

CENTRO UNIVERSITÁRIO
UNIDADE DE ENSINO SUPERIOR DOM BOSCO
CURSO DE DIREITO

JOÃO GABRIEL FREIRE COSTA

ACESSO A SAÚDE E JUDICIALIZAÇÃO: responsabilidade do Estado na garantia
do acesso a medicamentos de alto custo

São Luís
2025

JOÃO GABRIEL FREIRE COSTA

ACESSO A SAÚDE E JUDICIALIZAÇÃO: responsabilidade do Estado na garantia do acesso a medicamentos de alto custo

Monografia apresentada ao Curso de Graduação em Direito do Centro Universitário Unidade Superior Dom Bosco como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Direito.

Orientador (a): Prof. Dr. Arnaldo Vieira Sousa

São Luís

2025

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Centro Universitário – UNDB / Biblioteca

Costa, João Gabriel Freire

Acesso a saúde e judicialização: responsabilidade do Estado na garantia do acesso a medicamentos de alto custo. / João Gabriel Freire Costa. __ São Luís, 2025.

49 f.

Orientador: Prof. Dr. Arnaldo Vieira Sousa.

Monografia (Graduação em Direito) - Curso de Direito –
Centro Universitário Unidade de Ensino Superior Dom Bosco –
UNDB, 2025. CDU 340:614

JOÃO GABRIEL FREIRE COSTA

ACESSO A SAÚDE E JUDICIALIZAÇÃO: responsabilidade do Estado na garantia do acesso medicamentos de alto custo

Monografia apresentada ao Curso de Graduação em Direito do Centro Universitário Unidade de Ensino Superior Dom Bosco como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharelado em Direito.

Aprovada em: 01/08/2025.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Arnaldo Vieira Sousa

Centro Universitário
Unidade de Ensino Superior Dom Bosco – UNDB

Prof. Me. Diego Soares

Centro Universitário
Unidade de Ensino Superior Dom Bosco - UNDB

Prof. Me. Carlos Henrique Falcão

Centro Universitário
Unidade de Ensino Superior Dom Bosco – UNDB

AGRADECIMENTOS

É tácito afirmar que o desenvolvimento pessoal e acadêmico de todo profissional e cidadão só é possível com a presença e constante suporte do ciclo social em que está inserido dentre os quais devo agradecer:

Primeiramente agradeço a Deus por ter me dado o dom da vida e por ter sido possível o acesso à educação graças aos esforços árduos da família em que ele me concebeu.

Ao meu orientador e coordenador do curso de Direito da UNDB Arnaldo Vieira Souza o qual sempre me incentivou e “puxou a orelha” quando necessário, além de muita paciência em tantos anos de convivência.

A todos os outros professores que participaram ativamente no dia a dia acadêmico para que pudesse ser criado um senso crítico e que contribuíssem tanto para o capital cultural e acadêmico constituído. Em especial aos professores Sebastiao Moreira Duarte, Moacir Antonio Col Debella.

Aos meus amigos que sempre acreditaram em mim e me deram total apoio e suporte para que o dia a dia fora do mundo acadêmico sempre fosse sempre preenchido de muita felicidade amor e leveza. Principalmente Vinicius Traxler, Carlos Fiquene, Adriano Brandão, João Pedro Baesse e seus pais Debora e Jair Baesse (que puxaram minha orelha para retornar ao meu curso) e Gabriel Oliveira Morais Rego.

Agradecimento em especial a minha família: Meus pais Glaucia Irauna de Melo Freire, (a qual teve muita paciência e me aturou em toda a vida acadêmica) e José de Everton Paiva Costa. Meu Paidrasto Joabe Pereira de Souza. Minhas Irmãs e meu irmão Mariana Freire Costa, Thais Freire Costa, Milena Tavares Costa e Estevao Tavares Costa. E a minha namorada Danielle Dias por me apoiar e acreditar sempre.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1 - Estatísticas Processuais de Direito à Saúde - 2024	28
Gráfico 2 - Estatísticas Processuais de Direito à Saúde - Tribunal de Justiça do Estado do Maranhão (TJMA) - 2024	28

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CNJ	Conselho Nacional de Justiça
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CNRS	Comissão Nacional de Reforma Sanitária
CRFB	Constituição da República Federativa do Brasil
DRS	Departamento Regional de Saúde
DPEMA	Defensoria Pública do Estado do Maranhão
DATAJUD	Base Nacional de dados do Poder Judiciário
FENAMA	Federação Brasileira de Instituições Filantrópicas de Apoio a Saúde da Mama
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INSPER	Instituição de Ensino Superior Brasileira
OMS	Organização Mundial da Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SP	São Paulo
SE	Sergipe
STF	Supremo Tribunal Federal
STJ	Superior Tribunal de Justiça
TRF1	Tribunal Regional Federal da 1ª Região
TRF3	Tribunal Regional Federal da 3ª Região
TJMT	Tribunal de Justiça do Estado do Mato Grosso
TJMA	Tribunal de Justiça do Estado do Maranhão
TJSP	Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo

RESUMO

O presente trabalho traz como tema “Acesso a saúde e judicialização: responsabilidade do Estado na garantia do acesso a medicamentos de alto custo”. Logo, o objetivo principal é analisar o direito ao acesso a saúde no Brasil, verificando ainda os impactos da judicialização desse direito no tocante aos medicamentos de alto custo, tendo em vista que a falha na prestação dos serviços pelo Estado colabora com o aumento no número de demandas com esse teor no judiciário, além de demonstrar quais medidas o judiciário tem tomado para melhorar e tornar mais célere a análise das demandas, visando assegurar a saúde, a vida e a dignidade humana do paciente. Os dados foram analisados seguindo a metodologia bibliografia, de acordo com a análise da legislação pertinente, de pesquisas científicas e artigos disponíveis em repositórios institucionais, além da compreensão através da doutrina concernente ao tema, assim como também de análise detalhada das decisões judiciais sobre a judicialização do acesso a saúde. Como resultado verificou-se que ainda que a recente tese do STF seja um importante instrumento na defesa do acesso a saúde pela população, essa medida não substitui a urgência na promoção de políticas públicas mais eficientes e que acompanhem a realidade nas pesquisas científicas por parte do poder executivo. Tendo em vista que grande parte dessa deficiência que o sistema de saúde enfrenta advém da má gestão dos recursos disponíveis ou do corte nos recursos financeiros existentes. Torna-se, portanto, imprescindível o fortalecimento dessas políticas públicas, em especial pelo poder executivo, priorizando o financiamento adequado, a qualificação de gestão e valorização da atenção primária como eixo estruturante da saúde pública.

Palavras-Chave: Dignidade da pessoa humana; Judicialização; Responsabilidade Estatal; Saúde Pública; Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

This paper addresses the topic "Access to Health and Judicialization: The State's Responsibility in Guaranteeing Access to High-Cost Medications." Therefore, the main objective is to analyze the right to access to health care in Brazil, assessing the impacts of the judicialization of this right regarding high-cost medications. This study also examines the failure of the State to provide services that contribute to the increase in the number of such lawsuits filed in the judiciary. It also demonstrates the measures the judiciary has taken to improve and expedite the analysis of these lawsuits, aiming to ensure the health, life, and human dignity of patients. The data were analyzed using bibliographic methodology, based on an analysis of relevant legislation, scientific research, and articles available in institutional repositories. This analysis also included an understanding of the relevant doctrine, as well as a detailed analysis of court decisions on the judicialization of access to health care. As a result, it was found that, although the recent Supreme Court thesis is an important instrument in defending the population's access to healthcare, this measure does not replace the executive branch's urgent need to promote more efficient public policies that reflect the reality of scientific research. This is because much of the health system's shortcomings stem from mismanagement of available resources or cuts in existing financial resources. It is therefore essential to strengthen these public policies, especially by the executive branch, prioritizing adequate funding, management qualifications, and the appreciation of primary care as a structuring axis of public health.

Keywords: Human Dignity; Judicialization; State Responsibility; Public Health; Unified Health System.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
2. ACESSO A SAÚDE	13
2.1 Aspectos históricos do acesso a saúde	13
2.2 8ª Conferência Nacional da Saúde (CNS).....	18
2.3 A Constituição Federal de 1988 e o Sistema Único de Saúde.....	20
3. JUDICIALIZAÇÃO COMO FORMA DE EFETIVAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE NO BRASIL	24
3.1 Judicialização	24
4. RESPONSABILIDADE CIVIL DO ESTADO NA GARANTIA DOS MEDICAMENTOS DE ALTO CUSTO	33
4.1 Aspectos Gerais	33
4.2 Medicamentos de alto custo	34
4.2.1 Análise de casos Concretos	37
4.3 Tema Repetitivo nº 1234 do Supremo Tribunal Federal	40
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	43
REFERÊNCIAS.....	45

1. INTRODUÇÃO

O direito a saúde é um direito social e fundamental nos termos dos preceitos elencados na Constituição Federal de 1988, sendo, portanto, de responsabilidade do Estado o dever de promover políticas públicas eficientes na defesa do acesso a saúde da população de forma universal, igualitária e integral. Dessa forma, com o advento da Carta Magna, a saúde no Brasil ganhou novos direcionamentos, tendo como principal marco a implantação do Sistema Único de Saúde através da Lei nº. 8.080/1990.

Dessa forma, o SUS trouxe um modelo público e descentralizado dos serviços de saúde, com a finalidade de viabilizar o acesso da população. No entanto, ainda que o sistema tenha o condão de tornar eficiente a universalidade e igualdade, apresenta lacunas e deficiências na sua execução em virtude dos cortes no orçamento, escassez de recursos e má gestão.

Nesse sentido, o cidadão quando da morosidade, da necessidade de urgência ou a falta de disponibilidade de medicamentos no SUS, não vê outra alternativa, a não ser buscar a efetividade do seu direito na via judicial, fomentando o fenômeno da judicialização do acesso a saúde, que conforme o Conselho Nacional de Justiça, vem crescendo de forma desenfreada, demonstrando a falha gravíssima do estado na prestação dos serviços e a invisibilidade vivenciada pelo setor da saúde diante da má gestão do poder executivo.

Logo, a pesquisa buscou responder à seguinte pergunta: qual o impacto da necessidade de judicialização do direito a saúde? E qual a responsabilidade do Estado no combate a violação do direito fundamental a saúde no. Tendo, assim, como objetivo geral, compreender os impactos da judicialização do acesso a saúde na sociedade, em especial no tocante aos medicamentos de alto custo.

Assim, a pesquisa teve como objetivos específicos: analisar o direito ao acesso a saúde no Brasil, com intuito de verificar os impactos da judicialização desse direito no tocante aos medicamentos de alto custo, visto que, a falha na prestação dos serviços pelo Estado colabora com o aumento no número de demandas com esse teor no judiciário, além de demonstrar quais medidas o judiciário tem tomado para melhorar e tornar mais célere a análise das demandas, visando assegurar a saúde, a vida e a dignidade humana do paciente.

Com isso, a pesquisa possui cunho bibliográfico, fazendo uso do método hipotético-dedutivo, que tem o condão de formular uma hipótese para explorar o assunto abordado (Gil, 2008), além da análise de artigos científicos em repositórios institucionais disponíveis na internet, assim como também apreciação da doutrina, legislação pertinente ao tema e com o auxílio da análise detalhada das decisões judiciais concernentes ao tema.

Desse modo, a pesquisa dividiu-se em três capítulos, onde no primeiro é apresentado a evolução histórica do acesso ao direito à saúde no Brasil, visto que as lutas sociais ocuparam um lugar importante no combate a desigualdade e na democratização e criação de um Sistema Único de Saúde na promoção do direito fundamental à saúde inerente a todos.

No segundo capítulo, demonstrou-se o fenômeno da judicialização do acesso a saúde, que vem crescendo de forma preocupante. Pois, na vigência da falha da prestação de serviços e nas deficiências que o sistema apresenta, o cidadão só tem seu direito assegurado através das decisões judiciais, o que remonta a violação dos princípios basilares da saúde no Brasil.

E por fim, no terceiro capítulo, foi analisado a responsabilidade do Estado na promoção da defesa do acesso a saúde, em especial, aos medicamentos de alto custo, com base na análise detalhada das decisões judiciais dos Tribunais de Justiça do país, verificando a atuação dos órgãos competentes na defesa do direito fundamental a saúde, assim como também a recente tese firmada pelo Supremo Tribunal Federal na Repercussão Geral nº. 1234/2024, a fim de promover celeridade nas demandas judiciais e aguçar o poder executivo para cumprir o seu papel nessa questão social.

