

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE VIÇOSA**

**Judicialização da saúde e a responsabilidade solidária no contexto federativo**

Poliana de Souza Paes  
*Magister Scientiae*

**VIÇOSA - MINAS GERAIS**  
**2025**

**POLIANA DE SOUZA PAES**

**Judicialização da saúde e a responsabilidade solidária no contexto federativo**

Dissertação apresentada à Universidade Federal de Viçosa, como parte das exigências do Programa de Pós-Graduação em Administração, para obtenção do título de *Magister Scientiae*.

Orientador: Luiz Antonio Abrantes

Coorientador: Jorge Leal da Silva

**VIÇOSA - MINAS GERAIS  
2025**

**Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Central da Universidade  
Federal de Viçosa - Campus Viçosa**

T

Paes, Poliana de Souza, 1987-  
P126j            Judicialização da saúde e a responsabilidade solidária no  
2025            contexto federativo / Poliana de Souza Paes. – Viçosa, MG,  
2025.

1 dissertação eletrônica (72 f.): il. (algumas color.).

Orientador: Luiz Antônio Abrantes.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Viçosa,  
Departamento de Administração, 2025.

Referências bibliográficas: f. 67-72.

DOI: <https://doi.org/10.47328/ufvbbt.2025.124>

Modo de acesso: World Wide Web.

1. Judicialização da saúde - Brasil. 2. Medicamentos.  
3. Sistema Único de Saúde (Brasil). 4. Brasil. Supremo Tribunal  
Federal. I. Abrantes, Luiz Antônio, 1957-. II. Universidade  
Federal de Viçosa. Departamento de Administração. Programa  
de Pós-Graduação em Administração. III. Título.

CDD 22. ed. 362.10981

**POLIANA DE SOUZA PAES**

**Judicialização da saúde e a responsabilidade solidária no contexto federativo**

Dissertação apresentada à Universidade Federal de Viçosa, como parte das exigências do Programa de Pós-Graduação em Administração, para obtenção do título de *Magister Scientiae*.

APROVADA: 27 de fevereiro de 2025.

Assentimento:

---

Poliana de Souza Paes  
Autora

---

Luiz Antonio Abrantes  
Orientador

Essa dissertação foi assinada digitalmente pela autora em 18/03/2025 às 15:08:44 e pelo orientador em 19/03/2025 às 08:59:45. As assinaturas têm validade legal, conforme o disposto na Medida Provisória 2.200-2/2001 e na Resolução nº 37/2012 do CONARQ. Para conferir a autenticidade, acesse <https://siadoc.ufv.br/validar-documento>. No campo 'Código de registro', informe o código **7SHF.553J.ZK2D** e clique no botão 'Validar documento'.

Dedico este trabalho à minha filha Laurinha, que, com sua doçura e alegria, tornou essa jornada mais leve, mesmo nos momentos em que precisei me afastar. Foram dois anos de renúncias, em que abri mão de preciosos instantes ao seu lado, mas cada esforço teve um propósito. Agora, com esta etapa concluída, meu maior desejo é retribuir todo o amor e o tempo que ficaram em espera, fazendo de você sempre a minha maior prioridade.

## AGRADECIMENTOS

Ao longo desta jornada acadêmica, muitos foram os que contribuíram direta ou indiretamente para a realização desta dissertação. A todos, expresso minha mais profunda gratidão.

Primeiramente, agradeço a Deus, pela força, resiliência e discernimento ao longo deste caminho desafiador.

Ao meu orientador, Prof. Luiz Antônio Abrantes, pela paciência, leveza, bom humor e dedicação que foram essenciais para o desenvolvimento deste trabalho.

À minha família, especialmente aos meus pais e minha irmã, pelo amor incondicional e pelo suporte inestimável em cada passo desta jornada. Ao Fred, pela parceria e por ser o melhor pai que a Laurinha poderia ter. Vocês são simplesmente incríveis! Sem vocês, nada disso seria possível. À minha filha, Laurinha, pelo carinho, apoio e compreensão nos momentos de ausência e cansaço. Você é minha maior motivação para seguir em frente e concluir esta etapa.

À Daniela, que percorreu o caminho do mestrado antes de mim e foi uma grande fonte de incentivo, fazendo-me acreditar que eu também seria capaz. Obrigada por estar sempre a um café de distância para me apoiar, por ser minha parceira em congressos e por tantas discussões valiosas sobre minha dissertação ao longo desse tempo.

À irmã que a vida me presenteou, Josi, que esteve ao meu lado em cada dia dessa jornada, oferecendo conselhos, motivação e, muitas vezes, me obrigando a manter a sanidade ao longo desse processo. Minha gratidão a você é infinita.

Aos amigos e colegas do mestrado, em especial ao Pedro, por compartilharem essa jornada comigo, seja por meio da troca de conhecimentos, do incentivo ou simplesmente pela companhia nos momentos mais desafiadores, sempre com palavras de apoio e incentivo.

Aos meus colegas da DMT-UFV, pelo suporte e compreensão diante dos compromissos acadêmicos que tantas vezes exigiram conciliar trabalho, estudo e vida pessoal.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

## RESUMO

PAES, Poliana de Souza, M.Sc., Universidade Federal de Viçosa, fevereiro de 2025.  
**Judicialização da saúde e a responsabilidade solidária no contexto federativo.**  
Orientador: Luiz Antonio Abrantes. Coorientador: Jorge Leal da Silva.

