



AFYA CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BARREIRAS
BACHARELADO EM DIREITO

EDUARDA BATISTA PEREIRA

JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE: UMA ANÁLISE SOB A ÓTICA DO
TEMA 1234 DO STF FRENTE AO DIREITO À SAÚDE

Barreiras-BA

2026

EDUARDA BATISTA PEREIRA

**JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE: UMA ANÁLISE SOB A ÓTICA DO TEMA 1234 DO
STF FRENTE AO DIREITO À SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Direito da AFYA Centro
Universitário de Barreiras como requisito
parcial à obtenção do título de Bacharel em
Direito.

Orientador: Verana Marques Rosa Matos

Barreiras-BA

2026

FOLHA DE APROVAÇÃO

EDUARDA BATISTA PEREIRA

JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE: UMA ANÁLISE SOB A ÓTICA DO TEMA 1234 DO STF FRENTE AO DIREITO À SAÚDE

Trabalho de conclusão de curso de Bacharelado
em Direito Da Afya Centro Universitário de
Barreiras, como requisito para conclusão de
graduação.

Barreiras-BA, 19 de junho de 2026

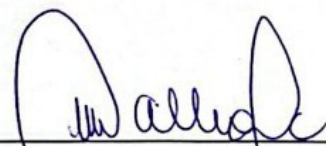
BANCA EXAMINADORA

Documento assinado digitalmente
gov.br VERANA MARQUES ROSA MATOS
Data: 30/06/2026 07:49:40-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

M^a. Verana Marques Rosa Matos
Orientador(a)

Documento assinado digitalmente
gov.br NISSLANE MAGALHÃES DE SIQUEIRA
Data: 29/06/2026 21:17:02-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

M^a. Nisslane Magalhães de Siqueira
Avaliador I



M^a. Fadima Nakhala Darian e Silva
Avaliador II

P428j Pereira, Eduarda Batista
Judicialização da saúde: uma análise sob a ótica do tema 1234 do STF
frente ao direito à saúde [manuscrito] / Eduarda Batista Pereira. –
Barreiras-Bahia. Afya Centro Universitário, 2026.
29.f.; 28cm.

Orientadora: Prof^ª. Verena Marques Rosa Matos.
Monografia (graduação)-Afya Centro Universitário, 2026

1. Direito à saúde. 2. Judicialização da saúde. 3. Tema 1234. 4.
Supremo Tribunal Federal. 5. Sistema único da Saúde. I. Afya
Centro Universitário. II. Matos, Verena Marques Rosa. III. Título.

CDU: 342.4

AGRADECIMENTOS

Em proêmio, agradeço a Deus, por me sustentar em todos os momentos da minha vida e por me abençoar de maneiras que excedem qualquer expectativa, sobretudo por meio das pessoas que cruzaram o meu caminho ao longo dessa trajetória, das quais me refiro a seguir. (Romanos 8:28)

À minha mãe, Sara, que me permitiu seguir com meu sonho acadêmico e que dedica toda a sua vida a encontrar meios de fazê-lo perdurar: obrigada por me apoiar e nunca me deixar desistir. A senhora jamais me deu a ideia de que eu não poderia ser quem eu quisesse, ao contrário, encheu nossa casa de amor, de livros, de inteligência e curiosidade, incansável em seus esforços para me mostrar que o mundo era maior do que eu imaginava. Obrigada por ser tão generosa e extraordinária, deixando em mim a herança mais bonita da sua existência: a sua bondade. Enquanto a senhora me guiava por esses anos, não sei se alguma vez percebeu que a pessoa que eu mais queria ser era a senhora mesma. É para quem eu quero correr quando a vida adulta se torna árdua, é o meu ponto de referência para tudo. Espero que, ao seguir meu próprio caminho, eu consiga ser ao menos um reflexo da pessoa incrível que a senhora é, e que todos os seus esforços sejam recompensados com o orgulho de uma filha que jamais esqueceu de onde veio.

Ao meu padrasto, Elissónesio, que como um verdadeiro pai me acolheu como se filha fosse e não mede esforços para me ajudar nos momentos em que mais precisei. Obrigada por toda a generosidade e pela presença constante.

À minha avó materna, Amélia, minha segunda mãe, que sempre acreditou no meu potencial e me encorajou a ser melhor a cada dia. Minha companheira de aventuras, agora e para sempre.

À minha irmã caçula, Ellen Sofia, que me ensinou, de uma maneira linda e singular, sobre o significado do amor. Espero que todos esses anos em que estive longe, acompanhando sua vida por fotos, vídeos e ligações, sejam recompensados com tudo que está por vir, e que eu possa ser sua base para realizar cada sonho que você ainda vier a imaginar.

À toda a minha família materna, por ser o lar mais bonito que eu poderia ter escolhido ter.

Ao meu pai, Artémio, que há alguns anos me observa do céu, e a quem dedico cada passo dessa conquista. O luto pela sua partida foi uma das provas mais difíceis que enfrentei, e ainda assim foi a sua memória que me deu forças para continuar. O senhor foi uma grande inspiração para não desistir dos estudos, mesmo nos momentos em que a dor tornava tudo mais

pesado. Espero que, diante de tudo que enfrentei e de tudo que conquistei, o senhor esteja orgulhoso lá onde estiver. Aos meus irmãos paternos, que amo infinitamente, em especial à Andressa, por ser uma presença tão constante e tão querida na minha vida.

À minha melhor amiga, Maria Eduarda, minha amizade mais sincera e duradoura. Desde os tempos de escola, quando tudo ainda era simples e o mundo cabia em nossas mãos, até hoje, quando cada uma já tem sua própria vida, suas próprias batalhas e mora em cidades distantes, seguimos conectadas sobre tudo e sobre todas as fases uma da outra, como se o tempo e a distância nunca tivessem existido de verdade. Há amizades que a vida vai esticando e moldando, mas que nunca se rompem, porque foram feitas de algo mais sólido do que a proximidade. A nossa é assim. Obrigada por estar em todos os capítulos, nos bonitos e nos difíceis.

À Laysa e Jhônatas, que de repente se tornaram parte de mim de um jeito que eu não poderia ter previsto. O que começou entre as paredes da faculdade foi crescendo, se aprofundando, e virou uma amizade que passou por tanto, que enfrentou provas, prazos, crises, conquistas e momentos que só quem viveu poderia entender. Mas fomos além disso, ultrapassamos a graduação e construímos uma amizade real, daquelas que não precisam de ocasião para existir, em eventos e celebrações, campeonatos, aventuras, viagens e até no privilégio de conhecer as famílias um do outro. São as pessoas a quem recorro para tudo, parceiros para qualquer aventura e conselheiros para qualquer assunto. Vocês são amigos que pretendo levar por toda a vida, e saio dessa graduação mais feliz por ter encontrado vocês no caminho. À Rilla, minha primeira amizade na faculdade, que surgiu num momento em que eu ainda encontrava meu lugar naquele ambiente. Sua presença foi fundamental para que eu me sentisse acolhida, e me alegra saber que construímos uma amizade que permanece até hoje.