Com resultado, verificou-se que ainda que o Supremo Tribunal Federal tenha promovido um importante marco na promoção na defesa do acesso a saúde pela população, ao dispor sobre critérios fixos de análises das demandas que chegam no judiciário, essa medida não substitui a urgência na promoção de políticas públicas mais eficientes e que acompanhem a realidade nas pesquisas científicas por parte do poder executivo.

Tornando, assim, de suma importância o fortalecimento dessas políticas públicas, necessitando de um olhar especial pelo poder executivo, priorizando o financiamento adequado, a qualificação de gestão e valorização da atenção primária como eixo estruturante da saúde pública.

2. ACESSO A SAÚDE

O acesso a saúde, nos termos da Constituição Federal de 1988, é um direito fundamental e social. Compreendendo o acesso igualitário e universal aos cidadãos. Ocorre que, na prática, ainda que a legislação brasileira assegure o acesso a sociedade, uma parcela desta necessita fazer uso do poder judiciário para que o direito ao acesso a saúde seja efetivado.

2.1 Aspectos históricos do acesso a saúde

A saúde é um aspecto vital inerente ao ser humano, uma questão social e cultural. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1946, saúde significa um estado de completo bem estar físico, mental e social. Porém, o acesso a saúde no Brasil, desde o período colonial, enfrentou e ainda encara dificuldades, ao passo que anteriormente, a realidade social e legislativa fomentava a desigualdade e a segregação da população.

Desse modo, a Fundação Nacional de Saúde, destaca que:

A História da Saúde Pública no Brasil tem sido marcada por sucessivas reorganizações administrativas e edições de muitas normas. Da instalação da colônia até a década de 1930, as ações eram desenvolvidas sem significativa organização institucional. A partir daí iniciou-se uma série de transformações, ou melhor, foram criados e extintos diversos órgãos de prevenção e controle de doenças, culminando, em 1991, com a criação da Fundação Nacional de Saúde. No que concerne à saúde preventiva, ao longo de toda a existência, o Brasil enfrentou diversas dificuldades institucionais e administrativas decorrentes do limitado desenvolvimento científico, tecnológico e industrial, bem como pela expansão da assistência médica, atrelada à lógica do mercado. Mas, também, principalmente, pelo lento processo de formação de uma consciência dos direitos de cidadania (Brasil, 2017).

Por outro lado, verifica-se que no período colonial a premissa base para o acesso a saúde era o financeiro, visto que não eram disponibilizados serviços públicos gratuitos para a população e por esse motivo, apenas os mais abastados tinham acesso aos recursos existentes em defesa da saúde.

Logo, as primeiras notícias dos serviços de saúde do país, são datados de 1850, em que após a colonização sentiu-se a necessidade de atenção à saúde da população e de uma estrutura sanitária mínima, já que à época, esse tipo de serviço

estava limitado a delegação das estruturas sanitárias as juntas municipais e ao controle de navios e saúde dos portos, já que o interesse em evitar a proliferação de doenças que viessem a afetar o império já chamava atenção (Polignano, 2000).

Desse modo, na segunda metade do século XIX, a revolução industrial foi um importante marco para o início da melhora dos serviços de saúde. Já que com a necessidade da expansão da indústria, as pessoas eram trazidas dos grandes centros rurais para o polo urbano, o que criou condições propícias para a proliferação de doenças e epidemias (Brasil, 2017).

Assim, em 1850, através do Decreto nº. 533, o governo determinou que as sobras da receita fossem aplicadas como recursos para o combate as epidemias:

Art. 1º O Governo fica autorizado a despende até a quantia de cem contos de réis nas medidas necessárias e convenientes a obstar em todo o Imperio a propagação da epidemia reinante e nos soccoros dos enfermos necessitados, dando de tudo conta ao Corpo Legislativo.

Art. 2º Para acudir a esta despeza he o mesmo Governo autorizado a empregar as sobras da receita, e na falta poderá emitir Apolices, ou fazer outra qualquer operação de credito que mais conveniente julgar (Brasil, 1850).

Logo, no ano seguinte, com a edição do Decreto nº. 752, de 8 de janeiro de 1851, instaurou-se o Ministério do Império, em que diante da emergência da doença tuberculose, necessitou-se de mais recursos financeiros e organizacionais no combate às doenças e para a proteção a saúde, criando ainda o regulamento do registro de nascimento e de óbitos com a finalidade de mensurar de forma estatística o impacto da doença na população, o que foi de grande valia.

Demonstra-se que ao longo dos anos, a necessidade da ampliação dos recursos para o acesso da população a saúde foi marcada pela proliferação de doenças como por exemplo, a febre amarela e tuberculose. E que isso demandava uma atenção e uma regulamentação específica por parte do governo.

De igual modo, segundo a Fundação Nacional da Saúde (2017), os avanços significativos de caráter científico e legislativos do acesso a saúde, ocorreram nas primeiras décadas do século XX, com a criação do Instituto Soroterápico Federal percussor na criação e fabricação de soros e vacinas contra a endemias:

Epidemias de doenças transmissíveis, em particular a febre amarela e a malária, produziram um impacto dramático de mortalidade nas cidades e nos principais canteiros de obras localizados nos países periféricos, causando prejuízo ao comércio e dificultando a expansão do capitalismo. A solução, na

época, veio sob a forma de incentivo público às pesquisas biomédicas, sobretudo àquelas dirigidas às doenças tropicais e à formação de equipes de trabalho organizadas em moldes militares, capazes de intervir com disciplina e eficácia quando necessário. Estavam criadas as campanhas sanitárias. O sucesso dessas campanhas sanitárias destacou-se tanto por seus resultados no controle de processos epidêmicos, como pelo exemplo de articulação entre o conhecimento científico, a competência técnica e a organização do processo de trabalho em saúde (Brasil, 2017).

Logo, o combate em prol das melhorias científicas e legislativas no acesso a saúde, teve como principal defensor o médico cientista Oswaldo Cruz, que em 1903 foi nomeado o Diretor Geral de Saúde Pública do país, cargo este que posteriormente foi alterado para Ministro da Saúde. Oswaldo Cruz foi o maior defensor do acesso à saúde, uma vez que através das campanhas de vacinação e de medidas sanitárias para minimizar e erradicar a proliferação das doenças, fomentava que o tratamento igualitário na distribuição dos recursos em saúde ajudava a população a se aproximar de uma sociedade livre da proliferação de doenças.

Portanto, as principais reformas promovidas por Oswaldo Cruz foram o registro demográfico, que possibilitava conhecer a composição e os fatos vitais de importância da população, assim como também a introdução do laboratório como auxiliar essencial do diagnóstico etiológico e por último, a fabricação organizada de produtos profiláticos para uso em massa, ou seja, vacinas e soros (Polignano, 2000).

Dessa forma, em 31 de outubro de 1904, através do Decreto nº. 1.261, tornou-se obrigatória em toda a República a vacinação e revacinação contra a varíola, doença que assolava o país, e que de acordo com dados da Fundação Nacional da Saúde, nos primeiros cinco meses, a doença afetou 1.800 pessoas (Brasil, 2017).

Anos mais tarde, Carlos Chagas, assumiu o cargo de Diretor Geral da Saúde, e em 1920 trouxe políticas que reformaram os Serviços de Saúde Pública do Brasil, através dos Decretos 3.987, de 2 de janeiro de 1920 e 14.189, de 26 de maio de 1920, criando um departamento nacional de saúde pública, além de intensificar a importância do trabalho conjunto de todos os estados do país na execução das medidas de acesso à saúde e combate as doenças e crises sanitárias.

Na década de 1930, houve a criação do Ministério dos Negócios, com a finalidade de unificar as políticas públicas de saúde e de educação em todo o país. Já na década de 1940, com a reforma de Barros Barreto, houve a instituição de órgãos normativos e supletivos destinados a orientar a assistência sanitária e hospitalar, assim como também a criação de órgãos executivos de ação direta contra as

endemias mais importantes, como por exemplo, malária, febre amarela e peste (Polignano, 2000).

Segundo Mereles (2018):

Os sanitaristas comandaram esse período com campanhas de saúde, sendo um dos destaques o médico Oswaldo Cruz, que enfrentou revoltas populares na defesa da vacina obrigatória contra a varíola – na época, a população revoltou-se com a medida, pois não foram explicados os objetivos da campanha e do que se tratavam as vacinas. As ações dos sanitaristas chegaram até o Sertão Nordestino, divulgando a importância dos cuidados com a saúde no meio rural. Lá, porém, as pessoas eram muito pobres e continuavam em moradias precárias, vitimadas por doenças mesmo com a disseminação de vacinas.

Observa-se que com a reforma trazida por Barros Barreto, houve o fortalecimento do Instituto Oswaldo Cruz, que passou a ser referência nacional, já que descentralizou as atividades normativas e executivas para 8 regiões sanitárias, possibilitando uma abrangência maior dos recursos da saúde pública, instituindo ainda o Instituto Nacional do Câncer.

Ocorre que, em meio a uma revolução nas legislações existentes que visavam a promoção do acesso a saúde em caráter nacional, a causa enfrentava problemas na escassez de recursos, uma vez que os conflitos de gestão e de jurisdição se sobressaíam, minimizando a causa e demonstrando que a saúde pública no estado novo se reduzia a aspectos normativos que na prática, não tinha muita eficiência.

Na década de 1950, foi criado o Ministério da Saúde, por meio do decreto 1.920, de 25 de julho de 1953, com a finalidade de atuar de forma exclusiva nas questões envolvendo a saúde pública e seus recursos. Nessa mesma época ocorreu a 3ª Conferência Nacional da Saúde, evento inserido pela Constituição de 1937, que passou a ocorrer anualmente para debater e promover a saúde do Brasil.

De igual modo, a 3ª Conferência Nacional de Saúde ocorreu no final de 1963, sendo um marco importante na história do acesso a saúde no Brasil. Tendo em vista que pela primeira vez, foi sugerido a criação de um sistema único de saúde, com a finalidade de universalizar os serviços de forma igualitária. Ocorre que, em detrimento a emergência do período ditatorial que teve início em março de 1964, a execução projeto de criação de um sistema único de saúde precisou ser adiado.

Nesse meio tempo, durante o regime militar, a saúde pública foi afetada pelos cortes de gastos do governo, o que agravou as endemias, como por exemplo, a

dengue, meningite e malária, ocasionando ainda em um número alarmante de mortes, principalmente de crianças (Mereles, 2018). Até que o governo, buscou adotar medidas para conter a crise, e assim criou o Instituto Nacional da Previdência Social (INPS), que uniu órgãos previdenciários que já existiam desde a década de 1930, com a intenção de aperfeiçoar o atendimento médico a população.

Polignano (2000), em obra sobre o tema defende que:

A criação do INPS propiciou a unificação dos diferentes benefícios ao nível do IAP's. Na medida em que todo o trabalhador urbano com carteira assinada era automaticamente contribuinte e beneficiário do novo sistema, foi grande o volume de recursos financeiros capitalizados. O fato do aumento da base de contribuição, aliado ao fato do crescimento econômico da década de 70 (o chamado milagre econômico), do pequeno percentual de aposentadorias e pensões em relação ao total de contribuintes, fez com que o sistema acumulasse um grande volume de recursos financeiros. Ao unificar o sistema previdenciário, o governo militar se viu na obrigação de incorporar os benefícios já instituídos fora das aposentadorias e pensões. Um destes era a assistência médica, que já era oferecido pelos vários IAPs, sendo que alguns destes já possuíam serviços e hospitais próprios.

Logo, com a instituição das INP's, o governo passou a enxergar a atenção primária da saúde cada vez mais como responsabilidade dos municípios, já que os hospitais municipais são o primeiro acesso que a população recorre quando da situação de saúde, enquanto que os casos mais complexos passaram a ser enxergados como responsabilidade dos governos estaduais e federal.

Por outro lado, ao longo dos anos 1970, mesmo vivenciando um auge econômico, as verbas da saúde permaneciam sofrendo cortes e sendo invisibilizada e inviabilizadas pelos governos, uma vez que passaram a ter apenas 1% do orçamento geral da União (Mereles, 2018). Porém, já no final da década, os municípios passaram a estruturar de uma forma melhor a atenção básica, uma vez que foram criadas as Secretarias de Saúde Municipais, o que ajudou na descentralização das decisões e projetos envolvendo a saúde pública, uma vez que concedeu mais autonomia ao ente municipal.