Esta dissertação analisa as consequências da judicialização da saúde no Brasil, com foco na responsabilidade solidária dos entes federados – União, Estados, Municípios e Distrito Federal – no fornecimento de medicamentos. A pesquisa se baseia na Teoria Geral do Federalismo e na Teoria da Justiça, abordando a repartição constitucional de competências e o impacto socioeconômico das decisões judiciais que obrigam o poder público a custear tratamentos. O estudo avalia 210 acórdãos do Supremo Tribunal Federal (STF), julgados entre 2020 e 2023, período marcado pela pandemia de COVID-19 e as implicações no sistema de saúde. Os resultados apontam que a maioria das demandas decorre da ausência de medicamentos na lista do Sistema Único de Saúde (SUS) e da disputa entre os entes federativos sobre a responsabilidade pelo custeio. O trabalho destaca os desafios da descentralização federativa e do federalismo cooperativo, evidenciando a sobrecarga dos Estados e Municípios e os impactos financeiros sobre o orçamento público. Conclui-se que, embora a judicialização seja um instrumento importante para garantir o direito à saúde, ela também revela fragilidades na gestão pública e na formulação de políticas de saúde, afetando a equidade no acesso aos serviços e medicamentos.

Palavras-chave: judicialização da Saúde; medicamentos; Supremo Tribunal Federal.

## ABSTRACT

PAES, Poliana de Souza, M.Sc., Universidade Federal de Viçosa, February, 2025.

### **Judicialization of health and joint liability in the federative context**

. Adviser: Luiz Antonio Abrantes. Co-adviser: Jorge Leal da Silva.

This dissertation analyzes the consequences of the judicialization of healthcare in Brazil, focusing on the joint liability of federal entities – the Union, States, and Municipalities – in the provision of medications. The research is based on the General Theory of Federalism and the Theory of Justice, addressing the constitutional distribution of competencies and the socioeconomic impact of judicial decisions that require the government to fund treatments. The study examines 210 rulings from the Supreme Federal Court (STF), issued between 2020 and 2023, a period marked by the COVID-19 pandemic and its implications for the healthcare system. The findings indicate that most claims arise from the absence of medications on the Unified Health System (SUS) list and disputes among federal entities over funding responsibilities. The study highlights the challenges of federal decentralization and cooperative federalism, revealing the burden placed on States and Municipalities and the financial impacts on public budgets. It concludes that, while judicialization is an essential tool for ensuring the right to health, it also exposes weaknesses in public management and health policy formulation, affecting equity in access to services and medications.

Keywords: judicialization of healthcare; medications; Supreme Federal Court.

## LISTA DE FIGURA

Figura 1 - Coleta e seleção dos dados.....	33
--	----

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Motivações das solicitações .....	37
Gráfico 2 - Concentração das solicitações por região .....	38
Gráfico 3 - Processos em que a União foi incluída no polo passivo .....	40
Gráfico 4 - Processos com Decisão de Responsabilidade Solidária.....	46

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Motivações das solicitações .....	34
Quadro 2 - Concentração das solicitações por região.....	35

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

2º AgR: Segundo Agravo Regimental

3º AgR: Terceiro Agravo Regimental

ADPF: Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental

AgR: Agravo Regimental

AME: Atrofia Muscular Espinhal

ANVISA: Agência Nacional de Vigilância Sanitária

ARE: Agravo em Recurso Extraordinário

CEME: Central de Medicamentos

CF: Constituição Federal

CNJ: Conselho Nacional de Justiça

CONASS: Conselho Nacional de Secretários de Saúde

CONITEC: Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS

DATASUS: Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

DF: Distrito Federal

ED: Embargos de Declaração

FPI: Fibrose Pulmonar Idiopática

HIV: Vírus da Imunodeficiência Humana

IA: Inteligência Artificial

IN: Instrução Normativa

MC: Medida Cautelar

MS: Ministério da Saúde

OPAS: Organização Pan-Americana da Saúde

PIB: Produto Interno Bruto

PNM: Política Nacional de Medicamentos

RC: Recurso

RE: Recurso Extraordinário

RENAME: Relação Nacional de Medicamentos Essenciais

RCL: Reclamação

SL: Suspensão de Liminar

SS: Suspensão de Segurança

STF: Supremo Tribunal Federal

STJ: Superior Tribunal de Justiça

STP: Suspensão de Tutela Provisória

SUS: Sistema Único de Saúde

TCU: Tribunal de Contas da União

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	13
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	18
2.1 Teoria Geral do Federalismo .....	18
2.2 O Direito à Saúde na Constituição Federal de 1988.....	21
2.3 Teoria da Justiça .....	26
2.4 Judicialização da Saúde .....	28
3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS .....	32
3.1. Coleta e descrição de dados.....	32
3.2. Análise e tratamento de dados .....	33
4. RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	36
4.1 Judicialização de Medicamentos e Suas Motivações .....	36
4.2 Fundamentação do Posicionamento do STF sobre a Competência dos Entes Federados nas Demandas por Judicialização de Medicamentos.....	51
4.3 Consequências e Implicações Socioeconômicas da Judicialização entre os Entes Federados em Função da Repartição Constitucional de Competências .....	55
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	63
REFERÊNCIAS .....	67

## 1 INTRODUÇÃO

O direito à saúde é reconhecido como um direito humano fundamental, garantido por regramentos legais e pela Declaração Universal dos Direitos Humanos. Um aspecto central desse direito, segundo Oliveira et al. (2019), é a disponibilidade, acessibilidade e o uso racional de medicamentos.

