



Serviço Público Federal
Ministério da Educação
Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul



ATA DE APRESENTAÇÃO DE DEFESA DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DO CURSO DE DIREITO

Aos treze dias do mês de novembro de dois mil e vinte e cinco, às quatorze horas e trinta minutos, realizou-se virtualmente através da plataforma Google Meet, ID da reunião: <https://meet.google.com/wfb-yxxa-rzw>, a sessão pública da Banca Examinadora de Defesa de TCC, para conclusão do Curso de Direito, intitulado “JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE E FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS”, apresentada pelo(a) acadêmico(a) Yasmin Maya Taniguchi, para obtenção do título de Bacharel em Direito. A Banca Examinadora, composta pelos membros Bruno Marini, Presidente; Michel Canuto de Senna, membro; Gabriel Loureiro de Melo Ijano, membro, procedeu à arguição pública do(a) candidato(a), estando o(a) acadêmico(a):

(x) APROVADO(A) () APROVADO(A) COM
RESSALVAS () REPROVADO(A)

Proclamado o resultado pelo presidente da Banca Examinadora, foram encerrados os trabalhos, dos quais, para constar, foi conferida e assinada a presente Ata pelos membros da Banca Examinadora e pelo(a) acadêmico(a).

Bruno Marini

(Presidente)

Michel Canuto de Senna

(Membro)

Gabriel Loureiro de Melo Ijano

(Membro)

Yasmin Maya Taniguchi
(Acadêmico(a))

NOTA
MÁXIMA
NO MEC

UFMS
É 10!!!



Documento assinado eletronicamente por **Bruno Marini, Professor do Magisterio Superior**, em 13/11/2025, às 15:02, conforme horário oficial de Mato Grosso do Sul, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).

NOTA
MÁXIMA
NO MEC

UFMS
É 10!!!



Documento assinado eletronicamente por **Gabriel Loureiro Melo Ijano, Usuário Externo**, em 13/11/2025, às 15:31, conforme horário oficial de Mato Grosso do Sul, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).

NOTA
MÁXIMA
NO MEC

UFMS
É 10!!!



Documento assinado eletronicamente por **Michel Canuto de Sena, Usuário Externo**, em 13/11/2025, às 16:55, conforme horário oficial de Mato Grosso do Sul, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).

NOTA
MÁXIMA
NO MEC

UFMS
É 10!!!



Documento assinado eletronicamente por **Yasmin Maya Taniguchi, Usuário Externo**, em 13/11/2025, às 22:26, conforme horário oficial de Mato Grosso do Sul, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).

JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE E FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS

Yasmin Maya Taniguchi

Orientador Prof. Bruno Marini

RESUMO

O presente trabalho tem como objetivo geral analisar a judicialização da saúde no Brasil, com enfoque no fornecimento de medicamentos por meio de decisões judiciais, buscando compreender seus fundamentos, desafios e impactos. Justifica-se pela crescente interferência do Poder Judiciário na efetivação de políticas públicas de saúde, fenômeno que reflete a tensão entre o direito individual e a sustentabilidade do Sistema Único de Saúde (SUS). A pesquisa adota metodologia qualitativa, descritiva, bibliográfica e dedutiva, com base em revisão bibliográfica de autores como Sarlet, Barroso e Barcellos, e análise de jurisprudências do Supremo Tribunal Federal, especialmente os Temas 6, 500 e 1234 da repercussão geral. Foram utilizadas como fontes principais a Constituição Federal de 1988, leis infraconstitucionais e decisões judiciais paradigmáticas. Os resultados demonstram que a judicialização, embora assegure o acesso a tratamentos e medicamentos, gera impactos financeiros e institucionais relevantes, podendo comprometer a equidade e a eficiência das políticas públicas. Conclui-se que a atuação judicial deve ser subsidiária, pautada por critérios técnicos e constitucionais, e que o fortalecimento de instâncias administrativas, como a CONITEC e os Núcleos de Apoio Técnico do Judiciário (NAT-Jus), é essencial para equilibrar a proteção do direito individual à saúde com a preservação do interesse coletivo.

Palavras-chave: Judicialização da saúde. Direito à saúde. Fornecimento de medicamentos. Mínimo existencial. Reserva do possível.

ABSTRACT

This study aims to analyze the judicialization of health in Brazil, focusing on the provision of medicines through judicial decisions, in order to understand its foundations, challenges, and impacts. The research is justified by the increasing intervention of the Judiciary in the implementation of public health policies, a phenomenon that reflects the tension between individual rights and the sustainability of the Unified Health System (SUS). The methodology is qualitative and deductive, based on bibliographical research of authors such as Sarlet, Barroso, and Barcellos, and on the analysis of precedents from the Federal Supreme Court, particularly Themes 6, 500, and 1234 of general repercussion. The main sources include the 1988 Federal Constitution, infraconstitutional laws, and landmark judicial decisions. The results show that judicialization, although it ensures access to medicines and treatments, generates significant financial and institutional impacts that may compromise the equity and efficiency of public health policies. It is concluded that judicial intervention should be subsidiary, guided by technical and constitutional criteria, and that strengthening

administrative mechanisms such as CONITEC and the Technical Support Centers of the Judiciary (NAT-Jus) is essential to balance the protection of individual health rights with the preservation of collective interests.

Key-Worlds: Health judicialization. Right to health. Provision of medicines. Minimum existential standard. Contingency reserve.

INTRODUÇÃO

A judicialização da saúde é um dos fenômenos mais marcantes do Estado Democrático de Direito contemporâneo brasileiro. Nos últimos anos, o Poder Judiciário tem sido cada vez mais acionado por cidadãos em busca da efetivação de seu direito à saúde, especialmente no que se refere ao fornecimento de medicamentos e tratamentos médicos. Essa crescente demanda judicial reflete uma tensão complexa entre a efetividade dos direitos fundamentais e os limites orçamentários e administrativos do Estado, levantando discussões sobre o papel do Judiciário na implementação de políticas públicas e sobre a sustentabilidade do Sistema Único de Saúde (SUS).

O tema ganha relevância diante do cenário de ineficiência e desigualdade no acesso aos serviços públicos de saúde, que muitas vezes levam o indivíduo a buscar amparo judicial para garantir o mínimo necessário à manutenção de sua vida e dignidade. Nesse contexto, surge a problemática central desta pesquisa: até que ponto a intervenção do Poder Judiciário no fornecimento de medicamentos contribui para a efetivação do direito à saúde sem comprometer a racionalidade e a equidade das políticas públicas?

O objetivo geral do estudo é analisar a judicialização da saúde no Brasil, com enfoque nas decisões judiciais relacionadas ao fornecimento de medicamentos, avaliando seus fundamentos jurídicos, seus efeitos práticos e seus impactos sobre o sistema público de saúde. Como objetivos específicos, busca-se: (i) compreender o direito à saúde como direito humano e fundamental; (ii) examinar os princípios constitucionais do mínimo existencial e da reserva do possível, que orientam a atuação judicial; (iii) discutir a atuação do Poder Judiciário diante das demandas de medicamentos; e (iv) identificar alternativas e soluções para reduzir os efeitos negativos da judicialização excessiva.

