeu social-democrata. **Cadernos Gestão Pública e Cidadania**, São Paulo, v. 18, n. 63, p. 186-204, jul. 2013.

HAMILTON, Sergio Demoro. O habeas corpus contra ato de particular. **Revista da EMERJ**, v. 8, n. 32, p. 99, 2005. Disponível em: https://www.emerj.tjrj.jus.br/revistaemerj_online/edicoes/revista32/Revista32_99.pdf. Acesso em: 15 de dezembro de 2024.

INSTITUTO DE ESTUDOS PARA POLÍTICAS DE SAÚDE (IEPS). **Saúde: PLOA 2024 cresceu 46% em relação ao PLOA 2023**. São Paulo, 2023. Disponível em: <https://ieps.org.br/saude-ploa-2024-cresceu-46-em-relacao-ao-ploa-2023/>. Acesso em: 3 fev. 2025.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). **Judicialização corresponde a quase 33% dos gastos em medicamentos de estados brasileiros. Brasília, 16 maio 2024**. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/portal/categorias/45-todas-as-noticias/noticias/15830-judicializacao-corresponde-a-quase-33-dos-gastos-em-medicamentos-de-estados-brasileiros>. Acesso em: 4 jul. 2025.

JOTA. **Orçamento da saúde sofre cortes que podem chegar a R\$ 60 bilhões**. Brasília, 2022. Disponível em: <https://www.jota.info/tributos-e-empresas/saude/orcamento-da-saude-sofre-cortes-que-podem-chegar-a-r-60-bilhoes>. Acesso em: 3 fev. 2025.

LOCKE, John. **Segundo tratado sobre o governo civil**. Tradução de Magda Lopes e Marisa Lobo da Costa. Petrópolis: Vozes, 1994.

MARIANO, Cynara Monteiro; FURTADO, Emanuel Teófilo; ALBUQUERQUE, Felipe Braga; PEREIRA, Fabrícia Helena Linhares Coelho da Silva. Diálogos sanitários interinstitucionais e a experiência de implantação do NAT-JUS. **Revista de Investigações Constitucionais**, Curitiba, v. 5, n. 1, p. 169–188, jan./abr. 2018. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/rinc/article/view/56027/35009>. Acesso em: 7 jan. 2025.

MARINONI, Luiz Guilherme. **Teoria Geral do Processo**. 4. ed. São Paulo: Revista

dos Tribunais. 2010.

MARK, Joshua J. **A lei no Antigo Egito**. Tradução de Maria Fernanda Gonzalez. Publicado em: 2 out. 2017. Disponível em: <https://www.worldhistory.org/trans/pt/1-16346/a-lei-no-antigo-egito/>. Acesso em: 17 fev. 2025.

MÉDICI, Andre C. Financiamento da saúde. **Boletín de la Oficina Sanitária Panamericana**, Washington, v. 103, n. 6, p. 571-598, 1987.

MOREIRA, Renan de Fraga. **Separação dos poderes e o controle externo do Judiciário: análise crítica do sistema brasileiro**. 2023. Dissertação (Mestrado em Direito) – Universidade do Vale do Rio dos Sinos, São Leopoldo, 2023.

NEVES, Marcelo. **Transconstitucionalismo**. 1. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2009.

NOVELINO, Marcelo. **Direito constitucional**. 3. ed. São Paulo: Editora Método, 2009.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antonio. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, [S.l.], v. 21, n. 1, p. 15–36, mar. 2014.

FapUNIFESP (SciELO). Disponível em:

https://fundacaoofhc.org.br/linhasdotempo/saude/?psafe_param=1&gad_source=1&gclid=CjwKCAiAtYy9BhBcEiwANWQQLyEcpy5e5uTpTSYGzFist6Mp3e5PjyQKhLWX08I2rK5uryvO5nhmwBoC-XYQAvD_BwE. Acesso em: 2 fev. 2025.

NUNES, Everardo Duarte. A concepção de saúde e doença: a história em questão. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 24, n. 6, p. 477–486, 1990. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/jSj9cfJhsNcjyBfG3xDbyfN/>. Acesso em: 21 jun. 2025.

PIOVESAN, Flávia. **Direitos humanos e o direito constitucional internacional**. 16. ed. São Paulo: Saraiva, 2013.

PODER360. **Saúde terá disponível R\$ 17 bi não usados na pandemia**. Brasília, 2023. Disponível em: <https://www.poder360.com.br/governo/saude-tera-disponivel-r-17-bi-nao-usados-na-pandemia/>. Acesso em: 3 fev. 2025.

RIBEIRO, Michele. **Ativismo judicial**. Unigranrio, Rio de Janeiro, p. 1–19, [s.d.]. Acesso em: 10 jan. 2025.

SARLET, Ingo Wolfgang. **A eficácia dos direitos fundamentais**. 11. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2012.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986). 2019. Disponível em: [https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/assuntos/conferencias/8a-cns#:~:text=Realizada%20em%201986%2C%20ela%20foi,%C3%9Anico%20de%20Sa%C3%BAde%20\(SUS\)..](https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/assuntos/conferencias/8a-cns#:~:text=Realizada%20em%201986%2C%20ela%20foi,%C3%9Anico%20de%20Sa%C3%BAde%20(SUS)..) Acesso em: 13 dez. 2024.

SILVA, José Afonso da. **Curso de direito constitucional positivo**. 37. ed. São Paulo: Malheiros, 2014.

SIQUEIRA, Maria Carolina Vidal. O ativismo judicial e sua possível interferência na linha tênue de separação entre os três poderes. **Âmbito Jurídico**, 2 out. 2019. Disponível em: <https://ambitojuridico.com.br/o-ativismo-judicial-e-sua-possivel-interferencia-na-linha-tenue-de-separacao-entre-os-tres-poderes/>. Acesso em: 2 fev. 2025.

TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO (Brasil). **Acórdão n. 1787/2017** – Plenário. Processo n. 009.253/2015-7. Relator: Ministro Benjamin Zymler. Brasília, DF, 2017. Disponível em: <https://www.tcu.gov.br>. Acesso em: 1 jan. 2025.

VALE, Eduarda Victória Calciolari do et al. A Declaração de Independência dos Estados Unidos e John Locke. In: MOSTRA DE PESQUISA EM CIÊNCIA E TECNOLOGIA DEVRY BRASIL, 7., 2016, Belém [etc.]. *Anais...* DeVry Brasil, 2016. Disponível em: <https://www.even3.com.br/anais/viimostradevry/28991-a-declaracao-de-independencia-dos-estados-unidos-e-john-locke/>. Acesso em: 15 dez. 2024.

WORLD HISTORY ENCYCLOPEDIA. **A lei no Antigo Egito**. 2021. Disponível em: <https://www.worldhistory.org/trans/pt/1-16346/a-lei-no-antigo-egito/>. Acesso em: 17 fev. 2025.