À minha turma, pela união que nos sustentou ao longo desses anos. Enfrentar esse curso lado a lado de pessoas tão agradáveis tornou cada etapa mais humana e mais especial. A todos os colaboradores desta instituição, que direta ou indiretamente contribuíram para que essa conquista fosse possível.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	08
2	O DIREITO À SAÚDE E A JUDICIALIZAÇÃO NO BRASIL.....	9
2.1	EVOLUÇÃO HISTÓRICA DO DIREITO À SAÚDE NO ORDENAMENTO JURÍDICO BRASILEIRO.....	9
2.2	O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS): PRINCÍPIOS, DIRETRIZES E ESTRUTURA.....	11
2.3	A JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE: CONCEITO, CAUSAS E EXPANSÃO NO BRASIL.....	12
3.	O TEMA 1234 DO STF E A FIXAÇÃO DE CRITÉRIOS PARA A JUDICIALIZAÇÃO.....	13
3.1	PRINCIPAIS MARCOS JURISPRUDENCIAIS DO STF NA CONCESSÃO DE MEDICAMENTOS.....	13
3.2	O TEMA 1234 DO STF NO CONTEXTO DA JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE.....	15
3.3	OS CRITÉRIOS ESTABELECIDOS PELO STF PARA FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS NÃO INCORPORADOS.....	16
4	IMPACTOS DO TEMA 1234 NA EFETIVAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE.....	19
4.1	DILEMAS ENTRE O DIREITO À SAÚDE E A RESERVA DO POSSÍVEL.....	19
4.2	IMPACTOS NA GESTÃO PÚBLICA E NO ORÇAMENTO ESTATAL.....	21
4.3	A ATUAÇÃO DO ESTADO E A MOROSIDADE NA EFETIVAÇÃO DAS DECISÕES JUDICIAIS.....	22
5.	CONCLUSÃO.....	23
	REFERÊNCIAS.....	27

JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE: UMA ANÁLISE SOB A ÓTICA DO TEMA 1234 DO STF FRENTE AO DIREITO À SAÚDE

Autor(a): Eduarda Batista Pereira

Orientador(a): Verana Marques Rosa Matos

RESUMO

O presente trabalho analisa o fenômeno da judicialização da saúde no Brasil, com enfoque nas repercussões do Tema 1234 do Supremo Tribunal Federal (STF) frente ao direito fundamental à saúde. A pesquisa contextualiza a evolução histórica do sistema de saúde brasileiro, desde o modelo excludente da era pré-1988 até a universalização promovida pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Investiga-se o conflito entre a obrigatoriedade estatal de prover assistência integral e as limitações orçamentárias que impulsionam a busca pelo Poder Judiciário. O objetivo central é avaliar os critérios estabelecidos pelo STF para a concessão de medicamentos de alto custo e terapias não incorporadas, buscando compreender se tais exigências garantem a proteção da vida ou se impõem barreiras excessivas ao cidadão. Metodologicamente, a pesquisa é qualitativa e bibliográfica, fundamentada no método dedutivo. Conclui-se que o Tema 1234 representa um marco na busca pela racionalidade e uniformidade das decisões judiciais, embora sua efetividade plena dependa da eficiência das políticas públicas e da gestão coordenada entre os entes federados para reduzir a dependência da via judicial.

Palavras-chave: Direito à Saúde. Judicialização da Saúde. Tema 1234. Supremo Tribunal Federal. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

This study analyzes the phenomenon of the judicialization of healthcare in Brazil, with a focus on the implications of Theme 1234 of the Federal Supreme Court (STF) regarding the fundamental right to health. The research contextualizes the historical evolution of the Brazilian healthcare system, from the exclusionary model of the pre-1988 era to the universalization promoted by the Unified Health System (SUS). It examines the conflict between the state's obligation to provide comprehensive healthcare and the budgetary constraints that drive citizens to seek redress through the Judiciary. The central objective is to assess the criteria established by the STF for the granting of high-cost medications and therapies not yet incorporated into the public health system, seeking to determine whether such requirements safeguard the right to life or impose excessive barriers on citizens. Methodologically, the research is qualitative and bibliographic in nature, grounded in the deductive method. It is concluded that Theme 1234 represents a landmark in the pursuit of rationality and uniformity in judicial decisions, although its full effectiveness depends on the efficiency of public policies and coordinated management among the federative entities in order to reduce reliance on the judicial pathway.

Keywords: Right to Health. Judicialization of healthcare. Theme 1234. Federal Supreme Court. Unified Health System.

1. INTRODUÇÃO

O direito à saúde, consagrado no artigo 196 da Constituição Federal de 1988, representa um dos pilares do Estado Democrático de Direito e está diretamente ligado à dignidade da pessoa humana. Apesar de sua previsão constitucional, a efetivação desse direito enfrenta desafios relacionados à limitação de recursos públicos e à ineficiência administrativa, o que frequentemente leva o cidadão a recorrer ao Poder Judiciário. Esse fenômeno, conhecido como judicialização da saúde, tornou-se uma via de acesso à concretização de direitos fundamentais, mas também gerou tensões entre as esferas judicial, administrativa e orçamentária do Estado.

Nesse contexto, o Supremo Tribunal Federal vem desempenhando papel fundamental na definição de parâmetros para o fornecimento de medicamentos e tratamentos pelo poder público. Em setembro de 2024, o STF julgou o Tema 1234 da Repercussão Geral, que fixou critérios para a concessão judicial de medicamentos registrados na ANVISA, mas não incorporados ao Sistema Único de Saúde (SUS). O julgamento buscou uniformizar a atuação judicial, equilibrando a efetividade do direito à saúde com a necessidade de racionalidade administrativa e controle de gastos públicos.

O presente trabalho tem como problema de pesquisa compreender de que forma a interpretação consolidada pelo STF no Tema 1234 se harmoniza ou entra em conflito com a obrigação estatal de assegurar prestações de saúde à população. Assim, o objetivo geral é analisar se os requisitos definidos pelo Supremo são suficientes para resguardar o direito à saúde. Para alcançar esse fim, os objetivos específicos consistem em: contextualizar o direito à saúde no ordenamento jurídico brasileiro, estudar a evolução da judicialização, examinar o conteúdo do Tema 1234 e avaliar seus impactos práticos na efetivação do direito fundamental à saúde.

A relevância do estudo decorre da atualidade e importância social do tema, uma vez que o julgamento do Tema 1234 estabelece diretrizes que afetam diretamente o acesso dos cidadãos a medicamentos e tratamentos, além de influenciar a gestão pública da saúde. A pesquisa, de natureza qualitativa e bibliográfica, utiliza o método dedutivo, partindo dos fundamentos constitucionais do direito à saúde para analisar sua aplicação jurisprudencial e os reflexos práticos da decisão do STF.

Por fim, o trabalho organiza-se em três capítulos: o primeiro apresenta a evolução histórica do direito à saúde, a formação do SUS e a judicialização da saúde; o segundo aborda o Tema 1234 do STF e seus marcos jurisprudenciais; e o terceiro analisa a obrigatoriedade

estatal de prover assistência integral e suas limitações orçamentárias, bem como seus impactos na efetividade do direito à saúde. Ao final, nas considerações conclusivas, busca-se refletir sobre a necessidade de equilibrar a atuação judicial com a responsabilidade administrativa do Estado, assegurando que a racionalização das decisões não se sobreponha ao direito fundamental à vida e à saúde.

2 O DIREITO À SAÚDE E A JUDICIALIZAÇÃO NO BRASIL

2.1. EVOLUÇÕES HISTÓRICAS DO DIREITO À SAÚDE NO ORDENAMENTO JURÍDICO BRASILEIRO

Em princípio, impõe-se relevante contextualizar como a saúde se tornou um direito fundamental garantido pelo Estado, uma vez que sua trajetória foi marcada por um longo processo histórico de transformações sociais, políticas e institucionais.

Os primeiros anos após a instauração da primeira república, entre os anos de 1889 e 1930, a saúde era voltada para evitar doenças que afetassem a economia, onde os únicos que recebiam atendimento eram trabalhadores formais que contribuíam para a previdência. A saúde era entendida como benefício previdenciário, não como direito de todos (SCOREL, 1999).

Nos anos seguintes, durante um dos regimes mais repressivos da História Brasileira, a Ditadura Militar, o cenário da medicina previdenciária perdurava, e apenas aqueles com carteira assinada eram possuidores do direito de serem atendidos pelo Instituto Nacional de Assistência Médica - INAMPS. Nesse período, o acesso à saúde era restrito aos trabalhadores com vínculo formal de emprego, ao passo que a população rural e os demais trabalhadores informais, permaneciam à margem do sistema, dependentes de instituições filantrópicas ou sem qualquer assistência (NORONHA, 2021).

Entrementes a essa situação, os problemas de saúde desenvolvidos pelo restante da população marginalizada ultrapassavam grandes números. Segundo Kucinski (1982) “A deterioração das condições sanitárias, e a queda na qualidade do ar e da água, levaram ao surgimento das grandes epidemias nas regiões metropolitanas, afetando, invariavelmente, as populações mais pobres da periferia”.