A justificativa deste trabalho repousa na importância social e jurídica do tema. A saúde é um direito fundamental assegurado pela Constituição Federal de 1988, no artigo 196, e sua efetivação depende tanto da atuação responsável do Estado quanto da fiscalização

exercida pelo Poder Judiciário. Entretanto, a judicialização, quando desmedida, pode gerar desequilíbrios orçamentários e injustiças distributivas, favorecendo quem tem acesso à Justiça em detrimento da coletividade. Assim, compreender os limites e as possibilidades dessa atuação é essencial para o fortalecimento da democracia e da justiça social.

Quanto à metodologia, a pesquisa adota abordagem qualitativa, descritiva e dedutiva, baseada em levantamento bibliográfico e documental. Foram utilizadas como fontes principais a Constituição Federal de 1988, leis infraconstitucionais, doutrinas de autores como Ingo Wolfgang Sarlet, Ana Paula de Barcellos e Luís Roberto Barroso, além da análise de jurisprudências do Supremo Tribunal Federal (STF), notadamente os Temas 6, 500 e 1234 da repercussão geral, que tratam do fornecimento de medicamentos e dos limites da atuação judicial.

O presente estudo, portanto, propõe uma reflexão crítica e fundamentada sobre os contornos jurídicos, sociais e éticos da judicialização da saúde, buscando contribuir para o debate acerca do equilíbrio entre o direito individual e a eficiência coletiva das políticas públicas, bem como para a construção de caminhos que assegurem a efetividade do direito à saúde com justiça e responsabilidade.

1 DIREITO À SAÚDE COMO DIREITO HUMANO FUNDAMENTAL

O direito à saúde consolidou-se no cenário internacional e nacional como um dos mais relevantes direitos humanos fundamentais. Trata-se de prerrogativa essencial para a efetivação da dignidade da pessoa humana, servindo de base para a fruição de outros direitos, como o direito à vida, à integridade física e ao bem-estar social.

A saúde, como bem jurídico protegido, integra a categoria dos direitos sociais, sendo reconhecida como um dever do Estado e uma conquista da sociedade. A doutrina contemporânea reforça que sua efetividade é condição necessária para a concretização do próprio Estado Democrático de Direito. Nas palavras de Canotilho (2003, p. 408), os direitos sociais “representam prestações positivas por parte do Estado, indispensáveis para a realização de condições mínimas de igualdade e justiça social”.

A consagração da saúde como direito humano fundamental encontra respaldo tanto em tratados internacionais de proteção aos direitos humanos quanto na ordem constitucional brasileira, especialmente após 1988. Assim, a proteção da saúde não se limita a uma política

pública, mas assume caráter de garantia jurídica vinculante, impondo aos entes estatais a adoção de medidas concretas e efetivas.

Dessa forma, estudar o direito à saúde como direito humano fundamental significa compreendê-lo como uma conquista histórica da humanidade e como instrumento indispensável para assegurar a cidadania plena e a igualdade material entre os indivíduos.

1.1 Conceito de saúde na perspectiva dos Direitos Humanos

O conceito de saúde ultrapassa a ideia limitada de ausência de doenças, abarcando dimensões físicas, psicológicas e sociais. A Organização Mundial da Saúde (OMS), desde 1946, já estabelecia em seu preâmbulo que saúde é “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidades ou afecções” (OMS, 1946). Essa concepção ampliada reforça a noção de que a saúde deve ser compreendida em sua integralidade, envolvendo fatores sociais, econômicos e ambientais.

A partir da perspectiva dos Direitos Humanos, a saúde assume caráter universal, indivisível e interdependente. Como destaca Sarlet (2012, p. 91), “o direito à saúde é condição de possibilidade para o exercício de outros direitos fundamentais, notadamente o direito à vida e à dignidade humana”. Dessa forma, não é possível dissociar o direito à saúde de outros direitos sociais, como o acesso à moradia, alimentação adequada, trabalho digno e saneamento básico.

A Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948) foi um marco ao afirmar, em seu artigo 25, que toda pessoa tem direito a um padrão de vida que assegure saúde e bem-estar, incluindo alimentação, vestuário, habitação e cuidados médicos. Posteriormente, o Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (1966), em seu artigo 12, reconheceu o direito de toda pessoa “ao mais elevado nível possível de saúde física e mental”, impondo aos Estados o dever de adotar medidas para a sua efetivação.

No âmbito da doutrina brasileira, Barroso (2010, p. 845) destaca que “a saúde, como direito fundamental, possui aplicabilidade imediata, não podendo ser condicionada exclusivamente a políticas públicas futuras ou à disponibilidade orçamentária”. Esse entendimento vai ao encontro da ideia de que o direito à saúde constitui um direito prestacional do Estado, que deve ser garantido mediante ações positivas, como a implementação de políticas de prevenção, tratamento e promoção da saúde.

Outro aspecto importante é que a saúde, enquanto direito humano, deve ser analisada sob a ótica da equidade. Como defende Aith (2014, p. 27), “a efetivação do direito à saúde exige políticas públicas que levem em conta as desigualdades sociais e regionais, garantindo a todos acesso universal e igualitário aos serviços de saúde”. Assim, a saúde não se restringe a um direito individual, mas se projeta como direito coletivo e difuso, que demanda uma atuação estatal articulada e eficiente.

Portanto, compreender o conceito de saúde na perspectiva dos Direitos Humanos é reconhecer que a sua proteção não se limita ao tratamento de doenças, mas envolve condições dignas de vida, políticas públicas eficazes e a redução das desigualdades sociais. Trata-se de um direito fundamental, essencial para a promoção da cidadania e para a consolidação do Estado Democrático de Direito.

1.2 Direito à saúde na Constituição Federal de 1988

A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 representou um marco histórico na proteção do direito à saúde, ao elevá-lo expressamente à categoria de direito social fundamental. O artigo 6º insere a saúde no rol dos direitos sociais, ao lado da educação, moradia, trabalho, previdência social, entre outros, conferindo-lhe natureza de direito de todos e dever do Estado.

O artigo 196 da Constituição Federal estabelece de forma inequívoca:

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

Assim, o texto constitucional atribui ao Estado um papel ativo na formulação e execução de políticas públicas voltadas à garantia do acesso universal e igualitário aos serviços de saúde.

A doutrina ressalta a importância desse dispositivo. Para Sarlet e Figueiredo (2008, p. 138), a consagração do direito à saúde na Constituição de 1988 demonstra que “o constituinte brasileiro optou por um modelo de Estado Social comprometido com a dignidade da pessoa humana e com a promoção da justiça distributiva”. Nesse sentido, a saúde deixa de ser concebida como mera expectativa de políticas públicas eventuais e passa a configurar direito subjetivo exigível perante o Poder Público.