Assim, na década de 1980, o acesso a saúde e seu desenvolvimento passou por uma grande reforma. Sendo esta década portanto, a mais importante para o acesso universal e igualitário da população aos serviços da saúde, incorrendo na reforma sanitária.

2.2 8ª Conferência Nacional da Saúde (CNS)

Como mencionado anteriormente, os órgãos de saúde criaram a Conferência Nacional da Saúde como uma forma de debater e propor melhores condições técnicas e sociais do acesso a saúde, além de ser um importante marco na história da legislação da saúde no país. Logo, em meados de 1986, quando o país já vivenciava o processo de redemocratização, ocorreu a 8ª Conferência Nacional da Saúde, que pela primeira vez, contou com representantes da sociedade civil.

A conferência, já tinha como objetivo elaborar um projeto legislativo para apresentar na Assembleia Constituinte, e as ideias de criação de um sistema único de saúde, que começaram a ser galgadas na década de 1970 finalmente saíam do papel, por esse motivo, a conferência contou com mais de quatro mil participantes e 135 grupos de trabalho, unidos em prol da formulação de um novo sistema de saúde (Chagas; Torres, 2022).

Desse modo, o debate versava sobre três temas principais: a saúde como um dever do estado e um direito da sociedade como um todo e o financiamento setorial que o sistema necessitaria. Tendo em vista que em pesquisas realizadas em anos anteriores, comprovou-se que as mudanças que o sistema e a legislação referente a saúde necessitavam não demandava apenas uma reforma administrativa ou financeira, e sim social e igualitário; em outras palavras, foi necessário implantar uma reforma sanitária (Chagas; Torres, 2022).

Portanto, os especialistas tinham como princípios base a universalidade e igualdade no fornecimento e recebimento de serviços de saúde, para que assim a sociedade e o entes federativos passassem a seguir um sistema único. Tendo em vista que à época, o sistema ainda possuía o caráter financeiro como agente segregador do acesso à saúde.

Diante disso, o pesquisador Arlindo Gómez, militante do movimento sanitário e ex presidente da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), destaca:

O que tivemos em 1986 não aconteceu de repente, nem foi coisa de uma ou duas cabeças geniais. Foi o amadurecimento de todo esse processo de pesquisa, prática, reflexão e ensino que se fez por mais de dez anos. Quando chegamos à Conferência, isso já estava maduro. E a proposta de uma nova Constituição, que já estava em pauta, era um espaço para que novas ideias em relação à saúde fossem colocadas. O país estava aberto para se redefinir, para decidir qual era a função do Estado e o que cabia à sociedade (Brasil, 2022).

Portanto, no que pese a convocação da 8ª CNS, nela restava claro o conflito entre o Ministério da Previdência e Assistência Social com o Ministério da Saúde, uma vez que até aquele momento, a assistência à saúde estava restrita aqueles que trabalhavam de carteira assinada e podiam usufruir dos serviços da saúde, visto que essa foi uma das formas de financiar os serviços de saúde. Logo, o intuito do Ministério da Saúde era incorporar na nova legislação o Instituto Nacional de Assistência Médica da previdência Social (INAMPS), demonstrando que a 8ª CNS foi uma tentativa de resolver esse problema.

Segundo a médica, pesquisadora e militante sanitária Sara Escorel (2022), a 8ª CNS foi a primeira a contar com a participação de usuários, e que essa decisão partiu de Sérgio Arouca, que era o presidente da Fiocruz na época. A pesquisadora analisa ainda que a atuação de Arouca foi de suma importância para o movimento de unificação do serviço de saúde.

Verifica-se, portanto, que o projeto do Sistema Único de Saúde, foi elaborado durante a 8ª CNS, que teve como teor não só a estrutura, mas também o funcionamento do sistema. Além disso, o projeto versou sobre o financiamento, que segundo o projeto, passaria a vir dos impostos gerais, como uma alternativa para promover de forma mais eficiente os serviços do SUS.

Assim, no projeto da 8ª CNS, foi estabelecido:

[...] propostas de integralização das ações, de regionalização e hierarquização das unidades prestadoras de serviço e de fortalecimento do município [...] O relatório aponta ainda a necessidade de participação popular, através de entidades representativas, na formulação da política, no planejamento, na gestão e na avaliação do sistema. [...] Outra grande resolução diz respeito a um conceito mais abrangente de saúde, que é descrita no relatório final como uma resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, lazer, liberdade, acesso à posse de terra e a serviços de saúde (Brasil, 1986).

Observa-se que até aquele momento, o conceito sobre saúde era o estabelecido pela OMS em 1946, e com o projeto endereçado a Assembleia Constituinte, completava que a saúde também deveria ser responsabilidade do estado através das garantias de condições dignas de vida e de acesso universal aos serviços da saúde, visando integrar a política de saúde às econômicas e sociais.

Para que o projeto tivesse um respaldo melhor, a CNS criou uma Comissão Nacional de Reforma Sanitária (CNRS), funcionando entre os anos de 1986-1987, tendo em vista a necessidade técnica que o projeto demandava, além da presença da

Confederação Nacional do Comércio, da Indústria, assim como também da Sociedade Brasileira dos hospitais, gestores públicos e membros da academia (Brasil, 1986).

Diante disso, o documento final foi enviado para o crivo da subcomissão de saúde, seguridade e meio ambiente da Assembleia Constituinte. Importante mencionar, que ainda que o setor privado tenha participado da 8ª CNS, estes encaminharam projetos próprios a assembleia, tendo em vista que o projeto desta era atuação complementar no tocante a saúde pública e eles não concordavam, enquanto que o projeto realizado pela 8ª CNS dispunha da atuação do setor privado como aliado do serviço público, o que eles também discordaram, por isso enviaram um projeto próprio.

Observa-se que a subcomissão considerou o documento da CNRS, ao redigir sobre o SUS na nova Constituição (Chagas; Torres, 2022). Além disso, Arouca, então presidente da Fiocruz, encaminhou junto ao projeto uma emenda popular com mais de 50 mil assinaturas da população, concedendo ao documento o endosso dos usuários, ou seja, a população. Segundo Arlindo (2022), as assinaturas consagravam o desejo da sociedade por mudança.

Com isso, tem-se que a 8ª CNS foi a propulsora do Sistema Único de Saúde (SUS), e que a partir do seu minucioso projeto endereçado a Assembleia Constituinte, consagrou a luta traçada pelos pesquisadores, médicos e população que desde o período colonial já buscava a melhoria nos serviços e acesso à saúde, assim como também clamavam por mudanças e acesso igualitário e universal.

2.3 A Constituição Federal de 1988 e o Sistema Único de Saúde

Em 05 de outubro de 1988, foi promulgada a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, tendo como base os direitos e garantias fundamentais elencados no corpo de seu texto, promovendo a igualdade, liberdade e os direitos sociais inerentes ao cidadão, assim como também a pluralidade e o combate ao preconceito, prezando pela harmonia entre os povos.

Logo, com seu caráter garantista, a mencionada Carta Política trouxe em seu título VIII, capítulo II, seção II, o direito à saúde, dispondo, no caput do art. 196 que “a saúde é um direito de todos e dever do Estado 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)”.

Desse modo, a CRFB/88 destaca a responsabilidade do Estado na promoção de políticas efetivas do direito a saúde, além de que este é um direito social conforme o disposto no art. 6º, caput da mencionada Carta, uma vez que possuem o objetivo de combater e diminuir as vulnerabilidades sociais, resguardando os direitos humanos e a garantia do equilíbrio na sociedade (Ignácio; Henrique, 2025), o acesso a saúde é universal e igualitário.

Portanto, a CRFB/88 destaca em seu artigo 198 que:

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - Descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II - Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - participação da comunidade.

§ 1º. O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes (Brasil, 1988).

Assim, é dever conjunto dos municípios, estados, distrito federal e da União financiar os serviços do sistema único de saúde, através de seus impostos, não podendo ser inferior a 15% da receita líquida. Cabendo ainda os serviços de saúde à iniciativa privada como forma complementar do serviço público de saúde.

Nas palavras de Polignano (2000):

O texto constitucional demonstra claramente que a concepção do SUS estava baseado na formulação de um modelo de saúde voltado para as necessidades da população, procurando resgatar o compromisso do estado para com o bem-estar social, especialmente no que refere a saúde coletiva, consolidando-o como um dos direitos da CIDADANIA. Esta visão refletia o momento político porque passava a sociedade brasileira, recém saída de uma ditadura militar onde a cidadania nunca foi um princípio de governo. Embalada pelo movimento da diretas já, a sociedade procurava garantir na nova constituição os direitos e os valores da democracia e da cidadania.

Por outro lado, a Carta Magna de 1988, em seu corpo do texto trouxe as bases do sistema único da saúde. Ocorre que o mencionado sistema, só passou a ser executado e estruturado com o advento da Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990, destacando a universalidade, uma vez que as ações do SUS devem ser garantidas a todas as pessoas, enquanto que a equidade corresponde a justiça social, ou seja, o

acesso à saúde e sua assistência deve ser feita livre de todo preconceito ou privilegio, já a integralidade corresponde a promoção das ações de saúde considerando a pessoa como um todo.

De igual modo, a hierarquização compreende ao conjunto de ações propostas pelo SUS respeitando os aspectos específicos e individuais que cada situação merece. Já a participação popular, diz respeito a democratização do acesso a saúde e de seus usuários, e por fim, a descentralização política administrativa do SUS, torna o ente responsável pela promoção de ações e efetividade do sistema na comunidade.

Nesse cenário, de acordo com o caput do artigo 1º da Lei nº. 8.080/1990, a lei passou a valer em todo o território nacional, regulando ainda os serviços de saúdes executados de forma isolada ou conjunta, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado (Brasil, 1990). Demonstrando a universalidade do sistema e a promoção do acesso igualitário.

Além disso, a lei conceitua no caput do artigo 4º o sistema único de saúde, como um conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta das fundações mantidas pelo Poder Público. Incluindo ainda as instituições públicas, federais, estaduais e municipais do controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos medicamentos, inclusive de sangue e de equipamentos de saúde (Brasil, 1990).

Dessa forma, o SUS tem como objetivos, a identificação e divulgação de fatores condicionantes da saúde, além da formulação de políticas destinadas a promover nos campos econômicos e sociais no que concerne o dever do estado em garantir o acesso a saúde, promovendo políticas públicas efetivas na garantia igualitária e universal da população aos serviços de saúde, além da assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde (Brasil, 1990).

Segundo Domingos e Rosa (2019):

Para tanto, os campos de atuação do SUS abrangem também a execução de ações de vigilância sanitária, epidemiológica e de saúde do trabalhador, bem como a participação na formulação e execução de ações de saneamento básico; formação de recursos humanos na área da saúde; vigilância nutricional; proteção do meio ambiente; formulação de políticas de medicamentos e outros insumos e participação na sua produção; controle e

fiscalização de produtos e substância de interesse para saúde; fiscalização de alimentos, água e bebidas para consumo humano; controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos; desenvolvimento científico e tecnológico; e formulação e execução de política de sangue e seus derivados.

Verifica-se, portanto, que o sistema único de saúde não se restringe aos serviços essenciais que uma unidade hospitalar compreende. Ele é o resultado de uma luta social e sanitária travada ao longo das últimas décadas no Brasil. E ao tratar disso, demonstra a importância da promoção de campanhas, ações e medidas efetivas por parte dos poderes públicos para que o acesso a saúde, e por conseguinte, o acesso ao sistema único de saúde, abracem a sociedade como um todo.

Ocorre que, apesar do SUS ser um modelo de políticas públicas efetivas para o acesso à saúde, sendo ainda a maior conquista para a sociedade, o sistema apresenta algumas falhas, seja por insuficiência de recursos, distâncias territoriais, corrupção ou escassez de profissionais capacitados, incorrendo em deficiências internas do próprio sistema.

Com isso, ainda que universalidade e igualdade sejam premissas bases do SUS, nem sempre a sociedade consegue ser abraçada da forma que deveria, ocasionando um conflito de direitos e garantias fundamentais inerentes ao ser humano. Por essa razão, quando uma pessoa ou uma parcela da sociedade sofre com a falta de recursos ou a morosidade que o sistema apresenta, resta recorrer ao poder judiciário para garantir seu direito ao acesso a saúde nos moldes da lei, que atualmente é chamado de judicialização do acesso a saúde, assunto que será melhor discutido no capítulo a seguir.