Contudo, assegurar a relação custo-eficácia e a sustentabilidade do sistema de saúde é um desafio crescente. O aumento da demanda, a escassez de recursos, o envelhecimento populacional e o surgimento de novas doenças agravam essa situação (Afonso et al., 2020; Paim, 2009). Diante dessas dificuldades, o poder público enfrenta limitações para garantir o acesso pleno à saúde, o que frequentemente leva usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) a recorrerem ao Poder Judiciário para exigir o fornecimento de produtos e serviços essenciais (Verbicaro et al., 2017).

A escassez de recursos financeiros é uma das principais dificuldades enfrentadas por este Sistema, especialmente em períodos de crise econômica e restrições orçamentárias (CONASS, 2020). Esse problema é agravado pela falta de uma gestão qualificada e transparente, que perpetua ineficiências e limita o acesso a serviços essenciais. Essa combinação de fatores tem intensificado o fenômeno da judicialização da saúde, também conhecido como ativismo judicial, em que os cidadãos recorrem ao Judiciário para obter acesso a medicamentos, tratamentos e serviços não atendidos pelo sistema (Avanza, 2016).

Durante o julgamento do RE 566.471, que trata da obrigatoriedade, ou não, de o Estado fornecer medicamento de alto custo a portador de doença grave que não possui condições financeiras para comprá-lo, o Ministro Alexandre de Moraes destacou que “não há nenhum país do mundo que garanta acesso a todos os medicamentos e tratamentos de forma generalizada”. Durante o julgamento, foi firmada a tese de impedimento, como regra geral, do fornecimento de medicamentos que não estão nas listas oficiais do SUS, independentemente do custo (STF, 2025). Essa observação reforça as limitações estruturais do SUS em atender integralmente às demandas da população, mesmo diante do princípio constitucional de universalidade (Vieira, 2023).

A competência de execução define o limite de poder conferido a um órgão ou entidade estatal, especificando as matérias sobre as quais exerce autoridade (Silva, 2002). No caso da saúde, a Constituição atribui competência comum a todos os entes federados, sem exceção. O Supremo Tribunal Federal (STF) reafirma essa diretriz ao reconhecer a responsabilidade

solidária entre os entes no compartilhamento dos serviços de saúde, fortalecendo a ideia de cooperação federativa para assegurar esse direito fundamental.

A descentralização de competências no federalismo brasileiro implica a necessidade de uma descentralização fiscal proporcional para garantir que os entes subnacionais possam implementar efetivamente as políticas públicas, especialmente na área da saúde. Sem um adequado repasse de recursos, os municípios e estados podem enfrentar dificuldades significativas na execução de suas atribuições, o que pode agravar as desigualdades regionais e comprometer a efetividade dos serviços públicos (Serra; Afonso, 2007).

A Constituição Federal de 1988 promoveu uma descentralização fiscal significativa, aumentando a participação dos governos subnacionais na receita e nos gastos públicos. No entanto, essa descentralização muitas vezes não foi acompanhada por uma capacidade tributária equivalente, dependendo fortemente de transferências constitucionais do governo federal (Serra; Afonso, 1999, 2007). Isso pode levar a uma situação em que os municípios e estados têm responsabilidades crescentes, mas não possuem os meios financeiros necessários para executá-las adequadamente.

A literatura sobre federalismo fiscal no Brasil destaca que a descentralização fiscal é essencial para reduzir desigualdades regionais e garantir a efetividade dos serviços públicos. Ao proporcionar maior autonomia financeira aos governos subnacionais, a descentralização permite que estados e municípios gerenciem melhor seus recursos e atendam às demandas locais, especialmente nas áreas de saúde e educação (Santos, 2024; Afonso; Serra, 2019). No entanto, a experiência brasileira também evidencia que, em um cenário de profundas disparidades socioeconômicas, a descentralização por si só não é suficiente para equilibrar o desenvolvimento regional, podendo até acentuar desigualdades existentes (Serra; Afonso, 1999).

Para que a descentralização de competências seja eficaz, é fundamental que esteja acompanhada por um modelo fiscal adequado, que fortaleça a capacidade tributária dos entes subnacionais e assegure transferências federais justas e transparentes. Políticas que promovam um equilíbrio entre autonomia e cooperação federativa podem contribuir para a distribuição mais equitativa de recursos e a redução das desigualdades entre as regiões (Serra; Afonso, 1999, 2007).

O SUS é reconhecido mundialmente por garantir acesso universal à saúde, baseado nos princípios de universalidade, integralidade e equidade. A coordenação entre os entes federados nos diferentes níveis de atenção (primária, secundária, terciária e quaternária) reflete esses princípios e pode ser analisada pela Teoria da Justiça de John Rawls, especialmente pelo

princípio da diferença, que prioriza políticas para os menos favorecidos (Carvalho et al., 2020). O SUS busca reduzir desigualdades, alocar recursos conforme as necessidades e garantir o direito à saúde para todos, promovendo cuidados integrais que abrangem promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, integrados a outras políticas públicas.