O desenho constitucional da saúde no Brasil concretiza-se por meio da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), disciplinado nos artigos 198 e seguintes da Constituição e regulamentado pela Lei nº 8.080/1990. O SUS se estrutura sobre os princípios da universalidade, integralidade e equidade, sendo considerado um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo. Conforme destaca Aith (2014, p. 59), “o SUS é a expressão institucional do direito à saúde, sendo o instrumento por meio do qual o Estado brasileiro busca garantir a todos os cidadãos o acesso às ações e serviços de saúde”.

Ademais, a Constituição de 1988 não restringe a saúde ao campo da assistência médica, mas a relaciona diretamente às condições socioeconômicas e ambientais da população. O artigo 200 atribui ao SUS, entre outras funções, a vigilância sanitária e epidemiológica, a fiscalização de alimentos, medicamentos e insumos, além da participação na formulação da política de saneamento básico.

Em razão dessa centralidade, a saúde na Constituição de 1988 deve ser interpretada como direito fundamental de eficácia imediata, conforme prevê o artigo 5º, §1º, da própria Carta. Nesse sentido, Barcellos (2002, p. 151) sustenta que “os direitos sociais previstos na Constituição não são meras normas programáticas, mas verdadeiros comandos vinculantes, cuja concretização pode ser exigida do Estado”.

Portanto, a Constituição Federal de 1988 não apenas reconheceu a saúde como direito social fundamental, mas também estruturou um sistema normativo e institucional para garantir sua efetivação. Essa concepção reforça a ideia de que o direito à saúde constitui elemento indispensável para a promoção da dignidade da pessoa humana e para a realização do projeto constitucional de justiça social.

1.3 Desafios na efetivação do direito à saúde no Brasil

Apesar do robusto reconhecimento normativo do direito à saúde na Constituição de 1988 e da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), a efetivação desse direito enfrenta inúmeros desafios no Brasil. As dificuldades decorrem tanto de fatores estruturais quanto de questões político-econômicas, refletindo a distância existente entre a previsão constitucional e a realidade social.

Um dos principais obstáculos é o subfinanciamento crônico da saúde pública. Embora a Constituição tenha determinado a aplicação mínima de recursos da União, dos Estados e dos Municípios (art. 198, §2º), na prática o sistema sofre com restrições orçamentárias e gestão ineficiente. Segundo Paim (2013, p. 20), “o SUS nasceu sob a marca da insuficiência de recursos financeiros, agravada por modelos de gestão fragmentados e pela coexistência conflituosa entre o público e o privado”.

Outro desafio relevante refere-se à desigualdade regional e social no acesso aos serviços de saúde. Enquanto algumas regiões dispõem de hospitais de referência e maior oferta de medicamentos, outras enfrentam carência de profissionais, infraestrutura precária e longas filas de espera. Esse quadro evidencia que o princípio da equidade, previsto no artigo 194 da Constituição, ainda não foi plenamente concretizado.

Ademais, a crescente complexidade tecnológica da medicina e o alto custo de determinados tratamentos e medicamentos geram pressões adicionais sobre o sistema. Muitas vezes, o Estado não dispõe de mecanismos ágeis para incorporar novas terapias, o que leva parte da população a recorrer ao Poder Judiciário. Esse fenômeno, conhecido como judicialização da saúde, tem se intensificado nas últimas décadas.

A judicialização representa, ao mesmo tempo, uma estratégia de acesso a direitos e um desafio à gestão pública. Por um lado, garante ao cidadão a possibilidade de obter medicamentos e tratamentos negados administrativamente; por outro, pode gerar desequilíbrios orçamentários e desorganização das políticas de saúde. Como destaca Barroso (2017, p. 237), “a judicialização da saúde é fruto da legitimidade democrática da Constituição e da ineficiência administrativa, mas também coloca em tensão a separação de poderes e a racionalidade das políticas públicas”.

Outro ponto crítico está na chamada reserva do possível, argumento frequentemente utilizado pelo Estado para justificar a impossibilidade de atendimento a todas as demandas. Contudo, a jurisprudência do Supremo Tribunal Federal tem reconhecido que a reserva do possível não pode servir de justificativa para inviabilizar o mínimo existencial em saúde, sob pena de violar a dignidade da pessoa humana:

1. Esta Corte já firmou a orientação de que o Ministério Público detém legitimidade para requerer, em Juízo, a implementação de políticas públicas por parte do Poder Executivo de molde a assegurar a concretização de

direitos difusos, coletivos e individuais homogêneos garantidos pela Constituição Federal, como é o caso do acesso à saúde.

2. O Poder Judiciário, em situações excepcionais, pode determinar que a Administração pública adote medidas assecuratórias de direitos constitucionalmente reconhecidos como essenciais sem que isso configure violação do princípio da separação de poderes.

3. A Administração não pode invocar a cláusula da ‘reserva do possível’ a fim de justificar a frustração de direitos previstos na Constituição da República, voltados à garantia da dignidade da pessoa humana, sob o fundamento de insuficiência orçamentária.

4. Agravo regimental não provido.

(STF, AI 674.764-AgR/PI, Rel. Min. DIAS TOFFOLI – grifou-se)

Portanto, os principais desafios para a efetivação do direito à saúde no Brasil envolvem: a) financiamento adequado e sustentável; b) gestão eficiente e transparente do SUS; c) superação das desigualdades regionais e sociais; d) incorporação responsável de novas tecnologias e medicamentos; e) equilíbrio entre as demandas judiciais e a formulação de políticas públicas.

Tais obstáculos revelam que a saúde, embora consagrada constitucionalmente como direito de todos, ainda carece de condições plenas de efetividade. É nesse cenário que se insere a temática da judicialização, fenômeno que, ao mesmo tempo em que viabiliza a concretização individual do direito à saúde, suscita dilemas quanto à coletividade e à sustentabilidade das políticas públicas.

2 JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE

A judicialização da saúde no Brasil constitui um dos fenômenos mais marcantes do Estado Democrático de Direito contemporâneo. Trata-se da crescente atuação do Poder Judiciário para assegurar o acesso a medicamentos, tratamentos e procedimentos que, em muitos casos, não são oferecidos regularmente pelo Sistema Único de Saúde (SUS) ou pelas operadoras de planos privados.

Esse fenômeno surge como resposta à ineficiência do Estado na implementação de políticas públicas de saúde, aliada à previsão constitucional do direito à saúde como direito fundamental de eficácia imediata (CF, art. 5º, §1º e art. 196). Conforme observa Barroso (2017, p. 236), “a judicialização da saúde é consequência natural da consagração da saúde

como direito fundamental e da ineficiência das instâncias políticas em garantir sua efetividade”.