3. JUDICIALIZAÇÃO COMO FORMA DE EFETIVAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE NO BRASIL

A saúde é um direito fundamental e social garantido a todos de forma igualitária e universal. Sendo, portanto, responsabilidade do Estado prover de mecanismo e ações efetivas para que o seu fornecimento ocorra de maneira eficaz. Contudo, a realidade social do país, destoa dos preceitos estabelecidos na lei. Já que o sistema enfrenta desafios na prestação dos serviços de saúde. Por essa razão, como uma alternativa de garantir o direito fundamental, a judicialização da saúde emerge como um mecanismo importante, para a efetivação desse direito.

3.1 Judicialização

A judicialização consiste no ato de buscar a efetividade de um direito por meio do poder judiciário, direito que por natureza deveria ser garantido, mas que por alguma razão, não foi respeitado. Logo, a judicialização da saúde tem crescido no país, em virtude das lacunas deixadas pelo sistema público, dentre eles, a busca por medicamentos, tratamentos ou procedimentos que não estão disponíveis no Sistema Único de Saúde (Cometti, 2024).

Nesse sentido, a ausência de medidas governamentais na promoção do acesso a saúde, resulta nas lacunas e por conseguinte, no aumento de ações judiciais para cumprir o disposto na CRFB/88, incorrendo no fenômeno da judicialização (Oliveira, 2017).

Nas palavras de Costa, Motta e Araújo, a judicialização se desenvolve

[...] principalmente na esfera dos serviços de saúde. Tal fato se justifica porque, as dimensões constitucionais e infraconstitucionais acerca desse direito, somadas ao contexto da realidade precária da saúde brasileira, coube ao Judiciário definir os parâmetros da prestação de tais serviços públicos. Observa-se o fenômeno da judicialização da política quando o Judiciário, no desempenho normal de suas funções, tem sua atuação afetada de modo significativo devido as condições de caráter político. Reside, pois, em questões relevantes de cunho político, moral e social que são objetos de apreciação judicial em caráter final (Costa; Motta; Araújo, 2017, p.855).

Verifica-se que esse instituto jurídico pode ser visto de duas maneiras: como um processo que restringe o exercício da cidadania, quando da situação de desrespeito aos direitos pelos órgãos competentes e como uma atuação do sistema

jurídico, na busca pela resolução de conflitos entre os poderes para assegurar os anseios e direitos da população (Olivera, 2017).

Dessa forma, o Conselho Nacional de Justiça informa que:

A judicialização da saúde é também um fenômeno de elevada complexidade. A literatura científica, por exemplo, diverge sobre quem procura o Judiciário requerendo serviços e produtos de saúde (pobres ou ricos?), diverge sobre o que requerem (medicamentos e serviços que são parte das listas, protocolos e contratos ou fora destes?) ou ainda diverge sobre os efeitos dessas ações judiciais sobre a política geral de saúde pública e privada (qual a magnitude dos distúrbios causados?). Ademais, a divergência perpassa, inclusive, os próprios pressupostos normativos do conflito, ou seja, sobre quais devem ser os parâmetros de justiça e de quem é a competência para decidir (Brasil, 2019).

Observa-se que o instituto judicialização possui uma complexidade maior, tendo em vista que as ações propostas visando a concessão de medicamentos ou tratamentos não disponíveis pela rede pública, envolve tanto o setor público, quanto o privado. Ocasionalmente um impasse, já que de um lado, encontram-se os cidadãos na busca pelo acesso livre, gratuito e eficiente à saúde, e de outro, o Estado que sofre com os efeitos do crescimento da judicialização (Reis, 2022).

Importante mencionar, que nos termos da CRFB/88, é de competência concorrente dos Municípios, Estados e da União legislar sobre os serviços de saúde, cabendo a eles o dever de minimizar a busca pela efetivação do direito à saúde através do poder judiciário, incorrendo em responsabilidade solidária, como demonstrado a seguir.

CONSTITUCIONAL E ADMINISTRATIVO. EMBARGOS DE DECLARAÇÃO EM RECURSO EXTRAORDINÁRIO COM REPERCUSSÃO GERAL RECONHECIDA. DESENVOLVIMENTO DO PROCEDENTE. POSSIBILIDADE. **RESPONSABILIDADE SOLIDÁRIA NAS DEMANDAS PRESTACIONAIS NA ÁREA DA SAÚDE.** 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 (Brasil, 2020) (*grifo nosso*).

Logo, conforme o julgamento de embargos de declaração em Recurso Extraordinário nº. 855178/SE, com relatoria do Ministro Luiz Fux, realizado em 23 de maio de 2019, reafirmou-se o entendimento do dever dos entes federativos de promoverem de forma solidária a melhor prestação dos serviços de saúde a população, com a finalidade de otimizar a compensação entre os entes federados, demonstrando a descentralização e a celeridade que o assunto demanda.

Por outro lado, Lopes e Mendes (2024), em obra sobre o tema destaca que:

Um dos principais benefícios da judicialização da saúde é a garantia do acesso universal e igualitário a serviços e tratamentos médicos. Ao recorrer ao judiciário, os pacientes têm a oportunidade de obter medicamentos e procedimentos essenciais para o seu tratamento, mesmo quando estes não estão disponíveis no sistema público de saúde. Isso contribui para reduzir as desigualdades no acesso à saúde, assegurando que todos os cidadãos tenham a oportunidade de receber o tratamento necessário para preservar sua saúde e qualidade de vida

Ocorre que, quando da necessidade de efetividade do direito a saúde através do poder judiciário, demonstra-se as falhas do fornecimento de serviços de saúde, uma vez que a população passa a ter a obrigatoriedade do uso do instrumento judicialização como uma forma de poder usufruir do seu direito à saúde. Refletindo a falha do Estado em cumprir a sua obrigação constitucional de prover saúde de qualidade para todos (Xavier, 2018).

Nesse cenário, verifica-se que os casos mais comuns envolvem a solicitação de medicamentos de alto custo, assim como também tratamentos especializados, cirurgias e procedimento que não estão disponíveis na rede pública, ou que se estão disponíveis, possuem um acesso limitado. Demonstrando ainda, que esses recursos, acabam sendo concedidos através de liminares, decisões urgentes que obrigam o Estado a fornecer o que foi solicitado pelo paciente (Xavier 2018).

Marques (2008), leciona que:

[...] se é possível considerar que o aumento das demandas judiciais relacionadas ao acesso à saúde significa um progresso no exercício da cidadania, por outro lado, também é crível supor que geram um aumento das prestações estatais. Estas, por sua vez, acarretam despesas públicas e têm impactos significativos na gestão do país. Dessa forma, a judicialização da saúde apresenta um dilema: por um lado, é uma ferramenta poderosa de cidadania e garantia de direitos; por outro, pode comprometer a eficiência e a equidade no uso dos recursos públicos, desviando-os de políticas mais amplas e estruturantes.

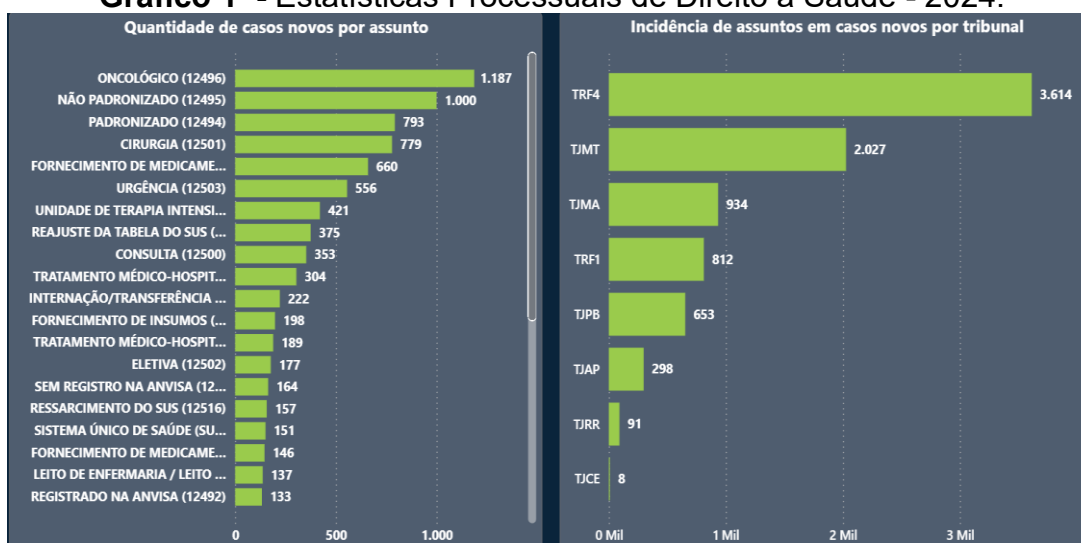
Dessa forma, compreende-se a judicialização exerce um papel crucial na garantia da dignidade humana dos indivíduos, assim como também dos direitos fundamentais, em especial, o da saúde. Tendo como premissa indispensável viabilizar o acesso a tratamentos médicos por meio do poder judiciário, reafirmando o compromisso do Estado na proteção dos direitos e promoção da qualidade de vida da população (Reis, 2022).

Segundo dados do Supremo Tribunal Federal, em 2020, foram protocoladas em média 21 mil novas ações por mês relacionadas à saúde, e que no ano de 2024, esse número triplicou, incorrendo em 60 mil novas ações, esse fenômeno se deve aos avanços das tecnologias no que concerne aos medicamentos não incorporados ao SUS e aos procedimentos do rol da Agência Nacional da Saúde (Brasil, 2024), associando a crescente da judicialização como o mecanismo mais eficiente para a efetividade do direito a saúde.

De igual modo, conforme dados coletados no Painel de Estatísticas Processuais de Direito da Saúde, disponibilizado pelo Conselho Nacional de Justiça, com base no sistema DataJud (Base Nacional de dados do Poder Judiciário), instituído pela Resolução nº. 331/2020 do CNJ, comprova-se a crescente no quantitativo das demandas judiciais cujo o teor versam sobre a saúde pública.

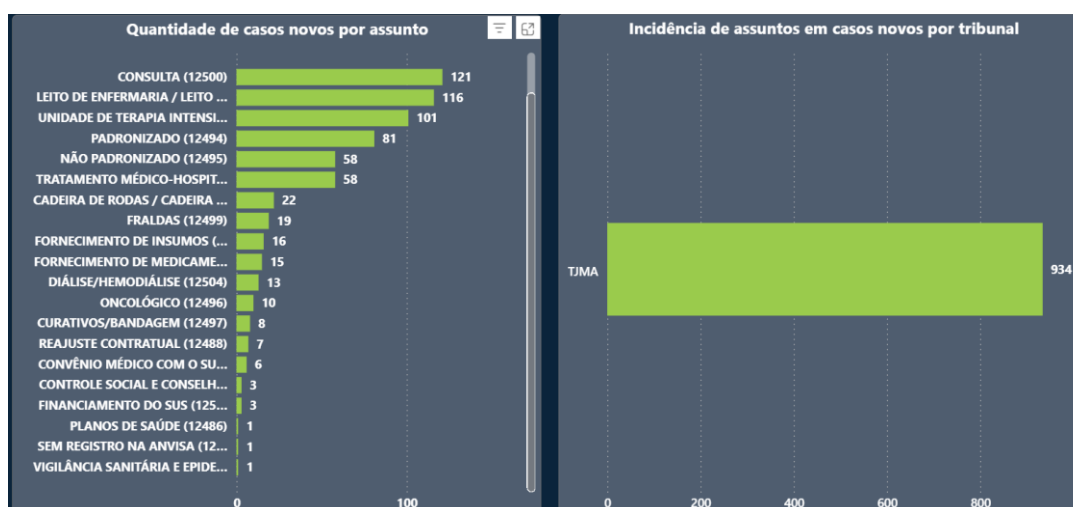
Verifica-se que no ano de 2024, foram instaurados 15.927 novos processos nas Justiças Estaduais e Federais de todo o país, sendo que desses, 1.817 foram ajuizados no Estado do Maranhão, compreendendo uma taxa de congestionamento de 33,6%, tendo como tempo médio de julgamento 110 dias, totalizando 1.235 processos julgados referente a saúde como um todo no Maranhão, levando em consideração o período de janeiro de 2024 a 31 de dezembro de 2024.

De forma geral, como demonstrado no gráfico a seguir, utilizando-se os marcadores de pesquisa “direito à saúde, saúde pública e suplementar”, no Brasil, em 2024, os processos requerendo serviços de saúde oncológicos lideraram com cerca de 1.187, enquanto que pacientes que buscaram tratamento médico hospitalar, totalizaram 304, o fornecimento de medicamentos ficou em 5º lugar com 660 novos processos e a busca por tratamentos sem registro na ANVISA ocupou o 15º lugar, com 164 processos.