Diante desse cenário, na seara acadêmica de medicina, surgem movimentos sociais que defendiam a saúde como direito de todos. Os acadêmicos de medicina participaram de experiências de saúde comunitária, como a residência em Saúde Comunitária na Unidade Sanitária Murialdo, em Porto Alegre, em 1976. Essas iniciativas ofereciam uma prática

profissional mais alinhada aos princípios da Saúde Coletiva, e que em seu conjunto com outros defensores e ativistas, contribuíram para o início da Reforma Sanitária, movimento esse que se tornou essencial para a universalização da saúde (ESCOREL, 1999).

A Reforma Sanitária pode ser compreendida como um movimento político, social e técnico que buscou transformar o sistema de saúde brasileiro, defendendo a saúde como um direito de todos e dever do Estado. Ela representou uma profunda mudança na forma de pensar e organizar as políticas públicas de saúde, promovendo a participação popular, a universalização do acesso e a integralidade da atenção (ESCOREL, 1999). Indubitável é que, o movimento sanitário, teve demasiada importância na construção de um sistema de saúde humanitário.

Nesse sentido, oportuno se torna citar um dos fundamentais marcos do movimento sanitário, que paralelamente a outros cenários históricos daquele momento, culminou na criação do Sistema Único de Saúde (SUS), a VIII Conferência Nacional da Saúde. Pertinente é a colocação de Escorel (1999, p. 193):

A VIII CNS foi o exemplo máximo da utilização do espaço ocupado no aparelho do Estado para possibilitar a discussão democrática das diretrizes políticas setoriais. No plenário que reuniu aproximadamente cinco mil pessoas, entre as quais mil delegados, discutiu-se e aprovou-se a unificação do Sistema de Saúde. Ainda mais: aprovaram-se definições e propostas relativas ao conceito ampliado de saúde, ao direito de cidadania e dever do Estado e às bases financeiras do sistema. Dotada de grande representatividade social, mesmo na ausência dos prestadores privados, esta CNS passou a significar, através de seu relatório final, a consolidação das propostas do movimento sanitário original acrescido de novos integrantes e parceiros.

Posta assim a questão, em um momento de redemocratização do Brasil após 21 anos de regime militar, se inicia o processo de criação da nova constituinte, em 1987, resultado de um intenso debate na Assembleia Nacional Constituinte e de grande participação popular. Esse momento então, marca o início da instituição do direito fundamental a saúde no ordenamento jurídico brasileiro.

Registre-se que, finalmente, esse direito se concretiza em 5 de outubro de 1988, momento em que foi promulgada a Constituição Federal brasileira, apelidada de “Constituição Cidadã”, que amparava o direito à saúde em seus artigos 196 a 200. A criação oficial do SUS decorreu do facto importante acima aludido, sendo posteriormente regulamentada pelas Leis Orgânicas da Saúde (Leis 8.080/90 e 8.142/90 (BRASIL, 1990).

Cumprir, neste passo, ao ensejo da conclusão desse cenário, o artigo 196 da Constituição Federal (BRASIL, 1988), que traz em seu corpo textual, *in verbis*:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Em suma, percebe-se que após anos de medicina previdenciária e seletiva, que marginalizava o restante da sociedade e carente, o movimento sanitário trouxe consigo uma revolução na saúde brasileira, que resultou na implementação da saúde como direito fundamental, mantendo como dever do Estado garantir meios de efetivar o texto constitucional, principalmente por meio da criação de um Sistema Único de Saúde, o SUS.

2.2. O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS): PRINCÍPIOS, DIRETRIZES E ESTRUTURA

O SUS, em linhas gerais, é reconhecido internacionalmente por ser um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde pública do mundo (BRASIL, 2024). Nesse sentido, importa mencionar o artigo 3º da Lei 8.080/90, que conceitua de maneira clara a saúde protegida pelo Estado como um todo:

Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais. Parágrafo único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social (BRASIL, 1990).

Em que pese os princípios que regem o SUS, a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, em seu art. 7º, os detalham em seus incisos. Entretanto, em suma, estes podem ser conceituados como universalização, equidade e integralidade. A universalização impõe que a saúde é um direito de toda a população e que o Estado tem o dever de concretizar esse direito, sem embargo de qualquer raça, religião ou sexo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2024).

A equidade pressupõe que os mais vulneráveis recebam tratamento diferenciado para alcançar condições iguais às do restante da população, garantindo uma saúde adaptada às necessidades de cada indivíduo, como ocorre, por exemplo, na classificação de risco e urgência nos hospitais. A integralidade, por sua vez, assegura um atendimento que considera o ser humano em sua totalidade, nos aspectos biológico, psicológico e social, articulando ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação em todos os níveis de complexidade. Esse princípio representa uma ruptura com o modelo anterior ao SUS, que era fragmentado e voltado exclusivamente à cura de doenças com impacto econômico, ignorando a prevenção e a continuidade do cuidado (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2024).

Com relação as diretrizes que regem o SUS, estão previstas na Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988), *in verbis*:

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: (Vide ADPF 672)

- 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.

A corroborar o exposto acima, entende-se que a descentralização é um mecanismo de democratização das competências administrativas, financeiras e operacionais entre os entes federativos, com gestão centralizada em cada nível do governo, ou seja, União, Estado e Município. A integralidade, como exposto acima, oferta ações contínuas de tratamento, enquanto a participação da comunidade, implica na inserção da população nas políticas públicas de saúde, garantindo transparência.

Nesse entremeio, analisando todo o arcabouço apresentado, percebe-se que a efetivação do direito à saúde não se limita à mera previsão em dispositivos legislativos, mas depende diretamente da estrutura organizacional do Sistema Único de Saúde, bem como da aplicação concreta de seus princípios e diretrizes. Assim, o direito à saúde revela-se não apenas como uma garantia formal, mas como um compromisso prático que exige organização, coordenação e participação social para sua plena concretização.

2.3. A JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE: CONCEITO, CAUSAS E EXPANSÃO NO BRASIL

A Constituição Federal (BRASIL, 1988) ampara a saúde como direito de todos e dever do Estado. Entretanto, por muitas vezes a seara administrativa do Sistema Único de Saúde (SUS) não é capaz de efetivar esse direito fundamental, abrindo espaço para a intervenção do judiciário como meio de garantir a concretização desse dispositivo constitucional, e esse cenário conceitua a judicialização da saúde (NETO, 2018).

Esse fenômeno pode ser conceituado como um meio de resolução de conflitos pelo poder judiciário na esfera da saúde entre a população e o âmbito administrativo do Estado, ou de empresas privadas ou pessoas físicas.

A via judiciária permite a viabilização da saúde por meio de sentenças judiciais, bem como por meio de pedidos liminares que antecipam a decisão, quando comprovados o *fumus boni iuris* (probabilidade do direito/fumaça do bom direito) e o *periculum in mora* (perigo de

dano ou risco ao resultado útil do processo), exigidos pelo art. 300 do Código de Processo Civil (BRASIL, 2015), compelindo estados, municípios e a União a fornecerem medicamentos e tratamentos aos hipossuficientes necessitados, quando a via administrativa indefere o pleito.

A expansão dessa modalidade se deu de forma abrupta durante os últimos anos, isso devido as falhas do Sistema Único de Saúde, que mesmo diante de tantos avanços, ainda se omite no fornecimento de serviços e medicações em situações de extrema necessidade (SILVA; NICOLETTI; 2019)

O papel central que o tema da saúde assumiu no Brasil decorre de dois fatores principais: a maior conscientização dos cidadãos sobre seus direitos e o apoio das decisões judiciais, que reafirmam o dever estatal. Consequentemente, observa-se uma busca cada vez maior pelos tribunais para garantir o cumprimento dessas prestações (VIEIRA, 2020, p. 7).