Por outro lado, a judicialização não é isenta de críticas. Se, por um lado, garante concretamente a realização de direitos individuais, por outro pode comprometer a isonomia e a alocação racional de recursos públicos, gerando impacto no planejamento das políticas públicas. Nesse contexto, emergem debates fundamentais sobre a aplicação dos princípios do mínimo existencial, da reserva do possível e a resolução de conflitos entre direitos fundamentais.

2.1 O princípio do mínimo existencial

O princípio do mínimo existencial está diretamente vinculado à ideia de que a dignidade da pessoa humana (art. 1º, III, CF/88) exige a concretização de um patamar mínimo de direitos sociais, indispensáveis para assegurar condições de vida digna. No campo do direito à saúde, esse princípio garante que todo indivíduo deve ter acesso, pelo menos, aos serviços e medicamentos considerados essenciais para sua sobrevivência e bem-estar.

Conforme ressalta Ingo Sarlet (2008), em pesquisa sobre o Direito Constitucional alemão, o primeiro jurista de renome a sustentar a possibilidade de reconhecimento de uma garantia positiva de recursos mínimos para uma vida digna foi Otto Bachof, que já no início da década de 1950 defendia que a dignidade humana restaria comprometida caso não houvesse um mínimo de segurança social assegurado. No Brasil, o tema foi introduzido pioneiramente por Ricardo Lobo Torres, em ensaio publicado em 1989, e desde então ganhou grande relevância na doutrina pátria.

Segundo Sarlet (2008, p. 95), o mínimo existencial corresponde “ao núcleo irredutível dos direitos fundamentais sociais, cuja não observância compromete a própria existência digna do ser humano”. A ideia de núcleo essencial conecta-se, portanto, à noção de eficácia imediata dos direitos fundamentais (art. 5º, §1º, CF), limitando a atuação do legislador e da administração pública.

Para Ana Paula de Barcellos (2002, p. 245), o mínimo existencial corresponde ao conjunto de situações materiais indispensáveis à existência digna, abrangendo não apenas a manutenção física do corpo humano, mas também dimensões espirituais e intelectuais fundamentais em um Estado Democrático de Direito. A autora ressalta que a violação desse

mínimo acarreta ofensa à própria dignidade da pessoa humana, pois o núcleo material da dignidade e as condições mínimas para a vida descrevem, em essência, o mesmo fenômeno.

Embora não haja previsão expressa na Constituição Federal sobre o princípio do mínimo existencial, sua proteção decorre implicitamente do fundamento da dignidade da pessoa humana (art. 1º, III, CF/88), além das garantias consagradas nos arts. 5º, III (proibição de tratamento desumano ou degradante) e 60, §4º, IV (cláusula pétreia da dignidade). Tais dispositivos demonstram que o mínimo existencial independe de previsão textual específica, sendo exigível diretamente do ordenamento constitucional.

O Supremo Tribunal Federal já reconheceu, em diferentes ocasiões, a centralidade desse princípio. No RE 271286/RS, o ministro Celso de Mello afirmou que a saúde é direito subjetivo público inalienável, que não pode ser restringido sob o argumento da reserva do possível, especialmente quando em jogo está a preservação da vida. Em suas palavras: “O direito à saúde — além de qualificar-se como direito fundamental que assiste a todas as pessoas — representa consequência constitucional indissociável do direito à vida” (STF, AgRg no RE 271286/RS, Rel. Min. Celso de Mello, j. 12/09/2000).

Dessa forma, o mínimo existencial funciona como parâmetro de controle das políticas públicas, impedindo que o Estado se omita em fornecer condições mínimas de acesso a medicamentos e tratamentos indispensáveis. Ainda que a integralidade absoluta do direito à saúde seja inviável, o mínimo necessário à manutenção da vida digna não pode ser negado.

2.2 O princípio da reserva do possível

O princípio da reserva do possível constitui um dos maiores desafios à efetivação do direito à saúde no Brasil. Trata-se de um limite prático à concretização dos direitos sociais, fundado na constatação de que tais direitos, por exigirem prestações positivas do Estado, estão sujeitos à disponibilidade de recursos materiais, financeiros e administrativos.

Sua origem remonta ao constitucionalismo alemão, em especial à jurisprudência do Tribunal Constitucional Federal Alemão, que consolidou a ideia de que a implementação de direitos sociais estaria sujeita ao chamado *Vorbehalt des Möglichen*, ou “reserva do possível”. Nesse contexto, a garantia de direitos como saúde, educação e assistência social não seria absoluta, mas condicionada à lei orçamentária e às possibilidades financeiras do Estado.

Assim, a efetivação de prestações sociais dependeria da compatibilidade com as disponibilidades estatais, evitando comprometer o equilíbrio orçamentário e a governabilidade.

No Brasil, a doutrina e a jurisprudência passaram a adotar o princípio, sobretudo em discussões sobre fornecimento de medicamentos e tratamentos de alto custo. É inegável que os direitos sociais possuem elevado impacto financeiro, mas isso não autoriza o Estado a eximir-se de suas responsabilidades constitucionais por meio de alegações genéricas de insuficiência de recursos.

Conforme salientou o ministro Celso de Mello, em julgado paradigmático:

Não se mostrará lícito, no entanto, ao Poder Público, em tal hipótese – mediante indevida manipulação de sua atividade financeira e/ou político-administrativa – criar obstáculo artificial que revele o ilegítimo, arbitrário e censurável propósito de fraudar, de frustrar e de inviabilizar o estabelecimento e a preservação, em favor da pessoa e dos cidadãos, de condições materiais mínimas de existência. Cumpre advertir, desse modo, que a cláusula da ‘reserva do possível’ – ressalvada a ocorrência de justo motivo objetivamente aferível – não pode ser invocada, pelo Estado, com a finalidade de exonerar-se do cumprimento de suas obrigações constitucionais, notadamente quando, dessa conduta governamental negativa, puder resultar nulificação ou, até mesmo, aniquilação de direitos constitucionais. (STF, AgRg no RE 271286/RS, Rel. Min. Celso de Mello, j. 12/9/2000)

A partir dessa orientação, percebe-se que a cláusula da reserva do possível não é uma carta branca para o Estado negar prestações de saúde, devendo sua invocação estar fundamentada em motivos objetivos, comprováveis e transparentes. A simples alegação de falta de recursos não basta; é necessário demonstrar, com dados concretos, que a prestação reclamada comprometeria de modo desproporcional as políticas públicas de caráter universal.