Entretanto, para Sundfeld (2022) a estrutura administrativa brasileira é complexa, envolvendo múltiplas autonomias e bastante diversidade normativa, não havendo hierarquia jurídica entre os entes federados que obedecem a leis diversas conforme o caso. Dessa forma, quando o sistema de saúde não consegue atender às necessidades individuais ou coletivas provenientes da população, a busca pela garantia do direito cerceado ativa o papel do judiciário no sistema de freios e contrapeso da república, tendo em vista o poder deste para suprir essa lacuna (Piske; Saracho, 2018).

A judicialização da saúde no Brasil tem se tornado um fenômeno crescente, caracterizado pela utilização do Poder Judiciário como um recurso para garantir direitos estabelecidos em legislações nacionais e internacionais. Esse processo reflete uma tensão entre interesses diversos, onde cidadãos e instituições buscam assegurar o acesso a serviços, medicamentos e tratamentos que muitas vezes não são disponibilizados adequadamente pelo SUS (Afonso et al., 2020).

O papel do Poder Judiciário nesse contexto é relevante, pois ele se torna o principal espaço para resolver conflitos entre as exigências dos cidadãos e as obrigações das instituições de saúde. A judicialização no Brasil obteve diversos efeitos positivos, conforme apontado por Vieira (2022) na obtenção de medicamentos para o tratamento de HIV, vagas em creches e pré-escolas municipais. No entanto, essa prática também levanta desafios significativos, especialmente em relação à sustentabilidade financeira do SUS e à relação custo-eficácia das decisões judiciais (Paim, 2009). Além disso, a judicialização pode onerar as fontes de financiamento dos entes federativos e criar incertezas sobre a responsabilidade pela prestação dos serviços de saúde demandados (Santos, 2022).

Por outro lado, estudos apontam preocupações com as consequências negativas da judicialização. Entre os principais pontos levantados estão: as restrições orçamentárias e os impactos socioeconômicos das decisões judiciais (Barbosa, 2007); a falta de observância das diretrizes do SUS no fornecimento de medicamentos e a capacitação técnica insuficiente dos juízes (Leite et al., 2009); a tendência de beneficiar indivíduos com melhores condições socioeconômicas (Chieffi; Barata, 2009); e a influência do poder econômico da indústria farmacêutica nas decisões judiciais (Hayden, 2008).

Diversos autores apontam aumento significativo de demandas judiciais relacionadas ao acesso a medicamentos, tendo como início deste processo o acesso aos antirretrovirais, como forma de garantir o tratamento contra a AIDS em meados dos anos 1990 (Messeder et al, 2005). A insuficiência das iniciativas para aumentar o acesso a produtos farmacêuticos, considerando principalmente os preços do medicamento (Vieira, 2023), medicamentos de alto custo (Trindade, 2022) e medicamentos não incorporados no sistema pública de saúde são outras causas para novos processos, causando um crescente índice de judicialização (Catanheide; Lisboa; Santos, 2016).

Considerando a descentralização federativa e à distribuição de competências e responsabilidades entre os entes federativos, a responsabilidade solidária em decorrência da competência comum entre estes entes, as decisões judiciais buscando garantir o direito à saúde dos cidadãos e o desafio no estabelecimento do equilíbrio fiscal na gestão dos recursos públicos, questiona-se: Quais as consequências da judicialização do acesso a medicamentos considerando a responsabilidade solidária, a responsabilidade fiscal e a descentralização federativa?

Diante do exposto, o objetivo geral desta pesquisa consiste em **analisar as consequências da judicialização de medicamentos, considerando a competência legal e de execução, a responsabilidade solidária, a responsabilidade fiscal e a descentralização de competências entre os entes federados.**

Especificamente pretende-se

i) Identificar as motivações da judicialização de medicamentos dos processos avaliados pelo STF no período de 2020 a 2023.

ii) Avaliar as fundamentações do posicionamento do STF relacionada à competência dos entes federados nas demandas por judicialização de medicamentos;

iii) Avaliar as consequências e implicações socioeconômicas da judicialização entre os entes federados em função da repartição constitucional de competências.

A análise e a fundamentação dos processos judiciais do STF desempenham um papel importante para a compreensão da motivação e do posicionamento do tribunal em relação ao direito à saúde considerando a constitucionalização e ampliação dos direitos sociais e coletivos. Ressalta-se também a importância desta pesquisa face ao princípio constitucional da descentralização federativa e da tripartição dos poderes, cabendo aos poderes legislativo e executivo determinar o espaço orçamentário para alocação de recursos para cumprimento das políticas públicas.

Considerando ainda que o seu desenvolvimento terá como suporte a Teoria Geral do Federalismo tendo em vista as distorções na distribuição de competência sob a perspectiva do

federalismo político e fiscal em questões relacionadas às políticas de saúde e Teoria da Justiça baseada em seus princípios principalmente na elaboração da concepção de justiça com equidade. Helena (2008) destaca na teoria da justiça que a estrutura social não deve favorecer aqueles que já se encontram em situação de vantagem, exceto se isso resultar em benefícios para os menos favorecidos.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 Teoria Geral do Federalismo

As diversas maneiras de organização do Poder e do Estado apresentam tipologias diferentes. Dentre as distinções mais comuns, encontra-se expressões que procuram determinar alguns aspectos referentes aos órgãos do governo, à distribuição política e administrativa do poder, às relações entre os órgãos de governo ou a ideologia política do sistema: sistemas ou regimes políticos, formas de Estado, formas de governo e sistemas de governo (Baracho, 1986).