Ademais, cita-se ainda como fatores, as falhas estruturais do SUS, como falta de medicamentos ou especialistas, que frequentemente exigem da população, muitas vezes carente, a obter empréstimos para o financiamento de tratamentos, e como resultado, levam essas demandas ao judiciário para obter o ressarcimento, uma vez que os procedimentos deveriam ser custeados pelo Estado. Cumpre citar ainda, de forma similar, as demandas causadas pela má gestão de recursos e pouco investimento público, além de novos tratamentos e medicamentos de maior eficácia que se encontram fora da lista do SUS (NETO, 2018).

Diante desse cenário, evidencia-se a importância da judicialização da saúde como instrumento essencial para a efetivação do direito fundamental à saúde, especialmente diante das falhas da via administrativa. Nesse sentido, o aumento das demandas evidencia não apenas a busca por direitos, mas também fragilidades do sistema público de saúde. Assim, conclui-se que a judicialização é necessária, porém deve coexistir com políticas públicas mais eficientes, a fim de garantir o acesso à saúde de forma equilibrada.

3. O TEMA 1234 DO STF E A FIXAÇÃO DE CRITÉRIOS PARA A JUDICIALIZAÇÃO

3.1. PRINCIPAIS MARCOS JURISPRUDENCIAIS DO STF NA CONCESSÃO DE MEDICAMENTOS

A atuação do Poder Judiciário na concretização do direito à saúde foi sendo progressivamente construída por meio de relevantes marcos jurisprudenciais do Supremo Tribunal Federal. Ao longo dos anos, a Corte passou a estabelecer diretrizes para a concessão de medicamentos, buscando equilibrar a efetivação de direitos fundamentais com os limites

administrativos e orçamentários do Estado. Nesse sentido:

Esse é um dos temas mais difíceis e complexos com os quais o Poder Judiciário tem se deparado, pelo volume, pelas escolhas trágicas envolvidas. Ninguém deseja que a saúde seja administrada pelo Poder Judiciário, mas ao mesmo tempo é papel dele atender a direitos fundamentais, inclusive o direito à saúde quando não esteja sendo devidamente assistido (BARROSO, 2025)

Em razão do exposto, existiram diversos marcos jurisprudenciais que nortearam a concessão de medicamentos a população brasileira, dentre elas estão: RE 271.286 AgR/RS (STF, 2000), que reconheceu o direito subjetivo à saúde e o dever solidário da União, Estados e Municípios. Pertinente é a colocação do Ministro Celso de Mello:

O direito à saúde - além de qualificar-se como direito fundamental que assiste a todas as pessoas - representa consequência constitucional indissociável do direito à vida. O Poder Público, qualquer que seja a esfera institucional de sua atuação no plano da organização federativa brasileira, não pode mostrar-se indiferente ao problema da saúde da população, sob pena de incidir, ainda que por censurável omissão, em grave comportamento inconstitucional. (MELLO, 2000)

Ademais, cita-se o STA 175 (STF, Min. Gilmar Mendes, 2010), que destacou a necessidade de critérios técnicos e científicos nas decisões sobre medicamentos, mesmo em pedidos de medicamentos fora do sistema do SUS, analisando que o fornecimento de medicamentos sem registro na ANVISA é, em regra, impedido, entretanto, excepcionalmente, o fornecimento de medicamentos sem registro na ANVISA pode ser autorizado, desde que preenchidos 3 requisitos: pedido de registro no Brasil (ou se for para doença rara), registro em agências de outros países e ausência de substituto terapêutico no Brasil.

Vale lembrar ainda do Tema 6 (RE 566471, STF, 2024), que tratou do fornecimento de medicamentos de alto custo não incorporados ao SUS, fixando parâmetros de que é possível o fornecimento, desde que haja laudo médico fundamentado e inexistência de alternativa terapêutica disponível no SUS. Além disso, o Tema 793 (RE 855.178, STF, 2019) reconheceu a responsabilidade solidária dos entes federados (União, Estados e Municípios) no dever de assegurar o direito à saúde.

Por fim, o Tema 1234 (STF, 2024), foco principal do presente trabalho, fixou critérios para a competência da Justiça Federal e a atuação interfederativa nas demandas que envolvem medicamentos não padronizados, mas registrados na Anvisa. Esse tema marca a fase mais recente de racionalização da judicialização.

3.2. O TEMA 1234 DO STF NO CONTEXTO DA JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE

Partindo do pressuposto apresentado anteriormente, a judicialização da saúde atingiu um vasto patamar de demandas. A estatística processual do Conselho Nacional de Justiça aponta que o Poder Judiciário brasileiro recebeu cerca de 600 mil processos, entre janeiro de 2024 e agosto de 2025 (CNJ, 2025), sobrecarregando o poder judiciário e o orçamento dos entes públicos.

Nesse viés, surgiu-se a necessidade de elaborar critérios para nortear a judicialização da saúde no Brasil. Segundo Barroso (2023):

Nesse cenário, o que se necessita nessa matéria é estabelecer parâmetros para que a atuação do Judiciário possa se pautar por critérios de racionalidade e de eficiência. É a falta de critérios universais que tem tornado o sistema disfuncional e desigual.

Nesse sentido, o Supremo Tribunal Federal consolidou entendimentos com o objetivo de conferir maior previsibilidade e racionalidade às decisões judiciais. Além disso, tais precedentes assumem papel relevante na tentativa de reequilibrar a distribuição orçamentária entre os entes federativos, ao estabelecer de forma mais precisa as responsabilidades financeiras de cada um no custeio das prestações de saúde

O Tema 1234 (STF, 2024) refere-se a teses que foram transformadas em enunciado sintetizado de súmula vinculante, para pacificar controvérsias repetitivas. Essas teses são inovações complementares aos temas anteriores, destrinchadas a seguir, fixando finalmente e conjuntamente critérios taxativos para a concessão de medicamentos na via judicial.

Trata-se de Recurso Extraordinário com repercussão geral reconhecida (RE 1.366.243), no qual o Estado de Santa Catarina questiona decisão do Tribunal de Justiça local que determinou o fornecimento de medicamento não incorporado às listas oficiais do Sistema Único de Saúde. No caso concreto, o autor da demanda pleiteou judicialmente o fornecimento de fármaco que não possuía condições financeiras de adquirir. Em sua defesa, o ente estadual sustentou a ilegitimidade passiva, sob o argumento de que a responsabilidade pela incorporação de medicamentos ao SUS compete à União, por meio do Ministério da Saúde, a quem caberia definir quais tratamentos devem ser disponibilizados à população.

No âmbito do julgamento do Tema 1234, o Supremo Tribunal Federal homologou acordo celebrado entre a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, com o objetivo de estabelecer diretrizes para o processamento das demandas judiciais que envolvem o fornecimento de medicamentos pelo Sistema Único de Saúde. A medida busca conferir maior

eficiência ao julgamento dessas ações, bem como promover uma utilização mais racional dos recursos públicos destinados à saúde.

O acordo estabelece critérios objetivos para a definição da competência jurisdicional e da responsabilidade financeira dos entes federativos nas demandas que envolvem medicamentos não incorporados às listas do SUS, mas devidamente registrados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

Nesse sentido, definiu-se que as ações cujo custo anual do medicamento seja igual ou superior a 210 salários mínimos deverão ser processadas na Justiça Federal, cabendo à União o custeio integral do tratamento. Por outro lado, nas hipóteses em que o valor anual esteja compreendido entre 7 e 210 salários mínimos, a competência será da Justiça Estadual, sendo que a União deverá ressarcir os Estados e Municípios em percentual de 65% das despesas, percentual que pode atingir até 80% nos casos de medicamentos oncológicos.

Por fim, destaca-se que tais regras possuem aplicação prospectiva, incidindo apenas sobre as ações ajuizadas após a publicação da decisão, o que reforça a preocupação do Supremo Tribunal Federal com a segurança jurídica e a organização do sistema.