Como exemplo, no julgamento do ARE 727.864 AgR, relatado pelo ministro Celso de Mello, no qual se discutia a obrigação do Estado de custear serviços hospitalares prestados por instituições privadas em casos de urgência, quando inexistentes leitos públicos disponíveis. Na decisão, o ministro enfatizou:

Custeio, pelo Estado, de serviços hospitalares prestados por instituições privadas em benefício de pacientes do SUS atendidos pelo Samu [Serviço de Atendimento Móvel de Urgência] nos casos de urgência e de inexistência de leitos na rede pública. Dever estatal de assistência à saúde e de proteção à vida resultante de norma constitucional. Obrigaçāo jurídico-constitucional que se impõe aos Estados. Configuração, no caso, de típica hipótese de omissão inconstitucional imputável ao Estado. Desrespeito à Constituição provocado por inérgia estatal (...). Comportamento que transgride a autoridade da Lei Fundamental da República (...). **O papel do Poder Judiciário na implementação de políticas públicas instituídas pela**

Constituição e não efetivadas pelo poder público. A fórmula da reserva do possível na perspectiva da teoria dos custos dos direitos. Impossibilidade de sua invocação para legitimar o injusto inadimplemento de deveres estatais de prestação constitucionalmente impostos ao poder público. A teoria da "restrição das restrições" (ou da "limitação das limitações"). Caráter cogente e vinculante das normas constitucionais, inclusive daquelas de conteúdo programático que veiculam diretrizes de políticas públicas, especialmente na área da saúde (CF, arts. 6º, 196 e 197). A questão das "escolhas trágicas". A colmatação de omissões inconstitucionais como necessidade institucional fundada em comportamento afirmativo dos juízes e tribunais e de que resulta uma positiva criação jurisprudencial do direito. Controle jurisdicional de legitimidade da omissão do poder público: atividade de fiscalização judicial que se justifica pela necessidade de observância de certos parâmetros constitucionais (proibição de retrocesso social, proteção ao mínimo existencial, vedação da proteção insuficiente e proibição de excesso). (STF, ARE 727.864 AgR, Rel. Min. Celso de Mello, j. 04/11/2014, 2ª T, DJE 13/11/2014 - grifou-se).

Esse julgado demonstra de forma inequívoca que a cláusula da reserva do possível não pode servir como “cortina de fumaça” para encobrir a omissão estatal inconstitucional. O STF deixou claro que, sobretudo quando em jogo estão bens jurídicos como a vida e a saúde em situações emergenciais, o dever do Estado é imediato, cogente e inderrogável, não sendo admissível a invocação de limitações orçamentárias para afastar sua responsabilidade.

Na doutrina, Ana Paula de Barcellos (2002) traz uma reflexão central: a efetividade dos direitos sociais está condicionada a um binômio fundamental, composto pela razoabilidade da pretensão individual ou coletiva e pela disponibilidade financeira do Estado. Isso significa que, de um lado, a reivindicação do cidadão deve ser proporcional, atendendo a critérios de necessidade, adequação e relevância; de outro, o Estado deve comprovar sua capacidade ou incapacidade financeira para atender à demanda. A ausência de qualquer desses elementos descharacteriza a aplicabilidade da cláusula, impondo ao Poder Público a obrigação de agir.

Ainda nesse sentido, Sarlet e Figueiredo (2013) classificam a reserva do possível em três dimensões: 1. Fática: refere-se à limitação material e econômica, ou seja, à existência real de recursos financeiros e tecnológicos disponíveis; 2. Jurídica: relaciona-se à previsão normativa e orçamentária, exigindo que a prestação esteja devidamente autorizada pela legislação orçamentária e financeira; 3. Subjetiva: diz respeito às escolhas políticas do gestor público, que deve tomar decisões de alocação de recursos de forma responsável e em conformidade com os princípios constitucionais. Essa classificação revela que a reserva do possível não é uma limitação única e absoluta, mas um conjunto de condicionantes que exigem análise detalhada caso a caso.

A jurisprudência do Supremo Tribunal Federal também tem contribuído para a delimitação do instituto. Em diversos julgados, a Corte reconheceu que a reserva do possível deve ser analisada em conjunto com o princípio do mínimo existencial, de modo a evitar que a escassez de recursos justifique a supressão de direitos essenciais à dignidade da pessoa humana. Na STA 175/CE, por exemplo, o ministro Gilmar Mendes ressaltou que decisões judiciais não podem inviabilizar o funcionamento do sistema de saúde como um todo, mas, ao mesmo tempo, não se pode negar a prestação de saúde essencial ao cidadão, sob pena de violação da dignidade da pessoa humana.

Essa tensão entre mínimo existencial e reserva do possível exige do Judiciário um papel de mediação. Como explica Barcellos (2002), não se trata de negar a limitação de recursos, que é uma contingência inegável, mas de evitar que o Estado utilize esse argumento como subterfúgio para o descumprimento de suas obrigações constitucionais. É nesse ponto que ganha relevância a teoria da ponderação de Robert Alexy (2008), segundo a qual os direitos fundamentais devem ser realizados na máxima medida possível, compatibilizando-se com outros princípios constitucionais, sem que nenhum seja anulado por completo.

Portanto, a reserva do possível deve ser entendida como um princípio de ponderação e não de negação dos direitos sociais. Quando devidamente comprovada, pode justificar limitações proporcionais à concretização de prestações de saúde. Todavia, não pode ser invocada genericamente, sob pena de se converter em um verdadeiro “cheque em branco” para a omissão estatal.

A análise da jurisprudência e da doutrina demonstra, dessa forma, que o princípio da reserva do possível, longe de ser um óbice absoluto à judicialização da saúde, deve funcionar como instrumento de racionalidade, garantindo que as demandas individuais não desestruturem o sistema, mas também que a dignidade da pessoa humana não seja comprometida pela inércia estatal.

2.3 Conflito de direitos fundamentais

A judicialização da saúde revela, em grande parte dos casos, a tensão entre diferentes direitos fundamentais. De um lado, encontra-se o direito à saúde e, em seu núcleo essencial, o mínimo existencial; de outro, princípios como a reserva do possível, a separação dos poderes

e até mesmo a isonomia entre os cidadãos, quando decisões judiciais beneficiam indivíduos em detrimento do coletivo.

Segundo Robert Alexy (2008), os direitos fundamentais possuem natureza de princípios e, portanto, não são absolutos, mas sim mandamentos de otimização que exigem concretização na máxima medida possível, considerando as possibilidades fáticas e jurídicas. Assim, quando dois direitos entram em rota de colisão, o intérprete deve recorrer à técnica da ponderação, avaliando qual princípio deve prevalecer no caso concreto, sem anular totalmente o outro.

No âmbito brasileiro, o Supremo Tribunal Federal tem aplicado esse raciocínio em diversas decisões. No RE 566471/RN, rel. Min. Marco Aurélio, j. 2024, o Tribunal reconheceu que o direito à saúde pode impor prestações positivas ao Estado, mas ressaltou a necessidade de compatibilizá-lo com as limitações orçamentárias e com a racionalidade das políticas públicas. O STF, nesse julgamento paradigmático, deixou claro que não cabe ao Poder Público invocar genericamente restrições financeiras, devendo demonstrar de forma objetiva a inviabilidade da prestação, sob pena de violar a própria dignidade da pessoa humana.