O Brasil, conforme texto constitucional, assume a forma de Estado Federado composto pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal. Para Beltrão (2023) o federalismo é uma forma de organização estatal, na qual seus entes integrantes devem desfrutar de autonomia política, tributária, administrativa e financeira, atrelada à atribuição de competências, no intuito de não permitir o surgimento de arbítrios em razão da centralização do poder.

Esta organização federativa foi criada no Brasil, a partir de um estado nacional existente desde 1822, implementado com o objetivo de manter a união dos entes (Soares; Machado. 2018) decorrente de uma longa história marcada por conflitos entre forças centralizadoras e descentralizadoras (Soares; Machado. 2018), no entanto, o federalismo efetivo ganhou forma quando se estabeleceu a concessão de autogoverno aos Estados e a implementação de transferências intergovernamentais (Lopreato, 2022).

Na origem, a Teoria do Federalismo Fiscal surgiu ligada à descentralização e à distribuição de responsabilidades entre os diferentes níveis de governo, com o objetivo principal de promover eficiência e equidade nas ações estatais (Oates, 2005). Enquanto fenômeno multifacetado, apresenta diferentes arranjos institucionais que exercem influências heterogêneas sobre as políticas públicas. Essa diversidade pode resultar em efeitos diferenciados em áreas específicas de atuação governamental, dependendo da forma como a descentralização de competências e recursos entre os diversos níveis de governo é estabelecida, bem como das normas que centralizam a autoridade política e regulam os mecanismos de coordenação em âmbito nacional (Menicucci; Leandro, 2023).

O federalismo deve ser um instrumento normativo da Constituição para garantir a autonomia dos Estados e Municípios, mantendo-os integrados de forma harmônica com a unidade estatal, em conformidade com os objetivos constitucionais do Estado Democrático

(Menicucci; Leandro, 2023). A atual organização do poder político brasileiro apresenta uma característica de dupla autonomia territorial, ou seja, dentro do mesmo território, coexistem múltiplos níveis de governo exercendo autoridade: o governo nacional e os governos subnacionais, com competências definidas para governar tanto seu território específico quanto sua população, no caso dos governos locais. Por outro lado, o governo central abrange todo o território nacional e atende aos cidadãos em âmbito nacional (Soares; Machado. 2018).

A centralização legislativa do governo central refere-se à capacidade de legislar sobre os temas que afetam os interesses dos demais entes, incluindo as alocações e utilização de recursos para políticas públicas (Arretche, 2013; Soares; Machado. 2018). Apesar disso, a manutenção das prerrogativas legislativas da União possibilitou a criação de mecanismos de coordenação para políticas públicas. Isso envolve determinações constitucionais sobre a alocação de despesas, transferências intergovernamentais condicionadas e a instauração de espaços de pactuação entre os diferentes níveis de governo (Soares; Machado. 2018).

A descentralização é vista como benéfica por Aguirre (1997) por diversos motivos. Em primeiro lugar, o atendimento de necessidades específicas de cada local pode ser melhor atendido se considerado um tamanho ideal de fornecimento do bem público. Além disso, a possibilidade de escoamento mais eficiente e a análise das diferenças de rendas entre as coletividades sugerem uma maior adequação do suprimento descentralizado às necessidades de cada comunidade.

As funções de cada ente federativo para o cumprimento das normativas foram delimitadas no texto constitucional, portanto cabe à União as funções de formulação e financiamento das políticas nacionais de saúde e a coordenação entre os entes. Os Estados são responsáveis por adaptar as políticas às particularidades regionais e aos municípios a efetiva prestação do serviço, recebendo apoio técnico e financeiro dos demais entes. A estrutura de federalismo de cooperação no Brasil segue a estrutura centrípeta, com a concentração do poder na União, como ente central, entretanto esse delega competências da execução das políticas para o ente federativo mais frágil, o municipal, tornando-o refém do apoio financeiro do estado e da União (Santos, 2023).

O governo federal desempenha um papel central no arranjo cooperativo, sendo responsável pelo controle do processo decisório, determinando o formato da cooperação e a alocação dos recursos transferidos. Os municípios, por sua vez, atuam como executores e gestores da política definida pelo governo federal (Almeida, 2009), dessa forma, os municípios deveriam atuar como implementadores das políticas públicas, mas acabam agindo como atores

principais da engrenagem, tendo seu orçamento sobrecarregado com essa responsabilidade (Miranda et al, 2017).

O federalismo cooperativo no Brasil tem sido marcado por um desequilíbrio que sobrecarrega estados e municípios, responsáveis diretos pela prestação dos serviços de saúde à população. Esses entes precisam garantir atendimento suficiente, de qualidade e em tempo adequado, enquanto a União, que tem a obrigação constitucional de cofinanciar o sistema, não contribui de forma equilibrada. Essa falta de equilíbrio tem gerado uma carga desproporcional sobre os entes subnacionais (Santos, 2021). Para Zimmermann (2014) “a descentralização financeira é peça basilar ao efetivo desenvolvimento do federalismo, de tal modo imaginado como a forma provedora de efetiva autonomia às pessoas políticas que compõem o pacto federativo-constitucional”.