Gráfico 1 - Estatísticas Processuais de Direito à Saúde - 2024.

Fonte: Conselho Nacional de Justiça (2024).

Importante mencionar, que os dados referentes ao Estado do Maranhão, correspondem a 934 novos processos ajuizados no Tribunal de Justiça do Estado (TJMA), cujo teor versou sobre o acesso a saúde. Segundo os dados do CNJ, os serviços de urgência e emergência lideraram o ranking com 150 novos processos, enquanto que os tratamentos médicos hospitalares ocuparam o 6º lugar, com 58 novas ações e o fornecimento de medicamentos ocupou o 10º lugar, com 15 ajuizamentos.

Gráfico 2 - Estatísticas Processuais de Direito à Saúde - Tribunal de Justiça do Estado do Maranhão (TJMA) - 2024

Fonte: Conselho Nacional de Justiça (2024).

Diante disso, a judicialização contempla dois princípios: o da reserva do possível e o mínimo existencial. Visto que engloba a necessidade da sociedade nos serviços de saúde e os recursos disponibilizados no fornecimento destes serviços. Portanto, exige-se que o Estado proteja na maior intensidade possível, resguardando as suas limitações orçamentárias (Martins, 2024).

No entanto, ainda que o poder judiciário possa ser acionado na tentativa de exigir a prestação de serviços de saúde da maneira que a CRFB/88 estabelece, é essencial a análise e a aplicação dos princípios da razoabilidade e proporcionalidade em cada caso, tornando a via judicial a última instância, e não a única alternativa na promoção da efetividade do acesso à saúde a população.

Nesta senda, a respeito dos critérios adotados pelo poder judiciário ao analisar as demandas de saúde, Ventura *et al* (2010) defende que as dificuldades de articulação na busca de um consenso com relação ao direito fundamental a saúde, assim como também de se estabelecer acordos necessários deste teor, tem incorrido no distanciamento entre o direito vigente na lei e o direito vivido na prática por milhões de pessoas e este ponto merece atenção.

Logo, no que tange a reserva do possível, como já mencionado acima, esse aspecto se refere ao fornecimento de insumos, tratamentos e medicamentos essenciais, enquanto que o mínimo existencial relaciona-se a dignidade da pessoa humana (Martins, 2024). Verifica-se a escolha da via judicial para dirimir as demandas referentes à saúde, são ocasionadas pela ausência e deficiência da prestação estatal para com a sociedade (Ventura *et al*, 2010).

Nesse contexto, em pesquisa realizada pelo Instituto de Ensino e Pesquisa (INSPER), em 2019, constatou-se que a judicialização da saúde não é necessariamente um problema, e sim um caso de saúde pública, que visa a efetividade de um direito fundamental previsto na Constituição de 1988, cabendo aos juízes, proferir sentenças e/ou decisões com eficiência e equidade na promoção do funcionamento do sistema único de saúde.

No entanto, é importante salientar que ao recorrer a judicialização para efetivar o direito à saúde, é necessário a implantação de um filtro por parte do judiciário. Tendo em vista que ainda que toda e qualquer demanda relacionada a saúde possa ser objeto na via judicial, os magistrados devem promover um controle jurisdicional mais exigente. Pois, emerge o fenômeno da banalização da

judicialização, já que a sociedade antes mesmo da negativa em primeira instância, já busca recorrer a via judicial.

A exemplo disso, temos o julgamento do Agravo de Instrumento nº. 50040465320224030000/SP, com relatoria da Desembargadora Federal Consuelo Yatsuda Moromizato Yoshida, realizado pela 3ª Turma do Tribunal Federal da 3ª Região (TRF 3), no dia 08 de novembro de 2022, em que um paciente pleiteava a realização de um procedimento em outro país, mas que o Sistema Único de Saúde já havia fornecido.

PROCESSUAL CIVIL. ADMINISTRATIVO. TUTELA PROVISÓRIA DE URGÊNCIA ANTECIPADA. **TRANSPLANTE MULTIVISCERAL A SER REALIZADO NO EXTERIOR. IMPOSSIBILIDADE. MESMO PROCEDIMENTO REALIZADO PELO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.** 1. A questão posta nos autos diz respeito à realização de transplante múltiplo de órgãos no exterior. [...] **4. Na situação, em que pese a exigência de que o tratamento de saúde ofertado pelo Poder Público seja adequado e eficiente, sob pena de esvaziar-se o direito fundamental de acesso à saúde, importa salientar que o demandante já teve acesso à terapêutica pretendida no Brasil (transplante múltiplo de órgãos), buscando-se, por ora, a realização de mesma terapêutica no exterior. Pretende-se, em verdade, repetir o procedimento cirúrgico, o qual, frisa-se, é igual ao oferecido pelo Sistema Único de Saúde – SUS, com um dos melhores e mais caros profissionais do mundo.** 5. A realização de tratamento médico no exterior, às custas do Poder Público, deve-se limitar às hipóteses em que não há oferecimento de tratamento equivalente em território nacional. Isto porque, conforme já mencionado, o direito constitucional de acesso à saúde compreende o fornecimento de tratamento adequado e eficiente, o que não se confunde com o acesso a um profissional ou a um hospital específico. Igualmente incabível, por consequência, a pretensão de custeio pelo Poder Público limitado às despesas burocráticas e de transporte do paciente até o estrangeiro, pois se situam fora do âmbito de proteção da norma constitucional. **6. Inexiste qualquer comprovação de que o insucesso da cirurgia realizada junto ao Hospital Israelita Albert Einstein seja atribuído à falta de expertise dos profissionais brasileiros, já que em qualquer procedimento de transplante há intrínseca possibilidade de rejeição por órgãos por peculiaridades de cada paciente.** 7. Agravo de instrumento improvido (Brasil, 2022) (*grifo nosso*).

Assim, ao analisar o exemplo acima, observa-se que parte do descontentamento dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), não decorre da falta na qualidade dos serviços, mas na morosidade no atendimento. Pois, a insuficiência de recursos e falta de profissionais capacitados incorrem na demora em atender os anseios e necessidades dos pacientes.

Nesse contexto, o autor Schulze (2024) defende a necessidade de transferência do modelo de saúde atual, já que esse é centrado no método *shareholders*, que consiste no fato das decisões de saúde pública serem

influenciadas pelos interesses econômicos, priorizando o lucro, enquanto que o modelo *stakeholder*, defende uma abordagem que favoreça o interesse de todos os atores no sistema de saúde, em especial, os pacientes.

Nas palavras de Calabrez e Modesto (2024):

Essa discussão está diretamente relacionada ao conceito de judicialização da saúde, onde o fenômeno surge muitas vezes em resposta a lacunas deixadas pelo modelo “shareholder”, que pode restringir o acesso a tratamentos com base em critérios econômicos. No Brasil, o Sistema Único de Saúde visa atender a todos de maneira universal, mas enfrenta desafios para equilibrar demandas judiciais por tratamentos caros e a limitação de recursos.

Desse modo, compreende-se que o principal debate em torno da judicialização é sobre o teor específico das demandas, na forma de um filtro. Já que em uma tentativa de obter a efetividade do direito à saúde de forma mais rápida, recorre-se diretamente as vias judiciais, o que ocasiona no crescente número de processos e reforça as deficiências existentes no SUS. Nas palavras de Carvalho e Souza (2020) *apud* Lopes e Mendes (2024), o uso restrito da judicialização de faz necessário quando:

[...] o sistema judicial deve ser utilizado como último recurso em questões relacionadas ao direito à saúde. Isso significa que apenas quando o Poder Executivo e o Legislativo não agirem ou violarem suas responsabilidades em relação às políticas de saúde, e seguindo os princípios da razoabilidade, proporcionalidade e especialização, é adequado recorrer ao poder judiciário. Somente dessa maneira é possível garantir a plena harmonia entre os diferentes poderes.

Isto posto, demonstra-se que a reserva técnica no tocante ao cumprimento do estabelecido em lei com relação ao acesso à saúde, é importante que haja uma análise crítica à viabilidade das ações propostas, assim como também da reserva financeira e disponibilidade de recursos, e acima de tudo, a gestão por traz desses fatores. Pois, quando o orçamento demonstrar insuficiência para cumprir as obrigações estabelecidas, é necessário considerar o direito à saúde em nível coletivo (Lucena, 2021).

Com isso, tem-se que o sistema de saúde enfrenta um problema grave com relação a efetividade do direito à saúde, tendo em vista que as deficiências orçamentárias e de gestão do SUS ocasionam o aumento na judicialização do direito a saúde, o que ressalta o conflito de direitos fundamentais ao serem debatidos a

universalidade, igualdade e disponibilidade de recursos existentes na promoção do acesso a saúde.

Segundo Barros e Resende (2023) *apud* Preve (2019) a judicialização no Brasil cresceu de forma desenfreada, o que vem preocupando os magistrados, que todos os dias precisam decidir sobre ações individuais, sobre um conflito de sopesamento entre a preservação da saúde, que se corrobora com a dignidade da pessoa humana e mínimo existencial do autor, e por outro lado, a reserva do possível, alegação feita pelo Estado, a fim de servir como óbice a efetivação do direito à saúde

Portanto, o fenômeno da judicialização cresce em meio a deficiência dos recursos existentes e das lacunas que o SUS encara. Pois, a realidade em termos de saúde na sociedade muda, mas o financiamento e o aumento na verba direcionada ao sistema, sofre cortes. Por esse motivo, é necessário debater a responsabilidade do Estado no cumprimento do seu dever de garantia dos serviços de saúde e facilitação do acesso a população, em especial, aos medicamentos de alto custo que ocupam posição de destaque no ranking de demandas judiciais do Conselho Nacional de Justiça.

4. RESPONSABILIDADE CIVIL DO ESTADO NA GARANTIA DOS MEDICAMENTOS DE ALTO CUSTO

Diante da necessidade de busca das vias judiciais por parte da sociedade com a finalidade de efetivar o seu direito fundamental à saúde, torna-se importante analisar a responsabilidade do estado na garantia dos medicamentos de alto custo. Tendo em vista que por serem medicamentos não fazerem parte da lista de fornecimento do Sistema Único de Saúde, não resta outra alternativa ao paciente, a não ser fazer uso do instituto judicialização.

4.1 Aspectos Gerais

A saúde é um direito amplamente protegido pela legislação existente, sendo, portanto, essencial no cuidado e amparo da proteção da vida em toda a comunidade. Nesse sentido, a jurisprudência brasileira, deixa claro a sua importância e os mecanismos normativos para salvaguardar o direito à saúde ao cidadão.

CONSTITUCIONAL. APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. NECESSIDADE DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO. RISCO DE VIDA. **DIREITO À SAÚDE. DEVER DE TODOS OS ENTES FEDERATIVOS. RESPONSABILIDADE SOLIDÁRIA.** PRINCÍPIO DA DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA. APELO DESPROVIDO. I. **Na espécie, tem-se que o Estado/Apelante tem competência, atribuída pelo art. 23, III, CF, de cuidar da saúde e assistência pública. Aliado ao fato de que o Sistema Único de Saúde se baseia no princípio da cogestão, com a cooperação simultânea dos entes federativos, competindo a todas e a cada esfera estatal a garantia à saúde, constituindo obrigação conjunta e solidária.** II. **É dever dos Entes Federados, previsto no art. 196 e seguintes da Constituição Federal, assegurar a saúde do cidadão, garantindo-lhe meios adequados de acesso ao tratamento médico, fornecendo-lhe, inclusive, acaso necessário, medicamentos, internação e despesas com deslocamento para outra localidade onde possa encontrar tratamento necessário à enfermidade.** III. 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. IV. Evidenciada a necessidade de realização de cirurgia, bem como demonstrada a impossibilidade de arcar com os custos, o ente público deve fornecê-lo para garantir o tratamento de saúde. V. Apelo desprovido, de acordo com o parecer ministerial (Maranhão, 2020).

Desse modo, é dever dos entes federados fiscalizar, legislar e promover ações que visem garantir o direito à saúde de forma universal e igualitária a toda a sociedade, assegurando os meios para o melhor fornecimento dos serviços de saúde.

Cabendo ainda a eles gerir os seus recursos conforme as suas necessidades e características (Brasil, 1988).