Outro aspecto sensível do conflito é a isonomia. Ao deferir o fornecimento de um medicamento de alto custo a um indivíduo via decisão judicial, corre-se o risco de prejudicar o equilíbrio da política pública, destinando recursos a um único paciente em detrimento de outros. Daí a importância de decisões judiciais que levem em conta não apenas o caso individual, mas também o impacto coletivo, evitando as chamadas “escolhas trágicas” (Barroso, 2013).

Portanto, o conflito entre direitos fundamentais na judicialização da saúde deve ser resolvido com base em uma ponderação criteriosa que assegure o núcleo essencial do direito à saúde, mas que também preserve a coerência do sistema constitucional, respeitando os princípios da proporcionalidade, da igualdade e da separação dos poderes.

3 AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS POR DECISÃO JUDICIAL

A judicialização da saúde tem como uma de suas manifestações mais frequentes o pedido de fornecimento de medicamentos por meio do Poder Judiciário. Esse fenômeno reflete a tensão entre a necessidade individual do paciente e a formulação de políticas públicas

universais de saúde, colocando em evidência os limites e as responsabilidades do Estado na concretização do direito à saúde.

3.1 Classificação de medicamentos

A análise da judicialização da saúde, em especial no tocante ao fornecimento de medicamentos, exige a compreensão prévia de sua classificação, visto que as demandas judiciais variam de acordo com a natureza do fármaco solicitado. Essa diferenciação é fundamental para que se avaliem os limites da intervenção do Poder Judiciário, a viabilidade da pretensão e o impacto sobre as políticas públicas.

A Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), atualizada periodicamente pelo Ministério da Saúde, constitui referência central. De acordo com o art. 19-P da Lei nº 8.080/1990, compete ao SUS garantir a integralidade da assistência farmacêutica, observadas diretrizes como a elaboração da RENAME e os protocolos clínicos. Assim, os medicamentos podem ser agrupados em diferentes categorias:

- medicamentos essenciais ou padronizados: já incorporados ao SUS e listados na RENAME, cuja ausência de fornecimento normalmente decorre de falhas administrativas, de logística ou de abastecimento. Nesses casos, a judicialização tende a refletir a ineficiência da gestão pública, não se discutindo propriamente a política de saúde, mas sim sua execução;

- medicamentos não incorporados ao SUS: aqueles ainda não avaliados ou rejeitados pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC). Essa categoria é a que mais gera controvérsia judicial, pois coloca em debate a legitimidade do Judiciário em determinar a inclusão de fármacos fora das políticas oficiais, impactando diretamente o orçamento público;

- medicamentos de alto custo: mesmo quando padronizados, possuem despesas significativas e representam desafios para o equilíbrio financeiro do sistema. Como destaca Figueiredo (2017, p. 214), “o fornecimento judicial de medicamentos de alto custo revela a tensão entre a proteção da vida individual e a sustentabilidade coletiva do SUS”;

- medicamentos experimentais ou sem registro na ANVISA: trata-se de pedidos mais sensíveis, pois envolvem fármacos sem comprovação científica de eficácia ou segurança. O STF, no julgamento do Tema 500 da repercussão geral (RE 657718/MG, Rel. Min. Marco Aurélio, j. 2019), fixou entendimento de que, como regra, não é possível obrigar o

fornecimento de medicamentos sem registro na ANVISA, salvo em hipóteses excepcionais, como demora irrazoável na análise do pedido de registro ou inexistência de substituto terapêutico.

Essa classificação é essencial para a correta interpretação da atuação do Judiciário. Nos casos em que o medicamento é padronizado e de fornecimento obrigatório, a decisão judicial funciona como mecanismo de correção de falhas administrativas, impondo ao Estado o cumprimento de dever já previsto. Por outro lado, quando se trata de medicamentos não incorporados, de alto custo ou experimentais, a decisão judicial pode representar uma intervenção direta na formulação de políticas públicas, gerando debates sobre separação dos poderes, reserva do possível e isonomia no acesso aos bens de saúde.

Nessa perspectiva, a classificação dos medicamentos não é apenas técnica, mas também jurídica, pois orienta o magistrado no processo de ponderação de direitos fundamentais. Como observa Sarlet e Figueiredo (2008, p. 124), “a judicialização da saúde demanda uma análise contextualizada do tipo de medicamento requerido, sob pena de transformar a intervenção judicial em fator de desigualdade e desorganização do sistema público de saúde”.

Portanto, a compreensão das categorias de medicamentos é passo imprescindível para o estudo da judicialização, pois fornece parâmetros objetivos para a atuação judicial e auxilia na construção de soluções que conciliem a proteção do direito individual à saúde com a manutenção da sustentabilidade do sistema coletivo.

3.2 Atuação do poder judiciário e desafios na concessão de medicamentos

A atuação do Poder Judiciário na efetivação do direito à saúde no Brasil, especialmente no que diz respeito ao fornecimento de medicamentos, tornou-se um dos pontos centrais da judicialização da saúde. Esse fenômeno ocorre quando o cidadão recorre ao Judiciário para garantir um tratamento ou medicamento não disponibilizado pelo Estado, seja pela ausência em listas oficiais do Sistema Único de Saúde (SUS), seja pela demora administrativa, ou ainda pela negativa administrativa em situações urgentes. Esse movimento reflete a tensão entre a necessidade de assegurar a dignidade da pessoa humana e a preservação da racionalidade e sustentabilidade do sistema público de saúde.

O Supremo Tribunal Federal (STF), na condição de guardião da Constituição, vem construindo parâmetros jurisprudenciais para orientar os magistrados em decisões relacionadas à concessão de medicamentos. Um dos precedentes mais relevantes é o Tema 6 da Repercussão Geral (RE 566471/RN), julgado em 2024, no qual se discutiu a obrigatoriedade do Estado em fornecer medicamentos de alto custo que não estão incorporados às listas oficiais do SUS. O relator, ministro Marco Aurélio, reconheceu a importância da garantia do direito fundamental à saúde, mas o Tribunal fixou que a concessão deveria observar critérios rigorosos, como a comprovação da imprescindibilidade do fármaco, a inexistência de substituto terapêutico incorporado pelo SUS, o registro do medicamento junto à Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e a demonstração da incapacidade financeira do paciente. Essa decisão buscou equilibrar a efetivação do direito individual à saúde com a proteção do sistema coletivo, evitando que decisões isoladas desestruturassem a política pública de saúde.

No Tema 500 da Repercussão Geral (RE 657718/MG), o STF tratou da possibilidade de fornecimento de medicamentos sem registro na ANVISA. Nessa ocasião, a Corte consolidou o entendimento de que, como regra, não cabe ao Judiciário obrigar o Estado a fornecer medicamentos não registrados, uma vez que isso comprometeria a segurança sanitária e subverteria a competência técnica da agência regulatória. Todavia, o Tribunal reconheceu exceções, admitindo a possibilidade de concessão quando há demora irrazoável da ANVISA em analisar o pedido de registro ou quando inexistir alternativa terapêutica eficaz no mercado.