No Brasil, o federalismo desempenha um papel crucial na estrutura institucional do país, influenciando significativamente o sistema político e refletindo uma história marcada por flutuações entre diferentes níveis de centralização política, associados a diversos regimes republicanos. Desde a proclamação da República em 1889, o federalismo tem sido uma característica definidora da organização política brasileira, permitindo uma distribuição de poder entre a União, Estados, Distrito Federal e Municípios (Machado, 2013). Essa distribuição de poder estabelece as bases para um sistema em que cada ente federado possui autonomia própria, fortalecendo o equilíbrio político e administrativo do país.

A Constituição Federal de 1988, um marco na redemocratização do país, estabeleceu a República Federativa do Brasil como uma união indissolúvel desses entes federados, cada um com autonomia para se organizar, governar, legislar e administrar (Barroso, 2009). Esse princípio de autonomia é essencial para o equilíbrio do sistema federal, garantindo que nenhuma esfera de poder se sobreponha à outra (Noronha, 2014). Além disso, a Constituição de 1988 consolidou o federalismo cooperativo, determinando que a União, os Estados e os Municípios devem atuar conjuntamente para garantir os direitos sociais e promover o bem-estar da população.

No contexto da saúde, o federalismo brasileiro promove uma estrutura descentralizada, onde a União define diretrizes gerais, os Estados coordenam regionalmente, e os Municípios executam ações locais, especialmente na atenção primária e de média complexidade (Noronha Et Al., 2014; Ribeiro Et Al., 2018). A responsabilidade solidária entre os entes federados é fundamental para garantir o acesso universal à saúde, conforme determinado pelo STF e regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde (Barroso, 2009). Esse modelo descentralizado

permite maior eficiência na implementação de políticas de saúde e maior capacidade de resposta às demandas locais, assegurando o princípio da equidade na prestação dos serviços de saúde.

A importância do federalismo também se manifesta na cooperação entre os entes federados. A Secretaria de Relações Institucionais, por meio da Secretaria Especial de Assuntos Federativos, atua como um canal de diálogo entre o governo federal e os entes subnacionais, promovendo uma governança colaborativa e o fortalecimento do pacto federativo (Barroso, 2009). Esse esforço de cooperação intergovernamental fortalece o pacto federativo e amplia a capacidade de implementação de políticas públicas em diferentes níveis da administração pública. Assim, o federalismo brasileiro se configura como um instrumento essencial para a manutenção da estabilidade política, o fortalecimento das políticas públicas e a promoção de uma governança mais eficiente e democrática, baseada na cooperação e no respeito à autonomia dos entes federados.

A atuação da Suprema Corte de Justiça no arbitramento e regulação de conflitos federativos verticais e horizontais é uma característica intrínseca do Estado federativo. Ao mediar disputas de competência entre os Poderes Executivo e Legislativo, a Suprema Corte estabelece os limites de centralização e autonomia entre os entes federativos, garantindo o equilíbrio e a harmonia na relação entre União, Estados e Municípios. Além de definir os contornos das competências de cada ente federado, a Suprema Corte atua como guardião dos direitos fundamentais dos cidadãos, assegurando que as obrigações do Estado sejam cumpridas de forma justa e equitativa.

Nesse contexto, a Suprema Corte se erige como a autoridade suprema na definição das normas que devem ser observadas em todo o território nacional, exercendo um papel de unificação jurídica ao interpretar e aplicar a Constituição de forma coerente e uniforme (Soares; Machado, 2018). Esse papel de unificação permite que o federalismo brasileiro mantenha um equilíbrio dinâmico entre descentralização e unidade, garantindo a adaptação do sistema federativo às demandas sociais e políticas em constante transformação.

## 2.2 O Direito à Saúde na Constituição Federal de 1988

A inclusão social e a redução das desigualdades são pilares fundamentais para o desenvolvimento de políticas públicas eficazes. Alinhadas aos princípios éticos, essas políticas visam promover justiça social e igualdade, garantindo a proteção de direitos individuais e coletivos (Meyer et al, 2014). A adoção de uma ética focada no bem comum e na justiça social é essencial para superar desigualdades e construir uma sociedade mais inclusiva (Pereira, 2018).

No campo da saúde, o Brasil enfrentou grandes desigualdades históricas. Antes de 1988, o sistema público atendia apenas os contribuintes da Previdência Social, enquanto as pessoas sem recursos dependiam da caridade. Com a Constituição de 1988, o SUS foi instituído, garantindo o direito à saúde universal. Esse marco legal ampliou significativamente o acesso à saúde, abrangendo mais de 70% da população brasileira (Buíssa; Bevilacqua; Moreira, 2018; Brasil, 2018).

O SUS é orientado por dois grupos de princípios: os doutrinários, que incluem universalidade, integralidade e equidade, e os organizacionais, como descentralização, regionalização e participação social. Apesar desses avanços, persistem desigualdades regionais no acesso a medicamentos e serviços, com as regiões Sul e Sudeste apresentando melhor infraestrutura e disponibilidade de recursos em comparação às regiões Norte e Nordeste (Oliveira et al., 2019).