Ocorre que, como debatido em capítulo anterior, na prestação dos serviços de saúde à população existem deficiências que prejudicam a população, como por exemplo, o não fornecimento de medicamentos da forma que é estabelecida pela legislação, restando por fim, a necessidade de buscar a via judicial para a satisfação do seu direito, que é a chamada judicialização do acesso a saúde.

Para melhor compreensão desse instituto, Fenama (2015) descreve:

Quando um paciente, vamos imaginar uma paciente com câncer de mama, tem indicação para utilizar um tratamento específico, considerado o mais adequado para o seu tipo de tumor, e ele não está disponível no SUS, a única forma dessa paciente obtê-lo pode ser entrando na justiça contra o governo para reivindicar as doses necessárias, já que o acesso universal e igualitário à saúde é um direito garantido pela Constituição. Muitas vezes essa acaba sendo a única alternativa para que a paciente tenha acesso ao tratamento de que precisa. Esse processo se chama judicialização em saúde.

Portanto, ao ser necessário buscar a efetividade do acesso a saúde através de uma ação judicial, há uma falha por parte do Estado como agente principal na defesa dos serviços de saúde pública. Tendo em vista que o paciente ao enfrentar um processo judicial enquanto luta contra uma doença é uma tarefa árdua. Além de lidar com a burocracia que envolve a doença, precisa ainda viver em meio a incerteza de ter ou não a efetividade do seu direito na justiça (Fenama, 2015).

4.2 Medicamentos de alto custo

Tendo em vista a precarização dos direitos sociais e econômicos, a judicialização do acesso a saúde, cresce o número de demandas judiciais em busca da efetivação desse direito fundamental. Porém, ainda que os recursos da saúde sejam escassos, é necessário que o poder público trace um plano de melhorias no sistema, em especial, o fornecimento gratuito de medicamentos, que de acordo com dados fornecidos pelo CNJ ocupa o 5º na propositura de ações no Brasil (CNJ, 2024).

Desse modo, verifica-se que o termo “medicamentos de alto custo”, possui caráter subjetivo, ou seja, conceito jurídico indeterminado. Pois, cabe ao poder judiciário, interpretá-lo conforme o caso concreto, levando em consideração os

aspectos sociais, econômicos e clínicos (Silva Neto, 2025). Sendo, portanto, mais presente quando da situação de doenças raras ou graves.

Logo, ao analisar a demanda judicial, o magistrado precisa adotar os critérios da imprescindibilidade, a inexistência de alternativa terapêutica eficaz existente no SUS e por último o impacto financeiro que a aquisição do medicamento representa na renda per capita do paciente e de sua família. Demonstrando que não há um parâmetro fixado no entendimento dos tribunais, o que aciona a autonomia desses e o livre convencimento do magistrado.

Nesse sentido, o Tribunal de Justiça do Estado do Mato Grosso (TJMT), no julgamento do Recurso Inominado nº. 1001860-65.2023.8.11.0055, com relatoria de Hildebrando da Costa Marques, em 10 de outubro de 2024, resolveu aplicar um critério objetivo para a concepção de medicamentos de alto custo, dispondo em instrução normativa que medicamento de alto custo são aqueles que superam 70% do salário mínimo.

EMENTA: RECURSOS INOMINADOS. DIREITO PROCESSUAL CIVIL E ADMINISTRATIVO. **SAÚDE PÚBLICA. RESPONSABILIDADE SOLIDÁRIA DOS ENTES FEDERATIVOS. MEDICAMENTO DE MÉDIO/ALTO CUSTO. DIRECIONAMENTO AO ESTADO. HONORÁRIOS SUCUMBENCIAIS À DEFENSORIA PÚBLICA. RECURSO DA PARTE RECLAMANTE PROVIDO.** 1. Há responsabilidade solidária dos entes federativos em demandas de saúde pública, com a possibilidade de direcionamento ao ente competente. Medicamentos de médio/alto custo são direcionáveis ao Estado (STF. Tema 793 . RE 855178 ED). **Considera-se de alto custo aquele que gera despesa mensal superior a 70% do salário mínimo (art. 4º, § 1º da Instrução Normativa do Conselho de Supervisão do Sistema Integrado de Saúde).** 2. O entendimento firmado na Súmula 421 do STJ foi superado pelo Tema 1002 da Suprema Corte, razão por que é devida a verba sucumbencial em favor da Defensoria Pública, mesmo que integre o ente público vencido. Devem ser fixados os honorários sucumbenciais, quando os autos tramitaram na Justiça Comum, mas o juízo singular deixou de fazê-lo com fundamento na Súmula 421 do STJ. 3. Recursos conhecidos, mas provido apenas o recurso da parte reclamante (Mato Grosso, 2024).

Por outro lado, o Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo (TJSP) e o Tribunal Regional Federal da 1ª Região (TRF 1), adotaram critérios mais qualitativos, reconhecendo o custo elevado dos medicamentos sem qualquer parâmetro financeiro fixo, baseando-se na necessidade médica comprovada em juízo e no impacto econômico individualizado, como por exemplo, os medicamentos Tafamids e Stelara (Silva Neto, 2025), ambos utilizados no tratamento de doenças raras como Doença de Crohn que afeta o sistema gastrointestinal.

Já o Superior Tribunal de Justiça (STJ), o julgamento do Tema Repetitivo nº. 106, de 21 de setembro de 2018, firmou tese para a concessão dos medicamentos não incorporados em atos normativos do Sistema Único de Saúde, devendo ser compreendidos os seguintes requisitos de forma cumulativa quando da análise de demanda judicial com esse teor:

[...] i) Comprovação, por meio de laudo médico fundamentado e circunstanciado expedido por médico que assiste o paciente, da imprescindibilidade ou necessidade do medicamento, assim como da ineficácia, para o tratamento da moléstia, dos fármacos fornecidos pelo SUS; ii) incapacidade financeira de arcar com o custo do medicamento prescrito; iii) existência de registro do medicamento na ANVISA, observados os usos autorizados pela agência (Brasil, 2018).

Compreende-se que ainda que os critérios do Superior Tribunal de Justiça visem auxiliar a análise dos magistrados nas demandas judiciais sobre o tema, também reflete sobre a responsabilidade estatal e a caracterização dos medicamentos de alto custo na jurisprudência brasileira.

Cabe mencionar ainda, que de acordo com a decisão proferida pela primeira turma do STJ no julgamento do Agravo Interno no Recurso Especial nº. 1.553.112/CE, com relatoria do Ministro Gurgel de Farias, realizado em 16 de fevereiro de 2017, ainda que os medicamentos não estejam disponíveis nos protocolos clínicos do Ministério da Saúde, não pode o estado eximir-se do dever imposto pela CRFB/88.

PROCESSUAL CIVIL E ADMINISTRATIVO. DIREITO À SAÚDE. PRINCÍPIO DA COLEGIALIDADE. [...] **MEDICAMENTO NÃO CREDENCIADO PELO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS). FORNECIMENTO. POSSIBILIDADE. NECESSIDADE DO FÁRMACO. COMPROVAÇÃO.** SÚMULA 7 DO STJ. INCIDÊNCIA. OFENSA AO PRINCÍPIO DA SEPARAÇÃO DOS PODERES. INEXISTÊNCIA. [...] 3. **A ausência de previsão do medicamento em protocolos clínicos de diretrizes terapêuticas do Ministério da Saúde não tem o condão de eximir os entes federados do dever imposto pela ordem constitucional, porquanto não se pode admitir que regras burocráticas, previstas em portarias ou normas de inferior hierarquia, prevaleçam sobre direitos fundamentais do cidadão.** [...] 6. **A intervenção do Judiciário na implementação de políticas públicas, notadamente para garantir a prestação de direitos sociais, como a saúde, não viola o princípio da separação de poderes** (Brasil, 2017) (*grifo nosso*).

Logo, mesmo que não haja parâmetros fixos sobre os critérios utilizados nas análises judiciais para os medicamentos de alto custo, a premissa base é a efetividade do direito fundamental à saúde, a qual merece técnica e sensibilidade na promoção da dignidade da pessoa humana.

4.2.1 Análise de casos Concretos

Diante disso, segundo reportagem realizada pelo jornalista Bruno Luporini ao jornal eletrônico Correio Popular, publicada em 04 de julho de 2025, no município de Campinas/SP, foram 282 novas ações judiciais em 2024, cujo o teor versava sobre a garantia do acesso aos medicamentos de alto custo, demonstrando a ineficiência do poder estatal, e ressaltando um aumento de 53,2% com relação ao ano anterior (Luporini, 2025).

Segundo o jornalista, até maio de 2025, o município de Campinas/SP registrou 128 novos processos, sendo medicamentos destinados a tratamentos de doenças autoimune, câncer, problemas cardíacos, epilepsia dentre outros, que são considerados de alta complexidade pelo SUS. Além disso, os preços variam, e que alguns desses medicamentos chegam a custar até centenas de milhares de reais (Luporini, 2025).

Em entrevista ao jornalista mencionado acima, o advogado especialista em Direito à saúde, Júlio Ballerini, destaca que o avanço da tecnologia no desenvolvimento de novos medicamentos e as empresas farmacêuticas detentoras das patentes elevando os preços dessa categoria de medicamento, são alguns dos fatores que motivaram o aumento das demandas.

Uma estudante de 24 anos que pediu para não ser identificada, possui a doença de Crohn, que causa inflamações intestinais, informa que além dos danos físicos que decorre da doença, o tratamento depende de uma aplicação de injeções a cada quinze dias, em que cada uma custa R\$ 12.000,00 (doze mil reais), e o que seu plano de saúde cobria, mas devido a complicações, seu médico precisou alterar a medicação que custa R\$ 8.000,00 (oito mil reais) e para que conseguir receber o medicamento, precisou judicializar, uma vez que foi negado por três vezes (Luporini, 2025).

Em comunicado a Secretaria do Estado de Saúde do Estado de São Paulo (SES), informou ao jornalista que o Departamento Regional de Saúde (DRS) de Campinas, só no primeiro semestre de 2025, recebeu 302 novas ações judiciais para o fornecimento de medicamentos, nutrição ou insumos. Sendo que no ano de 2024, esse tipo de demanda totalizou 575, levando em consideração os 42 municípios da região. Informa ainda que os medicamentos mais solicitados são os oncológicos, para diabetes, para insuficiência cardíaca (Luporini, 2025).

No ano de 2022, em matéria publicada pelo portal G1 Maranhão, foi demonstrado que os pacientes estavam sem os medicamentos de alto custo na farmácia especializada há mais de cinco meses no município de São Luís/MA. Na ocasião, a pescadora Roseane Silva, relatou que estava em busca do medicamento topiramato e quietiapina, que custam cerca de R\$ 300,00 reais por caixa, que não estava sendo distribuído há alguns meses, e só permanecia com o tratamento pois recebia doações. Em defesa a Secretaria de Saúde do Estado, à época justificou a falta do medicamento devido a licitação que ainda não estava finalizada para compra do medicamento.

De igual modo, no ano de 2024, a Defensoria Pública do Estado do Maranhão (DPE/MA), precisou buscar a garantia de um medicamento de alto custo de um paciente oncológico. O aposentado, morador do município de Buriticupu/MA, descobriu em 2014 um tumor neuroendócrino com metástase hepática, e há alguns anos faz acompanhamento no Hospital do Câncer do Maranhão – Dr. Tarquínio Lopes Filho (Maranhão, 2024).

Ocorre que, o paciente necessitava de um medicamento chamado acetato de lareotida, que tem como valor R\$ 5.000,00 (cinco mil reais) por dose. Porém, o assistido não tinha como prover do medicamento de uso contínuo, tendo em vista que sua única renda é a aposentadoria. Menciona-se ainda que o medicamento até o ano de 2023 era disponibilizado pelo Governo do Estado, mas foi suspenso e o paciente passou quatro meses sem recebe-lo o que impactou diretamente o seu tratamento. Por esse motivo, resolveu recorrer a Defensoria Pública (Maranhão, 2024).

Na ocasião, a sentença foi procedente para o anseio do aposentado, sendo despendido um valor de quase R\$ 30 mil reais do Estado para o custeio do medicamento no tratamento semestral. Além de expedição de ofício ao diretor do Hospital do Câncer do Maranhão, para que assim fosse realizada a guarda e conservação de seis unidades do medicamento para serem administradas em ambiente hospitalar (Maranhão, 2024).

Nesse contexto, no Estado de Minas Gerais, em matéria realizada pela jornalista Anna Lúcia Silva, ao portal G1 do Centro Oeste de Minas, publicada em 27 de outubro de 2024, informa que um jovem da cidade de Divinópolis, interior do estado, com câncer raro, busca ajuda para um tratamento que custa cerca de R\$ 2 milhões de reais. O paciente de 20 anos foi diagnosticado com Linfoma de Hodgkin

Clássico, um tipo raro de câncer, precisa de um transplante de medula para alcançar a cura (Silva, 2024).