Mais recentemente, o Tema 1234 (RE 1366243/SC) revisitou e sistematizou critérios para o fornecimento de medicamentos de alto custo não incorporados ao SUS. A Corte reforçou a necessidade de basear as decisões em comprovação técnico-científica da eficácia do tratamento e observância dos pareceres da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC), a fim de preservar a racionalidade do gasto público e o caráter universal e igualitário do sistema. O julgamento evidenciou que a atuação judicial deve sempre ponderar o direito individual do paciente com os impactos coletivos e orçamentários das decisões.

Esses precedentes demonstram que o STF busca uniformizar a atuação do Judiciário, mas os desafios permanecem significativos. Um primeiro desafio é o conflito entre o direito individual e o coletivo: decisões favoráveis a pacientes específicos podem comprometer

recursos destinados a políticas públicas universais, prejudicando a isonomia. Outro desafio envolve os limites da intervenção judicial, pois, ao substituir decisões técnicas do Executivo e de suas agências reguladoras, há risco de violação do princípio da separação dos poderes. Soma-se o impacto orçamentário, já que decisões judiciais em saúde envolvem bilhões de reais anuais, afetando o planejamento e execução das políticas do SUS, e a desigualdade de acesso, pois a judicialização tende a favorecer quem possui meios de recorrer ao Judiciário, criando distorções na universalidade do sistema.

Para mitigar esses efeitos, o STF e o Conselho Nacional de Justiça incentivam a utilização dos Núcleos de Apoio Técnico do Judiciário (NAT-Jus), que fornecem subsídios técnicos baseados em evidências científicas para auxiliar os magistrados. Além disso, destacam-se práticas de cooperação entre Judiciário, Ministério Público e gestores do SUS, visando maior racionalidade e uniformidade na análise dos pedidos.

Portanto, a atuação judicial na concessão de medicamentos deve ser compreendida como medida subsidiária, destinada a corrigir falhas ou omissões estatais inconstitucionais. Ao mesmo tempo, é fundamental que as decisões se baseiem em critérios técnicos e constitucionais, preservando a sustentabilidade das políticas públicas e a universalidade do sistema de saúde. A jurisprudência do STF, especialmente nos Temas 6, 500 e 1234, demonstra o esforço da Corte em equilibrar a proteção de direitos individuais com a preservação do interesse coletivo, destacando que a judicialização não deve se tornar regra, mas instrumento para assegurar direitos fundamentais quando o Estado falha em cumprir suas obrigações.

3.3 Impactos e alternativas para a judicialização da saúde

A judicialização da saúde, embora represente um instrumento legítimo de efetivação do direito fundamental à vida e à saúde, tem gerado relevantes impactos estruturais, financeiros e institucionais no Sistema Único de Saúde (SUS). O fenômeno reflete tanto a ineficiência administrativa e a omissão estatal quanto a crescente conscientização dos cidadãos sobre seus direitos. Contudo, seu crescimento desordenado impõe desafios ao equilíbrio entre o direito individual e o interesse coletivo.

Do ponto de vista financeiro e orçamentário, as decisões judiciais determinando o fornecimento de medicamentos e tratamentos fora das políticas públicas acarretam um desvio de recursos que deveriam ser aplicados de forma planejada e equitativa. Segundo dados do

Conselho Nacional de Justiça (CNJ, 2022), os gastos com cumprimento de decisões judiciais em saúde superam bilhões de reais por ano, comprometendo a execução de programas preventivos e a compra de insumos básicos. Tal situação evidencia o risco de inversão de prioridades, em que decisões individuais se sobrepõem ao planejamento coletivo elaborado por órgãos técnicos e gestores do SUS.

Além do impacto econômico, há um efeito institucional relevante: a atuação frequente do Judiciário em temas de política pública pode gerar um processo de substituição das funções típicas do Executivo, o que fere o princípio da separação dos poderes. Como adverte Luís Roberto Barroso (2013, p. 457), “o Judiciário não pode transformar-se em gestor da saúde pública, sob pena de comprometer a legitimidade democrática e a racionalidade administrativa do sistema”. Assim, a intervenção judicial deve ser subsidiária e excepcional, destinada a corrigir omissões inconstitucionais ou ilegalidades flagrantes.

No plano social e ético, a judicialização também tem produzido desigualdades. Indivíduos com maior poder aquisitivo e acesso a assessoria jurídica tendem a obter medicamentos e tratamentos mais caros, enquanto outros cidadãos permanecem à margem do sistema. Essa disparidade fere o princípio da isonomia e da universalidade do SUS, previsto no art. 196 da Constituição Federal, que assegura o direito à saúde a todos, sem distinção.

Diante desses desafios, o próprio Judiciário tem buscado adotar alternativas e mecanismos de racionalização. A criação dos Núcleos de Apoio Técnico do Poder Judiciário (NAT-Jus), previstos pela Resolução CNJ nº 238/2016, é uma das medidas mais relevantes, pois fornece subsídios técnico-científicos aos magistrados com base em evidências médicas e protocolos do SUS, garantindo decisões mais fundamentadas e uniformes. Além disso, iniciativas como os Comitês Executivos de Saúde e o Banco Nacional de Pareceres Técnicos (e-NATJus) contribuem para a construção de um modelo de cooperação interinstitucional entre Judiciário, Ministério Público e gestores da saúde.

Outra alternativa essencial consiste no fortalecimento das instâncias administrativas de solução de conflitos, como ouvidorias, câmaras de conciliação e mediação em saúde, que buscam resolver demandas antes que se transformem em ações judiciais. Soma-se a isso a importância da atuação preventiva do Estado, com políticas públicas mais eficientes de incorporação tecnológica, transparência e equidade na distribuição de recursos, evitando que o cidadão necessite recorrer ao Judiciário para obter o que lhe é de direito.

Em síntese, a judicialização da saúde é um fenômeno complexo e multifacetado: embora garanta a efetividade de direitos fundamentais em casos concretos, também impõe riscos à sustentabilidade e à legitimidade das políticas públicas. O desafio, portanto, não é eliminar a judicialização, mas torná-la racional e equilibrada, por meio do diálogo entre os poderes e da adoção de critérios técnicos, éticos e constitucionais que assegurem o acesso igualitário e eficiente à saúde.

CONCLUSÃO

A presente pesquisa teve como objetivo analisar a judicialização da saúde no Brasil, com enfoque no fornecimento de medicamentos por decisão judicial, buscando compreender os fundamentos jurídicos, as causas, os desafios e as consequências desse fenômeno para a efetivação do direito à saúde e para a gestão das políticas públicas.