Dessa forma, verifica-se que o Tema 1234 do Supremo Tribunal Federal representa um avanço na tentativa de racionalizar a judicialização da saúde, ao estabelecer parâmetros mais objetivos para a atuação do Poder Judiciário. Ainda que não elimine por completo os desafios existentes, sua aplicação contribui para maior uniformidade decisória e para a busca de equilíbrio entre a efetivação do direito à saúde e a limitação orçamentária dos entes públicos. Nesse contexto, torna-se essencial analisar, de forma mais detalhada, os critérios fixados, a fim de compreender seus impactos práticos na concessão judicial de medicamentos.

3.3. OS CRITÉRIOS ESTABELECIDOS PELO STF PARA FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS NÃO INCORPORADOS

Em proêmio, é preciso acentuar que o Tema 1234 especificou o conceito de medicamentos não incorporados a serem regrados pelo mesmo:

2.1) Consideram-se medicamentos não incorporados aqueles que não constam na política pública do SUS; medicamentos previstos nos PCDTs para outras finalidades; medicamentos sem registro na ANVISA; e medicamentos off label sem PCDT ou que não integrem listas do componente básico (STF, 2024).

Como se observa, o trecho trata de remédios que não fazem parte das políticas oficiais de fornecimento de medicamentos aprovadas pelo Ministério da Saúde, via Comissão Nacional

de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC). Medicamentos que não constam na política pública do SUS são aqueles não incluídos nas listas oficiais do SUS, como Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), protocolos de dispensação, etc. A título de exemplo, tem-se um medicamento recém-lançado no mercado que ainda não passou pelo processo de análise da CONITEC para incorporação.

Os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDTs) determinam para quais doenças e condições um medicamento é autorizado dentro do SUS. Se o fármaco é previsto em um PCDT, mas é usado para uma doença diferente daquela do paciente, ele é considerado “não incorporado” para aquela finalidade específica.

Medicamentos sem registro na ANVISA são medicamentos que não têm autorização de comercialização no Brasil. O registro na ANVISA é condição indispensável para a importação, venda e prescrição regular, nos termos do art. 12 da Lei nº 6.360/1976 (BRASIL, 1976). *Off label* significa uso fora da indicação aprovada pela ANVISA, ou seja, o médico prescreve o medicamento para uma finalidade diversa daquela prevista na bula. O STF aqui faz uma distinção: o uso *off label* pode ser aceito apenas se houver respaldo em PCDT ou nas listas oficiais (componentes básico, estratégico ou especializado da assistência farmacêutica). Sem isso, o remédio é considerado não incorporado. Destarte, o Tema 1234 rege apenas medicamentos e não produtos de saúde, como órteses, próteses e equipamentos médicos ou procedimentos terapêuticos (STF, 2024).

Com isso em mente, necessário se faz avançar no quesito da competência. De acordo com o STF, nos casos em que o medicamento solicitado não esteja incorporado ao Sistema Único de Saúde (SUS), a competência para processar e julgar a demanda é da Justiça Federal, desde que o valor anual do tratamento seja igual ou superior a 210 (duzentos e dez) salários mínimos. Nessa hipótese, a União deve arcar integralmente com os custos do tratamento, assegurando o ressarcimento aos Estados e ao Distrito Federal, quando eventualmente condenados, por meio de repasses do tipo Fundo a Fundo, conforme os parâmetros estabelecidos na decisão do Supremo Tribunal Federal (STF, 2024).

Por outro lado, quando se tratar de medicamentos já incorporados às políticas públicas do SUS, tanto a competência judicial quanto a forma de ressarcimento entre os entes federativos deverão observar o fluxo administrativo e judicial pactuado em acordo previamente celebrado entre a União, os Estados e os Municípios. Essa medida busca uniformizar os procedimentos e garantir uma atuação coordenada entre as diferentes esferas da federação, evitando sobreposições e divergências na execução das políticas de saúde pública (STF, 2024).

Com o intuito de aprimorar a gestão e a transparência das demandas de saúde, os entes

federativos, em parceria com o Poder Judiciário, deverão instituir uma plataforma nacional unificada, destinada a concentrar todas as informações referentes aos pedidos administrativos e às ações judiciais voltadas ao fornecimento de medicamentos, sejam eles incorporados ou não ao SUS (STF, 2024).

Outrossim, o STF traz também como requisito a negativa administrativa do pedido do medicamento ao SUS ou CONITEC, que deve ser analisado e levado em consideração pelo Juízo em sua decisão, bem como a eficácia, segurança e necessidade do medicamento pleiteado, com a devida inexistência de fármaco substituto na lista do SUS. Por fim, é necessário comprovar a incapacidade financeira do requerente para justificar o pleito judicial (STF, 2024).

Paralelamente à consolidação de critérios jurídicos pelo Supremo Tribunal Federal, destaca-se a atuação dos Núcleos de Apoio Técnico do Poder Judiciário (NAT-Jus) como importante instrumento de racionalização da judicialização da saúde. Instituídos no âmbito do Conselho Nacional de Justiça, esses núcleos têm como finalidade fornecer subsídios técnicos aos magistrados, especialmente em demandas que envolvem o fornecimento de medicamentos e tratamentos médicos.

Os pareceres elaborados pelo NAT-Jus são baseados em evidências científicas e em diretrizes estabelecidas por órgãos como a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC), contribuindo para decisões mais fundamentadas e alinhadas às políticas públicas de saúde. Nesse sentido, sua atuação busca reduzir decisões baseadas exclusivamente em prescrições médicas individuais, promovendo maior uniformidade e segurança jurídica.

Apesar disso, observa-se que determinados requisitos estabelecidos pelo STF podem representar obstáculos concretos ao acesso à justiça, especialmente para pessoas hipossuficientes. Segundo o Defensor Público José Aurélio de Araújo (2025), a exigência de demonstração da negativa administrativa perante o SUS ou da não incorporação do medicamento pela CONITEC, por exemplo, pressupõe conhecimento técnico e acesso à informação que muitas vezes não estão ao alcance do cidadão comum. Em diversas situações, o paciente sequer possui compreensão acerca dos procedimentos administrativos necessários ou dos critérios técnicos utilizados pelos órgãos públicos, o que pode dificultar o ajuizamento da demanda e transferir excessivamente ao indivíduo um ônus probatório que, segundo parte da doutrina, deveria recair majoritariamente sobre o Estado, em razão do dever constitucional de assegurar o direito fundamental à saúde.

Por outro lado, é inegável que os requisitos fixados pelo Tema 1234 também desempenham papel relevante na organização da judicialização da saúde no Brasil. A definição de critérios objetivos contribui para maior segurança jurídica, uniformidade decisória e

racionalização da atuação do Poder Judiciário, além de favorecer melhor planejamento administrativo e orçamentário pelos entes federativos. Dessa forma, ainda que determinados parâmetros possam dificultar o acesso individual em situações específicas, o entendimento consolidado pelo STF busca estabelecer um equilíbrio entre a efetivação do direito à saúde e a necessidade de preservação da sustentabilidade e eficiência do sistema público de saúde.

4. IMPACTOS DO TEMA 1234 NA EFETIVAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE

4.1. DILEMAS ENTRE O DIREITO À SAÚDE E A RESERVA DO POSSÍVEL

A efetivação do direito à saúde no ordenamento jurídico brasileiro encontra obstáculos diretamente relacionados à limitação financeira do Estado e à aplicação da teoria da reserva do possível. Tal discussão ganha ainda mais relevância diante do Tema 1234, uma vez que o fornecimento de medicamentos de alto custo intensifica os debates acerca da capacidade estatal de assegurar direitos sociais sem comprometer o orçamento público.

Os direitos sociais, diferentemente dos direitos individuais clássicos, demandam prestações positivas do Estado, dependendo da implementação de políticas públicas e da disponibilidade financeira para sua concretização (TORRES, 2001, p. 278-279).

A teoria da reserva do possível, amplamente utilizada pela Administração Pública como fundamento para limitar a prestação de direitos sociais, possui origem na doutrina alemã. Sobre o tema, Lima (2001) afirma que “o conceito de reserva do possível é uma construção da doutrina alemã que dispõe, basicamente, que os direitos já previstos só podem ser garantidos quando há recursos públicos”.