Logo, enquanto aguarda pelo transplante, ele precisava custear o seu tratamento. Diante da necessidade, e da falta de recursos disponíveis, a família recorreu a justiça, tendo em vista que necessita de 16 doses mensais do medicamento para o cumprimento de 8 ciclos do seu tratamento, chamado Brentuximab Vedotina, o que totaliza R\$ 1,75 milhões de reais. Segundo relatos da família, eles conseguiram uma decisão judicial e estavam aguardando a liberação do governo para o fornecimento do remédio (Silva, 2024).

Desse modo, ao verificar a realidade da luta dos pacientes na busca da efetividade de seus direitos, compreende-se a ineficiência do Estado no cumprimento do seu dever legal para com a saúde da população. Escancarando as deficiências e insuficiências de recursos, mas principalmente, a falta de gestão, financiamento e distribuição de recursos no sistema de saúde, o que incorre na alta das demandas judiciais.

Nesse cenário, um ponto em comum dos casos mencionados, é que só tiveram retornos positivos na efetividade do acesso a saúde quando recorreram a via judicial, o que fere os preceitos constitucionais. Pois, o Estado mostra-se omissa e ineficiente na defesa do acesso a saúde.

Desse modo, Gebran (2019), em obra sobre o tema elenca alguns pontos importantes:

Destaca-se entre os pontos negativos: a) a desorganização do SUS, uma vez que os interesses individuais interferem na ordem de atendimento ou na obrigação do Estado ao fornecimento de algo que não estava comprometido; b) influência negativa sobre as finanças públicas, uma vez que as decisões judiciais acabam interferindo no desvio de recursos públicos que deveriam ser destinados em favor da coletividade, e acabam sendo destinados em favor de poucos; c) indevidas escolhas judiciais de políticas públicas, uma vez que o Judiciário deixa de agir como legislador negativo, e age como legislador passivo, sendo obrigado decidir sobre algo que não está legitimado; e por fim; d) a fragilização da isonomia, considerando a colaboração na inexorável escassez orçamentária para alguns beneficiários (Gebran, 2019, p. 126) (*grifo nosso*).

Com isso, observa-se que ao não cumprir com a responsabilidade estabelecida pela Constituição Federal de 1988, o Estado é omissa na promoção do acesso à saúde pela sociedade. Já que, demonstra a ineficiência na distribuição dos recursos, o que concede margem para o aumento da judicialização, ao obrigar de

forma indireta o cidadão a recorrer à justiça para a satisfação de seus anseios, ocorrendo ainda violação aos princípios da universalidade e igualdade que o Sistema Único de Saúde demanda.

4.3 Tema Repetitivo nº. 1234 do Supremo Tribunal Federal

Um importante marco no combate a judicialização como instrumento de efetividade para o acesso a saúde, foi a fixação do Tema de Repercussão Geral nº. 1234 do Supremo Tribunal Federal em 2024. Nesse contexto, no julgamento do Recurso Extraordinário nº. 1366243/SC, com relatoria do ministro Gilmar Mendes, realizado pelo Tribunal Pleno, realizado em 06 de setembro de 2024, o Estado de Santa Catarina questionava a decisão do tribunal local que determinou a entrega de medicamentos fora das listas oficiais do SUS.

No julgamento, prevaleceu o voto do relator Gilmar Mendes, não tendo votos contrários, sendo acatado por unanimidade o acordo celebrado entre os representantes dos entes federados, com a finalidade de facilitar a gestão e acompanhamento dos pedidos de fornecimento dos medicamentos pelo SUS. A tese firmada estabeleceu que:

1. O STF aprovou um acordo entre União, Estados, Distrito Federal e Municípios, **estabelecendo regras para as ações judiciais em que se pede a entrega de medicamentos pelo SUS**. Com isso, pretende-se tornar o julgamento dessas ações mais eficiente e melhorar o uso do dinheiro público em saúde. 2. O acordo diz que as ações judiciais em que se pede medicamento que não está na lista do SUS, mas tem registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), **serão propostas na Justiça Federal, se o valor anual do medicamento for igual ou maior a 210 salários mínimos. Nesse caso, a União pagará o custo total do medicamento. Se o valor for entre 7 e 210 salários mínimos, a ação será julgada na Justiça Estadual, e a União reembolsará 65% das despesas dos Estados e Municípios, ou 80% para medicamentos oncológicos**. Essa regra só vale para ações iniciadas após a publicação da decisão. 3. A Defensoria Pública é a instituição que presta assistência a pessoas necessitadas em ações judiciais (art. 134 da Constituição). Enquanto a Defensoria Pública da União (DPU) atua na Justiça Federal, as Defensorias Públicas de cada Estado atuam na Justiça Estadual. Como a DPU não está presente em todos os lugares do país em que há Justiça Federal, as Defensorias Públicas Estaduais poderão atuar na Justiça Federal para ajudar cidadãos necessitados nas ações com pedidos de medicamentos, nesses locais. 4. **O acordo também prevê a criação de uma plataforma nacional por meio da qual todos os pedidos de medicamento devem ser feitos**. Os dados serão compartilhados com o Poder Judiciário, o que permitirá definir as responsabilidades de União, Estados e Municípios. Até que a plataforma esteja disponível, o juiz deverá pedir ao poder público que explique por que o medicamento não foi fornecido. 5. **Quando o juiz**

determinar a entrega de um remédio, deve garantir que ele seja comprado pelo menor preço possível, com base no valor proposto no processo de inclusão na lista do SUS ou no preço pago em compras públicas (Brasil, 2024) (*grifo nosso*).

Nas palavras o Ministro Luís Roberto Barroso, a judicialização do acesso a saúde tem sido um dos maiores problemas no Supremo Tribunal Federal (Brasil, 2024), visto que com a crescente no número das demandas, a sociedade compreende que para ter a efetividade do seu anseio com o serviço de saúde, só obtém sucesso se buscar a via judicial, o que remonta a ineficiência do Estado não só na falha da prestação dos serviços de saúde, mas também da necessidade do estabelecimento de critérios técnicos a serem utilizado no momento da análise da demanda na justiça

Por esse motivo, em parceria com a Advocacia Geral da União, representante dos três poderes e entidades ligadas à saúde, o STF celebrou, em outubro de 2024, o acordo homologado pelo STF, que definiu critérios e parâmetros fixos a serem observados na análise das ações judiciais cujo teor é o fornecimento de medicamento de alto custo pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 2024).

Na ocasião, a mediação foi presidida pelo Ministro Gilmar Mendes, que destacou a importância do estabelecimento dos parâmetros para a justiça e sociedade, alterando o modelo de funcionamento de todos os atores envolvidos, sendo construído a partir de premissas como o controle das prescrições realizadas pelo profissional de, a mudança do fluxo de padronização na esfera administrativa, sendo portando, unificado em caráter nacional, e por fim, a alteração da forma de decisão por parte do poder judiciário (Brasil, 2024).

Consoante o firmado entre as autoridades competentes, o pacto dispõe sobre:

O pacto prevê que as demandas relativas a medicamentos não incorporados ao SUS, mas com registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), tramitarão na Justiça Federal quando o valor anual do tratamento for igual ou superior a 210 salários mínimos. Nesses casos, os medicamentos serão custeados integralmente pela União. Quando o custo anual unitário do medicamento ficar entre sete e 210 salários mínimos, os casos permanecem na Justiça Estadual. A União deverá ressarcir 65% das despesas decorrentes de condenações dos estados e dos municípios. Para remédios oncológicos, o percentual será de 80% (Brasil, 2024).

Logo, verifica-se que a premissa base do acordo é o de promover a desjudicialização que tem ocorrido de forma exacerbada, ao fixar critérios financeiros

para as demandas, e especificar a competência para julgar os processos. Pois, ainda que os entes federados sejam responsáveis de forma concorrente para legislar e julgar sobre os medicamentos de alto custo, a fixação de valores máximos e mínimos busca direcionar de uma forma melhor, ajudando não só o poder judiciário, mas também a comunidade quando da situação de necessidade do ajuizamento.

Dessa forma, foi objeto do acordo celebrado a criação de uma plataforma nacional, com a finalidade de reunir todas as informações sobre as demandas que versam sobre os medicamentos de alto custo, com a intenção de conceder celeridade e uma comunicação mais efetiva na gestão e acompanhamento de casos entre os entes federados (Brasil, 2024).

Com isso, verifica-se que, ainda que o sistema seja falho na prestação dos serviços de saúde, e que a sociedade entenda que seus direitos só são efetivados quando recorrem as vias judiciais, demonstrando as deficiências que o Sistema Único de Saúde apresenta, esses problemas são invisibilizados pelas autoridades competentes, e a fixação da tese de Repercussão Geral nº. 1234/STF é o resultado disso.

Pois, ao dispor sobre parâmetros fixos para análise das demandas judiciais, ajuda o poder judiciário a analisar de forma mais rápida a demanda, e por conseguinte, efetivar o anseio pretendido. Porém, verifica-se ainda que diante desse marco importante na defesa do acesso a saúde, levanta-se outra questão importante, a de o poder executivo necessita de uma atuação maior na promoção de políticas públicas de saúde eficientes para a comunidade.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo dos anos, a saúde no Brasil sofreu importantes marcos históricos. Desde o período imperial, como uma medida de proteger a corte, passando pelo período colonial, alavancado pela revolução industrial e a crescente nas fabricas, a preocupação com a saúde esteve presente. Verifica-se que o grande passo na evolução da saúde na sociedade pátria, se deu através dos médicos pesquisadores como Oswaldo Cruz e Carlos Chagas, que preocupados com a proliferação de doenças e os impactos na mortalidade da população, lutaram com os recursos disponíveis para promover melhorias nesse sentido.

Mesmo no período da ditadura militar, a defesa da saúde permanecia de pé, demonstrando que sem saúde não há vida, e reforçando a necessidade de o Estado como um todo atender os anseios e respeitar a dignidade humana da sociedade. Na década de 1980, com o advento da Constituição Federal de 1988, em meio a redemocratização que o Brasil vivia, a saúde obteve a sua principal vitória: ser considerada um direito fundamental, e com isso, ganhando força para um sistema universal e igualitário.

Observa-se ainda, que apesar da promoção dos direitos humanos e dos direitos e garantias fundamentais inerentes a comunidade, apenas em 1990, a saúde brasileira passou a ter uma estrutura eficiente. Uma vez que com a promulgação da Lei nº. 8.080/1990, o Sistema Único de Saúde foi implantando, trazendo a estruturação e organização que a saúde demanda, através de acordos celebrados entre os entes federados, que desde 1988 já tinha o condão de legislar de forma concorrente sobre a saúde e ter o dever de promover os serviços de saúde.

De igual modo, a saúde ao ser considerada um direito fundamental, representa não apenas um instituto normativos, mas o resultado das lutas sociais moldados através dos avanços legislativos e esforços sanitários dos defensores da causa na criação do SUS. Contudo, apesar dos avanços institucionais e normativos, o sistema apresenta deficiências e lacunas estruturais que impedem a promoção do acesso a saúde da melhor maneira.

Nesse cenário, emerge o fenômeno da judicialização da saúde, como um reflexo das deficiências na prestação dos serviços públicos de saúde. Tendo em vista que os cidadãos só conseguem a efetividade de seu direito quando buscam a via judicial. Verifica-se, portanto, que a judicialização, embora seja um instrumento

legítimo na busca da defesa e efetividade do direito fundamental a saúde, evidencia a falha do Estado em cumprir o seu dever estabelecido na Carta Magna.

Desse modo, o aumento crescente nas demandas judiciais por medicamentos de alto custo, escancara os limites do SUS e o impacto da ausência de políticas públicas mais efetivas para preencher as deficiências do sistema, visto que viola os princípios da universalidade e igualdade que o sistema demanda.

Diante disso, com a recente fixação do Tema de Repercussão Geral nº. 1234, do STF, demonstra-se a preocupação do poder judiciário em promover medidas mais céleres no julgamento das demandas de medicamento de alto custo, com a finalidade de não combater o aumento da judicialização, mas de analisar e decidir de forma mais rápida os anseios da população que buscam a justiça.