Partindo da análise do direito à saúde como direito humano e fundamental, constatou-se que a Constituição Federal de 1988 conferiu-lhe status de direito social essencial, impondo ao Estado o dever de assegurar a todos o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. A saúde, portanto, constitui expressão direta do princípio da dignidade da pessoa humana, fundamento da República e parâmetro de interpretação de todo o sistema constitucional.

A partir dessa premissa, observou-se que a judicialização da saúde emerge como resposta à ineficiência das políticas públicas e à incapacidade estatal de garantir, de forma plena e equitativa, o atendimento das demandas da população. Embora a intervenção judicial tenha o mérito de concretizar direitos fundamentais e assegurar a efetividade imediata de prestações essenciais, especialmente em casos de urgência ou omissão administrativa, verificou-se que sua expansão descontrolada pode gerar impactos negativos significativos. Entre eles, destacam-se o desequilíbrio orçamentário, a quebra da isonomia entre os cidadãos, a desorganização do planejamento público e a potencial violação ao princípio da separação dos poderes.

A análise dos princípios constitucionais do mínimo existencial e da reserva do possível revelou-se essencial para compreender os limites e possibilidades da atuação judicial. Enquanto o primeiro garante o núcleo irredutível dos direitos sociais, indispensável à vida digna, o segundo estabelece restrições materiais e financeiras à atuação estatal. No entanto,

conforme reconhece a jurisprudência do Supremo Tribunal Federal (STF), a reserva do possível não pode ser invocada genericamente para justificar a omissão do Estado, devendo sempre ser ponderada em conjunto com a dignidade humana e a proteção ao mínimo existencial.

Os precedentes do STF, especialmente os Temas 6, 500 e 1234 da repercussão geral, contribuíram para consolidar parâmetros de atuação do Judiciário, orientando as decisões sobre o fornecimento de medicamentos. Esses julgados reforçam a necessidade de observância de critérios técnicos, como a existência de registro na ANVISA, a inexistência de alternativas terapêuticas e a comprovação de incapacidade financeira do paciente, a fim de preservar a racionalidade do sistema público de saúde e evitar decisões isoladas que comprometam o interesse coletivo.

Os resultados desta pesquisa demonstram que a judicialização, embora necessária em muitos casos, deve ser vista como medida excepcional, cabível apenas diante da comprovada omissão ou falha estatal. O fortalecimento das instâncias técnicas e administrativas, como a CONITEC e os Núcleos de Apoio Técnico do Judiciário (NAT-Jus), revela-se fundamental para garantir maior segurança científica às decisões judiciais e racionalidade na aplicação dos recursos públicos.

Conclui-se, portanto, que o desafio não está em eliminar a judicialização da saúde, mas em aperfeiçoar seus mecanismos e fundamentos, de modo que o Judiciário atue como garantidor dos direitos fundamentais sem comprometer a legitimidade democrática e a eficiência das políticas públicas. A efetividade do direito à saúde requer uma atuação integrada entre os poderes do Estado, pautada pelo diálogo institucional, pela transparência e pela busca do equilíbrio entre a tutela individual e o interesse coletivo. Somente assim será possível alcançar uma prestação de saúde pública justa, sustentável e conforme os ideais constitucionais de igualdade, dignidade e solidariedade social.

REFERÊNCIAS

AITH, Fernando. **Direito à saúde: fundamentos, princípios e aplicação.** São Paulo: Quartier Latin, 2014.

ALEXY, Robert. **Teoria dos direitos fundamentais.** 2. ed. São Paulo: Malheiros, 2008.

BARCELLOS, Ana Paula de. **A eficácia jurídica dos princípios constitucionais: o princípio da dignidade da pessoa humana.** Rio de Janeiro: Renovar, 2002.

BARROSO, Luís Roberto. **Curso de Direito Constitucional Contemporâneo: os conceitos fundamentais e a construção do novo modelo.** 6. ed. São Paulo: Saraiva, 2013.

BARROSO, Luís Roberto. **Judicialização, ativismo judicial e legitimidade democrática.** In: SARMENTO, Daniel; BARROSO, Luís Roberto (orgs.). *Direitos sociais: fundamentos, judicialização e direitos sociais em espécie*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2017.

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. **Judicialização da Saúde no Brasil: Panorama Nacional 2022.** Brasília: CNJ, 2022.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.**

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.** Diário Oficial da União: Brasília, DF, 19 set. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 8 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME).** 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sectics/rename>. Acesso em: 8 out. 2025.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **AI 674.764-AgR/PI,** Rel. Min. Dias Toffoli, j. 14.10.2011. Disponível em: www.stf.jus.br. Acesso em: 29 set. 2025.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Agravo Regimental no Recurso Extraordinário 271.286/RS.** Rel. Min. Celso de Mello, j. 12. 09. 2000.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Agravo Regimental no Recurso Extraordinário 727.864,** Rel. Min. Celso de Mello, 2ª Turma, j. 04. 11. 2014. Diário de Justiça Eletrônico, 13 nov. 2014.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Recurso Extraordinário 566.471/RN, Tema 6 da repercussão geral,** Rel. Min. Marco Aurélio, j. 20.09.2024. Disponível em: www.stf.jus.br. Acesso em: 29 set. 2025.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Recurso Extraordinário 657.718/MG, Tema 500 da repercussão geral,** Rel. Min. Marco Aurélio, julgado em 22 mai. 2019. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/jurisprudenciaRepercussao/verAndamentoProcesso.asp?incidente=4143144&numeroProcesso=657718&classeProcesso=RE&numeroTema=500>. Acesso em: 8 out. 2025.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Recurso Extraordinário nº 1.366.243/SC, Tema 1234 da repercussão geral,** Rel. Min. Gilmar Mendes, julgado em 06/09/2024 a 13/09/2024. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/jurisprudenciaRepercussao/verAndamentoProcesso.asp?incidente=6335939&numeroProcesso=1366243&classeProcesso=RE&numeroTema=1234>. Acesso em: 8 out. 2025.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Suspensão de Tutela Antecipada nº 175**. Rel. Ministro Gilmar Ferreira Mendes. Brasília/DF, 16 de março de 2010. Disponível em: www.stf.jus.br. Acesso em: 29 set. 2025.

CANOTILHO, J. J. Gomes. **Direito constitucional e teoria da constituição**. 7. ed. Coimbra: Almedina, 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Constituição da Organização Mundial da Saúde**. Nova York: OMS, 1946. Disponível em: <https://www.who.int/about/governance/constitution>. Acesso em: 08/10/2025

PAIM, Jairnilson. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013.

SARLET, Ingo Wolfgang; FIGUEIREDO, Mariana Filchtiner. **Reserva do possível, mínimo existencial e direito à saúde: algumas aproximações**. Revista de Doutrina da 4ª Região, Porto Alegre, n. 22, 2008.