Assim, a efetividade do direito à saúde estaria condicionada à capacidade financeira do Estado, especialmente diante da crescente judicialização envolvendo tratamentos e medicamentos de elevado custo.

Entretanto, embora a limitação orçamentária seja uma realidade da Administração Pública, tal argumento não pode ser utilizado como justificativa absoluta para afastar a concretização do direito à saúde. Isso porque a Constituição Federal consagra a dignidade da pessoa humana como fundamento do Estado Democrático de Direito, assegurando a todos o acesso mínimo às condições essenciais para uma vida digna (NETO, 2018).

Nesse contexto, surge a ideia do mínimo existencial, compreendido como o núcleo essencial de direitos indispensáveis à sobrevivência humana. A ausência de acesso à saúde, sobretudo em situações que envolvem medicamentos imprescindíveis à manutenção da vida,

representa afronta direta à dignidade da pessoa humana. Conforme leciona Barcellos (2002, p. 197):

Ora, se a sociedade não for capaz de reconhecer a partir de que ponto as pessoas se encontram em uma situação indigna, ou seja, se não houver consenso a respeito do conteúdo mínimo da dignidade, 'estar-se-á diante de uma crise ética e moral de tais proporções que o princípio da dignidade da pessoa humana terá se transformado em uma fórmula totalmente vazia.

Dessa forma, percebe-se a existência de um evidente conflito constitucional entre a reserva do possível e o mínimo existencial. De um lado, o Estado sustenta a escassez de recursos públicos; de outro, o cidadão busca a efetivação de um direito fundamental indispensável à preservação da vida e da dignidade humana. Nesse cenário, a jurisprudência do Supremo Tribunal Federal tem se posicionado no sentido de que limitações financeiras não podem prevalecer automaticamente sobre direitos fundamentais relacionados à vida e à saúde.

Nesse lapso, destaca-se o entendimento do Ministro Celso de Mello (1997):

(...) entre proteger a inviolabilidade do direito à vida e à saúde, que se qualifica como direito subjetivo inalienável assegurado a todos pela própria Constituição da República (art. 5º, caput e art. 196), ou fazer prevalecer, contra essa prerrogativa fundamental, um interesse financeiro e secundário do Estado, entendo — uma vez configurado esse dilema — que razões de ordem ético-jurídica impõem ao julgador uma só e possível opção: aquela que privilegia o respeito indeclinável à vida e à saúde humana.

Além disso, a simples alegação genérica de insuficiência orçamentária não é suficiente para afastar o dever estatal de concretização dos direitos sociais. Nesse sentido, FARENA (1997) afirma:

As alegações de negativa de efetivação de um direito social com base no argumento da reserva do possível devem ser sempre analisadas com desconfiança. Não basta simplesmente alegar que não há possibilidades financeiras de se cumprir a ordem judicial; é preciso demonstrá-la.

Assim, ainda que a efetividade dos direitos sociais dependa da ponderação estatal diante da escassez financeira, o Estado não pode se eximir de garantir prestações mínimas essenciais à população. No contexto do Tema 1234, tal discussão assume especial relevância, pois evidencia a necessidade de conciliar responsabilidade orçamentária e proteção dos direitos fundamentais, especialmente quando estão em jogo a vida, a saúde e a dignidade da pessoa humana. Na ausência dessas garantias, cabe ao Poder Judiciário intervir, mediante provocação, para assegurar a efetividade do direito à saúde e impedir violações aos preceitos constitucionais fundamentais.

4.2. IMPACTOS NA GESTÃO PÚBLICA E NO ORÇAMENTO ESTATAL

A judicialização da saúde e os efeitos decorrentes do Tema 1234 produzem impactos significativos na gestão pública e no orçamento estatal, especialmente em razão do elevado custo de determinados medicamentos e tratamentos. A crescente demanda judicial para obtenção de fármacos não incorporados às políticas públicas do Sistema Único de Saúde obriga o Estado a reorganizar recursos financeiros e administrativos para cumprimento das decisões judiciais.

Nesse cenário, a Administração Pública frequentemente sustenta que o atendimento individualizado compromete o planejamento coletivo das políticas públicas de saúde, uma vez que recursos originalmente destinados à coletividade passam a ser direcionados ao cumprimento de decisões judiciais específicas. Surge, portanto, o conflito entre a lógica coletiva das políticas públicas e a tutela individual do direito à saúde.

Todavia, embora o argumento orçamentário seja constantemente utilizado pelo Estado, não se pode ignorar a profunda desigualdade social existente no Brasil. Conforme destaca Krell (2002, p. 54):

O Brasil tem um dos piores quadros de distribuição de renda do mundo, e condicionar a realização dos direitos econômicos, sociais e culturais à existência de recursos disponíveis no Estado, significa reduzir a sua eficácia a zero, relativizar sua universalidade, condenando-os a serem considerados direitos de menor importância.

Nesse sentido, limitar o acesso à saúde exclusivamente sob a justificativa financeira implica relativizar direitos fundamentais assegurados constitucionalmente. A insuficiência de recursos públicos não pode servir como fundamento absoluto para negar tratamentos indispensáveis à sobrevivência do indivíduo, especialmente em casos envolvendo risco à vida ou agravamento severo da saúde do paciente (NETO, 2018).

Além disso, verifica-se que muitas demandas judiciais decorrem da própria deficiência administrativa do Estado na implementação eficiente das políticas públicas de saúde. A ausência de planejamento adequado, a demora na incorporação de medicamentos e as falhas na gestão contribuem significativamente para o aumento da judicialização, ampliando os impactos financeiros e administrativos enfrentados pelo Poder Público.

Portanto, embora seja necessária a observância do equilíbrio orçamentário, a proteção ao direito fundamental à saúde deve permanecer como prioridade constitucional, exigindo do Estado uma atuação administrativa eficiente, transparente e compatível com os princípios da

dignidade da pessoa humana e da universalidade do acesso à saúde.

4.3. A ATUAÇÃO DO ESTADO E A MOROSIDADE NA EFETIVAÇÃO DAS DECISÕES JUDICIAIS

Além das discussões relacionadas à reserva do possível e aos impactos orçamentários, outro fator que compromete a efetivação do direito à saúde consiste na morosidade estatal no cumprimento das decisões judiciais. Em muitos casos, mesmo após decisão favorável ao paciente, o fornecimento do medicamento ou tratamento ocorre de forma tardia, colocando em risco a saúde e, por vezes, a própria vida do indivíduo. Nesse sentido:

Lado outro, os usuários dos serviços de saúde e beneficiários de decisões judiciais que ordenam ao Poder Público o cumprimento de obrigação voltada à tutela do direito à saúde, frequentemente, se deparam com postura renitente do Estado, que se recusa ao cumprimento voluntário da ordem jurisdicional a si dirigida, mesmo ante a urgência do caso concreto, que reclama imediata efetivação do direito invocado (OLIVEIRA, 2017)

Observa-se que a problemática não está necessariamente nas normas jurídicas ou na ausência de proteção constitucional ao direito à saúde, mas sim na dificuldade prática do Estado em cumprir de maneira célere e eficiente as determinações judiciais. A excessiva burocracia administrativa, somada à interposição de recursos protelatórios e medidas desnecessárias, acaba retardando a concretização de direitos fundamentais já reconhecidos pelo Poder Judiciário. Essa demora possui consequências extremamente graves, especialmente em demandas envolvendo doenças graves, tratamentos contínuos ou medicamentos de alto custo. Em diversas situações, o paciente depende do fornecimento imediato da medicação para evitar o agravamento do quadro clínico, sequelas irreversíveis ou até mesmo o óbito (OLIVEIRA, 2017).

Embora o Estado possua o direito ao contraditório e à ampla defesa, a utilização excessiva de recursos judiciais como mecanismo de postergação do cumprimento das decisões afronta os princípios da razoável duração do processo e da dignidade da pessoa humana. O direito à saúde, por possuir caráter fundamental e relação direta com o direito à vida, exige atuação estatal rápida e eficiente.