No entanto, ainda que a recente tese do STF seja um importante instrumento na defesa do acesso a saúde pela população, essa medida não substitui a urgência na promoção de políticas públicas mais eficientes e que acompanhem a realidade nas pesquisas científicas por parte do poder executivo. Tendo em vista que grande parte dessa deficiência que o sistema de saúde enfrenta advém da má gestão dos recursos disponíveis ou do corte nos recursos financeiros existentes

Torna-se, portanto, imprescindível o fortalecimento dessas políticas públicas, em especial pelo poder executivo, priorizando o financiamento adequado, a qualificação de gestão e valorização da atenção primária como eixo estruturante da saúde pública e por conseguinte, a promoção, defesa e validação do direito fundamental à saúde inerente a toda a população.

REFERÊNCIAS

BARROS, Natasha Mira; RESENDE, Adriano de Oliveira. A judicialização da saúde: efeito da tutela provisória de urgência na garantia do direito à saúde. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação (REASE)**, São Paulo/SP, v.9, n.9, p.2798-2813., set.2023. Disponível em: < <https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/11293/5060>> Acesso em: 28 jul.2025;

BRASIL, Planalto. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: < https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm> Acesso em: 03 jul.2025;

_____. 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**. Disponível em: < https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm> Acesso em: 03 de jul.2025;

BRASIL, Ministério da Saúde. O que significa ter saúde? **Notícias Ministério da Saúde**, 2021. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-brasil/eu-quer-me-exercitar/noticias/2021/o-que-significa-ter-saude>> Acesso em: 02 jul.2025;

_____. **8ª Conferência Nacional da Saúde**. Brasília, 1986. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf> Acesso em: 04 jul.2025;

_____. Cronologia Histórica da Saúde Pública. **Fundação Nacional de Saúde (FUNASA)**, 2017. Disponível em: < <https://www.funasa.gov.br/cronologia-historica-da-saude-publica>> Acesso em: 02 de jul.2025;

BRASIL, Câmara dos Deputados. Decreto nº. 533, de 25 de abril de 1850. **Autorisa o Governo a despendar até a quantia de 100.000\$000 nas medidas tendentes a obstar a propagação da epidemia reinante, e nos socorros dos enfermos necessitados, e a empregar, para este fim, as sobras da receita, e na falta destas a emitir Apolices, ou fazer outra qualquer operação de credito**. Disponível em: <<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-533-25-abril-1850-559609-publicacaooriginal-81904-pl.html>> Acesso em 03 jul.2025;

_____. Decreto nº. 14.189, de 26 de maio de 1920. **Dá regulamento para a execução do decreto legislativo n. 3.987, de 2 de janeiro de 1920, que criou o departamento nacional de saúde pública**. Disponível em: <<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1920-1929/decreto-14189-26-maio-1920-570004-publicacaooriginal-93190-pe.html>> Acesso em 3 de jul.2025;

BRASIL, Supremo Tribunal Federal (STF). Recurso Extraordinário nº. 855178/SE. Relator: Luiz Fux. Data de Julgamento: 23/05/2019. Tribunal Pleno. Data de Publicação: 16/04/2020. **JusBrasil**, 2020. Disponível em: <<https://www.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/stf/861515103>> Acesso em: 05 jul.2025;

_____. Tv Justiça aborda judicialização da saúde: os efeitos das decisões judiciais sobre a saúde pública. **Notícias Supremo Tribunal Federal**, 2024. Disponível em: < <https://noticias.stf.jus.br/postsnoticias/tv-justica-aborda-judicializacao-da-saude-os-efeitos-das-decisoes-judiciais-sobre-a-saude-publica/>> Acesso em: 10 jul.2025;

_____. Recurso Extraordinário nº. 1.366.234/SC. Tema de Repercussão Geral nº. 1234. Relator: Gilmar Mendes. Data do julgamento: 06/09/2024. Tribunal Pleno. Data da publicação: 13/09/2024. **Jurisprudência Supremo Tribunal Federal**, 2024. Disponível em: < https://www.stf.jus.br/arquivo/cms/noticiaNoticiaStf/anexo/RE1.366.243_tema1234_in_fosociedade_LCFSP.pdf> Acesso em: 05 jul.2025;

BRASIL, Tribunal Federal da 3ª Região (TRF 3). **Agravo de Instrumento nº. 50040465320224030000/SP**. Relator: Desembargadora Consuelo Yatsuda Moromizato Yoshida. Data do julgamento: 08/11/2022. 3ª Turma. Data da publicação: 10/11/2022. Disponível em: < <https://web.trf3.jus.br/acordaos/Acordao/BuscarDocumentoPje/266350754>> Acesso em: 05 jul.2025;

BRASIL, Conselho Nacional de Justiça (CNJ). Resolução nº. 331, de 20 de agosto de 2020. **Institui a Base Nacional de Dados do Poder Judiciário – DataJud como fonte primária de dados do Sistema de Estatística do Poder Judiciário – SIESPJ para os tribunais indicados nos incisos II a VII do art.92 da Constituição Federal**. Disponível em: < <https://atos.cnj.jus.br/files/original191747202008255f4563db846dc.pdf>> Acesso em: 05 jul.2025;

_____. **Estatísticas Processuais de Direito à Saúde (DataJud)**. 2024. Disponível em: < <https://justica-em-numeros.cnj.jus.br/painel-saude/>> Acesso em: 05 jul.2025;

BRASIL, Superior Tribunal de Justiça (STJ). Tema Repetitivo nº. 106. **Temas Superior Tribunal de Justiça**, 2018. Disponível em: < https://processo.stj.jus.br/repetitivos/temas_repetitivos/pesquisa.jsp?novaConsulta=true&tipo_pesquisa=T&cod_tema_inicial=106&cod_tema_final=106> Acesso em 08 jul.2025;

_____. Agravo Interno no Recurso Especial nº 1.553.112/CE (2015/0220452-8). Relator: Ministro Gurgel de Faria. Data do julgamento: 16/02/2017. Primeira Turma. Data da publicação: 10/03/2017. **Jurisprudência Superior Tribunal de Justiça (STJ)**, 2017. Disponível em: < <https://www.stj.jus.br/websecstj/cgi/revista/REJ.cgi/ITA?seq=1572423&tipo=0&nreg=201502204528&SeqCgrmaSessao=&CodOrgaoJgdr=&dt=20170310&formato=PDF&salvar=false>> Acesso em: 18 jul.2025;

CALABREZ, Samira Pansini; MODESTO, Cristiano Tessinari. Judicialização da saúde no Brasil: desafios e consequências para o sistema único de saúde. **Revista Tópicos**, v.2, n.13, 2024. Disponível em: < <https://revistatopicos.com.br/artigos/judicializacao-da-saude-no-brasil-desafios-e-consequencias-para-o-sistema-unico-de->

LUPORINI, Bruno. Cresce o número de pacientes que buscam justiça para acessar medicamentos de alto custo. **Jornal Correio Popular**, 2025. Disponível em: <<https://correio.rac.com.br/saude/cresce-o-numero-de-pacientes-que-buscam-a-justica-para-acessar-medicamentos-de-alto-custo-1.1682176>> Acesso em 11 jul.2025;

LOPES. Gilliard Manassés Silva; MENDES, Rosyvânia Araújo. O papel do poder judiciário na garantia do acesso à saúde: uma análise da judicialização da saúde como instrumento de efetivação do direito à saúde no Brasil. **Revista Acadêmica Online – Facimp Wyden**, Imperatriz/MA, 2024. 19p. Disponível em: <<https://www.revistaacademicaonline.com/index.php/rao/article/view/149/298>> Acesso em: 05 jul.2025;

LUCENA, Davidson Gregório de. **Judicialização na saúde pública brasileira: uma revisão integrativa**. Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos, 2021. Disponível em: <<https://dfj.emnuvens.com.br/dfj/article/download/651/991>> Acesso em: 04 jul.2025;

MARTINS, Flávio. **Direitos sociais em tempos de crise econômica**. Rio de Janeiro: Grupo GEN, 2024. *E-book*;

MARANHÃO, Tribunal de Justiça do Estado do (TJMA). Apelação Cível nº. 0060806622011810000/MA 0081552019. Relator.: Desembargador Antonio Guerreiro Júnior. Data de Julgamento: 03/03/2020. Segunda Câmara Cível. Data de Publicação: 10/03/2020. **JusBrasil**, 2020. Disponível em: <<https://www.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/tj-ma/825676435>> Acesso em: 10 jul.2025;

MARANHÃO, Defensoria Pública do Estado do (DPE/MA). Buriticupu: Defensoria garante medicação de alto custo para paciente oncológico. **Notícias DPE/MA**, 2024. Disponível em: <<https://defensoria.ma.def.br/dpema/portal/noticias/8406/buriticupu-defensoria-garante-medicao-de-alto-custo-para-paciente-oncologico>> Acesso em: 10 jul.2025;

MATO GROSSO, Tribunal de Justiça do Estado do (TJMT). Recurso Inominado nº. 1001860-65.2023.8.11.005. Relator: Desembargador Hidebrando da Costa Marques. Data de Julgamento: 14/10/2024. Terceira Turma Recursal. Data de Publicação: 18/10/2024. **JusBrasil**, 2024. Disponível em: <<https://www.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/tj-mt/2943847158>> Acesso em: 11 jul.2025;

MERELES, Carla. A história da saúde pública no Brasil e a evolução do direito à saúde. **Portal Politize**, 2018. Disponível em: <<https://www.politize.com.br/direito-a-saude-historia-da-saude-publica-no-brasil/>> Acesso em: 03 jul.2025;

OLIVEIRA, Rony Rossi Mota. **Judicialização da Saúde**. Monografia (Bacharelado em Direito) – Faculdade Doctum de João Monlevade, João Monlevade/MG, 2017. Disponível em: <<https://dspace.doctum.edu.br/bitstream/123456789/2534/1/JUDICIALIZA%c3%87%c3%83O%20DA%20SA%c3%9aDE.pdf>> Acesso em: 04 jul.2025;

POLIGNANO, Marcus Vinícius. **Histórias das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão**. 2000. 35p. Disponível em: <
[https://www.saude.mt.gov.br/storage/old/files/historia-das-politicas-de-saude-no-brasil-\[16-030112-SES-MT\].pdf](https://www.saude.mt.gov.br/storage/old/files/historia-das-politicas-de-saude-no-brasil-[16-030112-SES-MT].pdf)> Acesso em: 03 jul.2025;

REIS, Laryssa Rodrigues. **A judicialização como meio de efetivação dos direitos fundamentais: a desigualdade de acesso à saúde no Brasil**. Monografia (Bacharelado em Direito). Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUCGO), Goiânia/GO, 2022. 50p. Disponível em: <
<https://repositorio.pucgoias.edu.br/jspui/bitstream/123456789/3962/2/TCC%20-%20LARYSSA%20RODRIGUES%20REIS-.pdf>> Acesso em: 04 jul.2025;

SILVA NETO, Evilasio Tenório da. O que a Justiça entende como “medicamento de alto custo”? **Portal Migalhas**, 2025. Disponível em: <
<https://www.migalhas.com.br/depeso/427502/o-que-a-justica-entende-como-medicamento-de-alto-custo>> Acesso em: 16 jul.2025;

SILVA, Anna Lúcia. Jovem de MG com câncer raro busca ajuda para tratamento que custa cerca de R\$ 2 milhões. **Portal G1 Centro-Oeste**, 2024. Disponível em: <
<https://g1.globo.com/mg/centro-oeste/noticia/2024/10/27/jovem-de-mg-com-cancer-raro-busca-ajuda-para-tratamento-que-custa-cerca-de-r-2-milhoes.ghtml>> Acesso em: 10 jul.2025;

SHULZE, Clenio Jair. **Saúde stakeholder**. Empório do direito, 15 jan. 2024. Disponível em: <
<https://emporiiododireito.com.br/leitura/saude-stakeholder>> Acesso em: 10 jul.2025;

VENTURA, Miriam *et al.* Judicialização da saúde, acesso a justiça e a efetividade do direito a saúde. **Physus Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro/RJ, v.20, n.1, p.77-100, 2010. Disponível em: <
<https://www.scielo.org/pdf/physis/2010.v20n1/77-100/pt>> Acesso em: 06 jul.2025;

XAVIER, Christabelle-Ann. Judicialização da saúde: perspectiva crítica sobre os gastos da União para o cumprimento das ordens judiciais. **Coletânea Direito à saúde**, Brasília/DF, v.2, 2020. Disponível em: <
https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/coletanea_direito_saude_dilemas_fenomeno_judicializacao_saude_v2.pdf> Acesso em: 05 jul.2025.