Regulamentado pelas Leis nº 8.080/1990 e 8.142/1990, o SUS busca garantir assistência integral, abrangendo ações preventivas, curativas e farmacêuticas. A Política Nacional de Medicamentos (PNM), instituída em 1998, introduziu a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), fortalecendo o acesso a medicamentos genéricos, farmácias populares e terapias baseadas em protocolos clínicos (Brasil, 2022).

O conceito de direito à saúde revela sua complexidade, mesmo em uma análise semântica simples. A palavra "Saúde", embora geralmente tenha uma definição clara e precisa como a ausência de doença, engloba termos complexos, como o bem-estar físico, mental e social. Para uma compreensão abrangente do que significa saúde, é necessário examinar os princípios e normas jurídicas (Dallari, 1988).

Alcançar um equilíbrio entre a consideração de valores e interesses relevantes e a necessidade de uma distribuição justa é um desafio intrincado. As decisões sobre a alocação de recursos escassos não podem ser reduzidas a um único critério, exigindo uma análise cuidadosa que leve em conta as particularidades de cada situação (Amaral, 2001).

No contexto brasileiro, o federalismo evoluiu significativamente, passando de um modelo centralizado para um federalismo solidário, que introduz a noção de competência compartilhada entre a União, Estados, Distrito Federal e Municípios, especialmente na área da saúde. A Constituição Federal de 1988 estabelece essa responsabilidade solidária, conforme o artigo 23, II, que define as competências comuns dos entes federados (Machado, 2018).

Nos países europeus, como Reino Unido, Dinamarca, Suécia, Finlândia, Noruega, Suíça, Alemanha e França, as despesas públicas com medicamentos superam as despesas privadas, refletindo um modelo de saúde mais voltado ao financiamento estatal. Em

contrapartida, nos Estados Unidos, prevalece o sistema de despesas privadas, onde o custo dos medicamentos recai majoritariamente sobre os indivíduos (Oliveira et al., 2019).

No Brasil, embora o SUS garanta o fornecimento universal, igualitário e gratuito de medicamentos a todos os cidadãos, o acesso efetivo ainda enfrenta barreiras significativas. Regiões desfavorecidas socioeconomicamente, como o Norte e o Nordeste, sofrem com desigualdades na organização, estruturação e financiamento da assistência farmacêutica, o que limita a distribuição equitativa de medicamentos (Oliveira et al., 2019, Paim, 2009).

A equidade é uma dimensão fundamental que reconhece as diferenças nas necessidades de saúde, seja em nível regional ou individual, buscando promover justiça social e reduzir a exclusão, priorizando aqueles com condições de saúde mais precárias. O atendimento integral à saúde é garantido por meio da articulação de ações e serviços preventivos e curativos, tanto para indivíduos quanto para a coletividade, com o objetivo de melhorar efetivamente os níveis de saúde da população como um todo (Barata, 2004).

A Assistência Farmacêutica no Brasil teve início em 1971 com a criação da Central de Medicamentos (CEME). Este órgão foi estabelecido com o objetivo de fornecer medicamentos para pessoas em situação de vulnerabilidade financeira, centralizando a aquisição e distribuição de medicamentos essenciais. A CEME desempenhou um papel fundamental na organização da assistência farmacêutica até 1997, quando foi desativada, e suas atribuições foram redistribuídas entre diferentes setores do Ministério da Saúde (Fraga, 2005).

Em 1998, a Portaria GM/MS nº 3916 marcou um novo capítulo na assistência farmacêutica com a criação da PNM. Essa política visava assegurar a segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, promover o uso racional e ampliar o acesso aos medicamentos essenciais. Entre os avanços proporcionados pela PNM destacam-se a criação da RENAME, o incentivo à produção de medicamentos genéricos, a expansão de farmácias populares e a oferta de terapias de baixo custo baseadas em protocolos clínicos (Brasil, 2022).

O fornecimento de medicamentos pelo SUS é dividido em três categorias: básica, estratégica e de alto custo. Os medicamentos básicos são destinados à Atenção Primária à Saúde e abrangem tratamentos para condições como pressão alta, diabetes e analgesia. Os medicamentos estratégicos são usados no tratamento de doenças de notificação compulsória, como dengue, malária e leishmaniose, e são distribuídos pela Unidade Básica de Atendimento mediante receita médica. Já os medicamentos de alto custo são destinados a doenças específicas e requerem um processo administrativo com documentação comprobatória (Brasil, 2023; Paim, 2009).

O financiamento do SUS é estruturado em um modelo tripartite, no qual União, Estados e Municípios compartilham a responsabilidade de gerar os recursos necessários para custear as ações e serviços públicos de saúde. Essa divisão de responsabilidades está estabelecida pela Constituição Federal de 1988, visando garantir um sistema de saúde sustentável e acessível a toda a população.

Com o objetivo de aumentar a estabilidade financeira do SUS, foi aprovada a Emenda Constitucional nº 29. Essa emenda determina que os gastos da União com saúde devem ser equivalentes aos do ano anterior, corrigidos pela variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB). Além disso, os Municípios e o Distrito Federal são obrigados a destinar, no mínimo, 15% de sua arrecadação de impostos para ações e serviços públicos de saúde, enquanto os Estados devem alocar, pelo menos, 12% de suas receitas para o mesmo fim (Paim, 2009; Brasil, 2012).