Nesse contexto, os dados do Conselho Nacional de Justiça revelam a dimensão do problema. A média de tramitação de uma ação de saúde desde o seu ajuizamento até o primeiro julgamento é de 432 dias, ao passo que, até a primeira baixa processual, esse prazo alcança 721 dias (CNJ, 2022). Tal realidade evidencia que, mesmo quando o direito é reconhecido

judicialmente, o cidadão pode aguardar quase dois anos pela concretização da tutela pleiteada, período que, em casos de doenças graves ou tratamentos contínuos, pode representar consequências irreversíveis à saúde.

Desse modo, percebe-se que a efetivação do direito à saúde não depende apenas da existência de normas constitucionais ou decisões judiciais favoráveis, mas também da atuação concreta e eficiente da Administração Pública. A demora injustificada no cumprimento das decisões acaba esvaziando a própria finalidade da tutela jurisdicional, tornando ineficaz um direito que deveria ser assegurado de maneira imediata e integral pelo Estado.

CONCLUSÃO

Ao ensejo da conclusão dessa pesquisa, observa-se que a efetivação do direito à saúde, especialmente no âmbito judicial, não se subordina apenas aos critérios definidos em julgados das instâncias superiores ou ao que se encontra positivado no ordenamento jurídico, mas depende, sobretudo, da atuação prática e eficiente dos entes públicos na concretização das políticas públicas de saúde.

Conclui-se, portanto, que a mera previsão constitucional do direito à saúde não é suficiente para garantir sua efetividade concreta. O acesso a medicamentos, tratamentos e consultas ainda depende, em muitos casos, da judicialização por parte do cidadão, que se vê obrigado a ajuizar ações para obter respostas que deveriam ser asseguradas administrativamente, seja para requerer fármacos que já poderiam integrar a lista do SUS, seja para exigir celeridade em consultas previamente agendadas na rede pública. Esse cenário revela uma contradição profunda: o ordenamento jurídico garante o direito, mas a estrutura administrativa não o entrega, transferindo ao Poder Judiciário uma responsabilidade que originalmente caberia à gestão pública.

Nesse sentido, o problema central não reside na ausência de previsão normativa, mas na falha sistemática da gestão em aplicar os recursos disponíveis de forma eficiente e equalitária, priorizando as áreas e populações mais vulneráveis. A ampliação do rol de medicamentos e tratamentos cobertos pelo SUS, o investimento em infraestrutura hospitalar nas regiões mais carentes e a melhoria nos fluxos de atendimento são medidas que poderiam ser implementadas pela via administrativa, dispensando o recurso ao Judiciário. A judicialização da saúde, portanto, mais do que uma solução, é um sintoma, indicativo de que o direito constitucionalmente assegurado ainda não se traduziu em política pública efetiva, cabendo ao Estado não apenas reconhecê-lo formalmente, mas concretizá-lo por meio de uma

gestão comprometida com sua real efetivação.

Nesse contexto, o Tema 1234 do Supremo Tribunal Federal representa importante avanço na tentativa de racionalizar a judicialização da saúde, ao estabelecer critérios objetivos relacionados à competência jurisdicional, à responsabilidade financeira dos entes federativos e ao fornecimento de medicamentos não incorporados ao Sistema Único de Saúde. A decisão contribui para maior uniformidade processual, segurança jurídica e organização administrativa, buscando reduzir conflitos interfederativos e conferir maior previsibilidade às demandas judiciais envolvendo prestações de saúde.

Sob essa perspectiva, é possível compreender que a aplicação do Tema 1234 possui potencial de harmonização com a efetivação do direito à saúde, especialmente ao buscar equilibrar a proteção individual do paciente com a necessidade de preservação da sustentabilidade financeira e administrativa do sistema público de saúde. A definição de parâmetros técnicos e financeiros contribui para evitar decisões contraditórias, promover maior racionalidade na distribuição de recursos públicos e fortalecer a gestão do Sistema Único de Saúde.

Entretanto, embora os parâmetros fixados pelo Supremo Tribunal Federal promovam relevante racionalização do sistema, verifica-se que eles não são suficientes, por si sós, para solucionar os problemas estruturais que impulsionam a judicialização da saúde no Brasil. A deficiência na gestão pública, a insuficiência de investimentos, a demora na incorporação de medicamentos ao SUS, a escassez de profissionais especializados e as dificuldades de acesso da população aos serviços públicos de saúde continuam sendo fatores determinantes para o crescente ajuizamento de demandas judiciais.

Além disso, observa-se que a aplicação excessivamente rigorosa dos critérios financeiros e administrativos dos entes públicos em determinadas situações concretas, pode dificultar a efetivação do direito fundamental à saúde, especialmente nos casos que envolvam risco à vida, à dignidade da pessoa humana e ao mínimo existencial. Nesse sentido, a reserva do possível, embora relevante para a manutenção do equilíbrio orçamentário estatal, não pode ser utilizada como justificativa genérica para afastar prestações essenciais à sobrevivência e à integridade do indivíduo.

Ademais, alguns dos requisitos previstos pelo STF podem, em determinadas circunstâncias, impor barreiras práticas ao acesso à tutela jurisdicional, especialmente no caso de indivíduos em situação de vulnerabilidade econômica e social. A necessidade de demonstrar a negativa administrativa do SUS ou a ausência de incorporação do medicamento pela CONITEC envolve informações técnicas e procedimentos burocráticos que nem sempre são de

fácil compreensão ou acesso pelo cidadão comum. Nessa perspectiva, esse ônus probatório acaba sendo desproporcionalmente deslocado ao particular, quando, em razão do dever constitucional de proteção à saúde, deveria recair de forma mais intensa sobre o Estado.

Percebe-se, portanto, que a judicialização da saúde possui caráter paradoxal. Ao mesmo tempo em que evidencia falhas estruturais da Administração Pública e demonstra a incapacidade estatal de concretizar plenamente os direitos sociais, também se apresenta como importante instrumento de acesso à justiça e de efetivação dos direitos fundamentais assegurados constitucionalmente. Em muitos casos, a atuação do Poder Judiciário representa a única alternativa viável para pacientes que necessitam de tratamentos urgentes e não possuem condições financeiras de custeá-los.

Todavia, é necessário reconhecer que o crescimento excessivo da judicialização também produz consequências relevantes para a gestão pública e para a coletividade. O direcionamento de recursos para o cumprimento de decisões judiciais individuais pode comprometer o planejamento administrativo e a formulação de políticas públicas universais, gerando desequilíbrios na distribuição orçamentária e dificuldades na manutenção da universalidade do Sistema Único de Saúde. Por essa razão, torna-se indispensável a busca por mecanismos que conciliem a proteção individual do direito à saúde com a sustentabilidade financeira e administrativa do sistema público de saúde.

Ademais, evidencia-se que a redução da judicialização da saúde não será alcançada apenas por meio da fixação de critérios processuais ou jurisprudenciais, mas principalmente através da ampliação da eficiência das políticas públicas de saúde. Investimentos em infraestrutura hospitalar, ampliação do acesso a medicamentos, fortalecimento da atenção básica e melhoria da gestão administrativa constituem medidas indispensáveis para assegurar a concretização material do direito à saúde e reduzir a dependência da população em relação ao Poder Judiciário.

Conclui-se, portanto, que os requisitos formulados pelo Supremo Tribunal Federal no Tema 1234 representam importante avanço institucional na busca por maior racionalidade, uniformidade e eficiência da judicialização da saúde no Brasil. Contudo, verifica-se que tais critérios, embora contribuam para a organização administrativa e para a segurança jurídica, não são suficientes, isoladamente, para assegurar a plena efetivação do direito à saúde. Sua aplicação pode tanto harmonizar-se com a concretização desse direito quanto, em determinadas hipóteses, dificultar o acesso da população às prestações de saúde, especialmente quando aplicada de forma excessivamente restritiva.

Assim, a efetividade do Tema 1234 depende diretamente da atuação coordenada entre

União, Estados e Municípios, do fortalecimento do Sistema Único de Saúde e da implementação de políticas públicas capazes de garantir acesso universal, integral e igualitário à saúde, conforme determina a Constituição Federal de 1988. Dessa forma, embora a intervenção judicial permaneça essencial em inúmeras situações concretas, a plena efetivação do direito à saúde somente será alcançada quando o acesso digno e eficiente aos serviços públicos de saúde deixar de depender, em regra, da provocação do Poder Judiciário.

REFERENCIAS

ARAÚJO, José Aurélio de. **Parecer nº 04/2025/COCIV-DPRJ**: inaplicabilidade imediata do Tema 1234 da repercussão geral do STF aos processos em curso e aos processos acobertados pela coisa julgada, necessidade de identificação do momento processual da incidência, impossibilidade de aplicação às sentenças imutabilizadas pela coisa julgada. Rio de Janeiro: Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro, 2025.

BARCELLOS, Ana Paula de. **A Eficácia Jurídica dos Princípios Constitucionais: o Princípio da Dignidade da Pessoa Humana**. Rio de Janeiro: Renovar, 2002.

BARROSO, Luís Roberto. Discurso de abertura da VII Jornada de Direito da Saúde — 15 anos do Fonajus. *Conselho Nacional de Justiça (CNJ)*, Brasília, 24 abr. 2025. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/fonajus-saude-e-um-dos-temas-mais-dificeis-que-o-judiciario-enfrenta-diz-barroso/>. Acesso em: 22 abr. 2026.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 22 mar. 2026.

BRASIL. *Lei nº 6.360, de 23 de setembro de 1976*. Dispõe sobre a Vigilância Sanitária a que ficam sujeitos os Medicamentos, as Drogas, os Insumos Farmacêuticos e Correlatos, Cosméticos, Saneantes e Outros Produtos, e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1976. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/16360.htm. Acesso em: 19 mar. 2026.

BRASIL. *Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm. Acesso em: 19 mar. 2026.

BRASIL. *Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990*. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18142.htm. Acesso em: 19 mar. 2026.

BRASIL. *Lei nº 13.105, de 16 de março de 2015*. Institui o Código de Processo Civil. Brasília, DF: Presidência da República, 2015. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/113105.htm. Acesso em: 19 mar. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde – SUS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/sus>. Acesso em: 19 mar. 2026.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Medida Cautelar na Petição nº 1.246/SC**. Requerente: Estado de Santa Catarina. Requerido: João Batista Gonçalves Cordeiro. Relator: Min. Celso de

Mello. Brasília, DF: STF, 13 fev. 1997. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/portal/diarioJustica/verDiarioProcesso.asp?numDj=29&dataPublicacaoDj=13/02/1997&incidente=3724003&codCapitulo=6&numMateria=7&codMateria=2>. Acesso em: 24 maio 2026.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Agravo Regimental no Recurso Extraordinário nº 271.286/RS**. Relator: Min. Celso de Mello. Segunda Turma. Julgamento: 12 set. 2000. DJ: 24 nov. 2000. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=1278413>. Acesso em: 19 mar. 2026.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Suspensão de Tutela Antecipada nº 175 AgR/CE**. Relator: Min. Gilmar Mendes. Julgamento: 17 mar. 2010. Brasília, DF: STF, 2010. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=2604608>. Acesso em: 19 mar. 2026.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Recurso Extraordinário nº 566.471/RN – Tema 6**. Relator: Min. Marco Aurélio. Repercussão Geral. Julgamento: set. 2024. Brasília, DF: STF, 2024. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/jurisprudenciaRepercussao/verAndamentoProcesso.asp?incidente=2565078&numeroProcesso=566471&classeProcesso=RE&numeroTema=6>. Acesso em: 19 mar. 2026.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Recurso Extraordinário nº 684.612**. Relator: Min. Luís Roberto Barroso. Brasília, DF: STF, 2023. Disponível em: <https://luisrobertobarroso.com.br/wp-content/uploads/2023/10/RE-684.612.pdf>. Acesso em: 27 maio 2026.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Recurso Extraordinário nº 855.178/SE – Tema 793**. Relator: Min. Luiz Fux. Redator do acórdão: Min. Edson Fachin. Repercussão Geral. Julgamento: 23 maio 2019. Brasília, DF: STF, 2019. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/jurisprudenciaRepercussao/verAndamentoProcesso.asp?incidente=4678356&numeroProcesso=855178&classeProcesso=RE&numeroTema=793>. Acesso em: 19 mar. 2026.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Recurso Extraordinário nº 1.366.243/SC – Tema 1234**. Relator: Min. Gilmar Mendes. Repercussão Geral. Julgamento: 16 set. 2024. Brasília, DF: STF, 2024. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/jurisprudenciaRepercussao/verAndamentoProcesso.asp?incidente=6335939&numeroProcesso=1366243&classeProcesso=RE&numeroTema=1234>. Acesso em: 19 mar. 2026.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. Dados processuais de saúde podem ser monitorados em painel do CNJ. Brasília: CNJ, 2022. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/dados-processuais-de-saude-podem-ser-monitorados-em-painel-do-cnj/>. Acesso em: 22 maio 2026.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. Diagnóstico do CNJ aponta alto índice de procedência e baixa conciliação em ações de saúde. Brasília: CNJ, 7 nov. 2025. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/diagnostico-do-cnj-aponta-alto-indice-de-procedencia-e-baixa-conciliacao-em-acoes-de-saude/>. Acesso em: 2 maio 2026.

ESCOREL, Sarah. **Reviravolta na saúde:** origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.

FARENA, Duciran Van Marsen. A saúde na Constituição Federal. *Boletim do Instituto Brasileiro de Advocacia Pública*, n. 4, p. 12-14, 1997.

KRELL, Andreas Joachim. **Direitos Sociais e Controle Judicial no Brasil e na Alemanha:** os (des)caminhos de um direito constitucional comparado. Porto Alegre: Sérgio Antonio Fabris, 2002.

KUCINSKI, Bernardo. **Abertura:** a história de uma crise. São Paulo: Brasil Debates, 1982.

LIMA, Flávia Danielle Santiago. Em busca da efetividade dos direitos sociais prestacionais: considerações acerca do conceito de reserva do possível e do mínimo necessário. *Revista Jus Navigandi*, Teresina, ano 6, n. 51, out. 2001. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/2177>. Acesso em: 11 maio 2026.

NETO, Daniel Carlos. **Judicialização da saúde pública:** uma análise contextualizada. 2. ed. rev. e atual. [S.l.]: Editora Motres, 2018.

NORONHA, José Carvalho de. Hesio Cordeiro e a construção do Sistema Único de Saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 31, n. 3, e310306, 2021. DOI: 10.1590/S0103-73312021310306. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310306>. Acesso em: 25 maio 2026.

OLIVEIRA, Fábio Luiz Sant'Ana de. **Direito à saúde: instrumentos de tutela específica no direito processual brasileiro.** Jus Navigandi, Teresina, ano 22, n. 5310, 23 nov. 2017. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/62273/direito-a-saude-instrumentos-de-tutela-especifica-no-direito-processual-brasileiro>. Acesso em: 12 maio 2026.

SILVA, Ana Carolina de Almeida; NICOLETTI, Maria Aparecida. Judicialização da saúde: uma análise do fenômeno e suas consequências para a sociedade brasileira. *Revista de Direito Sanitário*, São Paulo, v. 20, n. 3, p. 139-153, 2019. DOI: 10.11606/issn.2316-9044.v20i3p139-153.

TORRES, Ricardo Lobo. A Cidadania Multidimensional na era dos Direitos. In: TORRES, Ricardo Lobo (org.). **Teoria dos Direitos Fundamentais.** Rio de Janeiro: Renovar, 2001.

VIEIRA, Fabiola Sulpino. **Direito à saúde no Brasil:** seus contornos, judicialização e a necessidade da macrojustiça. Brasília: Ipea, 2020. (Texto para Discussão, n. 2547). Disponível em: https://portalantigo.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td_2547.pdf. Acesso em: 22 abr. 2026.