A Política Nacional de Promoção da Saúde foi introduzida em 2010, com o objetivo de abordar os desafios de produção da saúde em um cenário sócio-histórico cada vez mais complexo. Essa política destaca a importância de estratégias como integralidade, equidade, responsabilidade sanitária, mobilização e participação social, intersetorialidade, informação, educação e comunicação, e sustentabilidade (Brasil, 2010).

A concessão de medicamentos que não estão na lista do SUS requer extrema cautela por parte dos administradores públicos, exigindo discernimento e estudo aprofundado para garantir que a atualização da lista resulte em um maior custo-benefício para os cidadãos. É crucial ressaltar a excepcionalidade no fornecimento de medicamentos de alto custo, pois, em muitos casos, não há vantagens significativas para o paciente. A concessão desses medicamentos deve ser reservada para situações graves, específicas, reversíveis e com comprovação robusta dos benefícios em comparação com outras formas de tratamento. Essa abordagem visa assegurar a eficiência e a eficácia na alocação de recursos públicos na área da saúde, priorizando a maximização dos benefícios para a população (Buíssa; Bevilacqua; Moreira, 2018).

Paim (2018) observa que, embora a Constituição estabeleça a saúde como um direito de todos e um dever do Estado, as condições necessárias para garantir a sustentabilidade econômica e científico-tecnológica do SUS não têm sido efetivamente asseguradas pelo Estado brasileiro por meio dos poderes executivo, legislativo e judiciário.

A descentralização de competências, característica fundamental do federalismo, é um processo complexo que envolve a transferência e definição de poderes entre os diferentes entes federativos — União, Estados e Municípios — conforme estipulado pela Constituição Federal de 1988. Esse mecanismo busca conferir autonomia a cada nível de governo para que possa

tomar decisões e implementar políticas públicas de acordo com as demandas locais, levando em consideração as capacidades administrativas específicas de cada ente. No entanto, o federalismo brasileiro apresenta nuances de centralização, uma vez que a União possui jurisdição para atuar independentemente, sem a necessidade de autorização dos demais entes (Soares; Machado, 2018).

A descentralização de competências, conforme definida por Falletti (2006), envolve a transferência de responsabilidades, recursos e autoridade do nível nacional para os níveis subnacionais, sendo particularmente relevante no Brasil em áreas como saúde e educação. Esse processo visa aproximar a tomada de decisões das realidades locais, permitindo que os governos estaduais e municipais implementem políticas públicas mais alinhadas às necessidades específicas de cada região. Além disso, a descentralização incentiva a participação ativa dos cidadãos, promovendo uma gestão pública mais transparente e responsável, o que impacta diretamente na qualidade de vida da população (Menicucci; Leandro, 2023).

A obrigação do Poder Público em assegurar os direitos à saúde de todos é um princípio fundamental que permeia a sociedade. No entanto, quando confrontado com comandos judiciais que demandam a implementação de medidas específicas, muitas vezes sem a devida previsão orçamentária e sem clareza sobre a origem dos recursos necessários, surge um dilema que aparenta buscar a concretização dos preceitos constitucionais, mas que, na prática, acaba por estabelecer mecanismos de exclusão social (Pereira, 2018). Segundo Paim (2018), questões de gestão, como a falta de profissionalização, o uso clientelista e partidário dos estabelecimentos públicos, a excessiva quantidade de cargos de confiança, a burocratização das decisões e a falta de continuidade administrativa são fatores que tornam o estado ineficiente em garantir o direito constitucional à saúde.

O Ministro do Supremo Tribunal Federal e professor Luís Roberto Barroso, em 2007, afirma que o artigo 196 da Constituição da República, que assegura o direito à saúde, estabelece um direito subjetivo que requer ações positivas do Estado. Assim, essa norma é considerada de eficácia plena e aplicabilidade imediata, conforme previsto no artigo 5º, parágrafo 1º da Constituição, o que significa que sua efetivação pela administração pública não depende de legislação específica ou de previsão orçamentária. Dessa forma, o dever jurídico associado ao direito à saúde envolve a entrega de bens ou a prestação de serviços de forma efetiva e sem demora por parte do Estado (Avanza, 2016).

A organização dos programas governamentais de saúde no Brasil é estruturada de forma coordenada entre os níveis federal, estadual e municipal, com o objetivo de assegurar serviços públicos eficazes e acessíveis à população. Essa articulação permite que as ações sejam

planejadas e implementadas de maneira integrada, respeitando as competências de cada ente federativo e as necessidades regionais específicas (Ramos; Amaral Junior, 2023).

O direito à saúde, amplamente vinculado ao direito à vida e à dignidade humana, é assegurado pela Constituição Federal como um direito universal. Esse princípio é especialmente relevante para os grupos mais vulneráveis da sociedade, pois demanda prestações positivas do Estado, incluindo ações concretas para promover o bem-estar coletivo e reduzir desigualdades sociais. Dessa forma, a saúde deixa de ser apenas uma questão técnica, tornando-se um compromisso ético e jurídico do poder público para com toda a população (Bobbio, 1992; Avanza, 2016).

### 2.3 Teoria da Justiça

A teoria da justiça, conforme articulada por John Rawls (1971), concebe a sociedade como um empreendimento cooperativo em que os indivíduos colaboram para o benefício mútuo. O objetivo central dessa abordagem é promover um ambiente justo e equitativo que garanta o bem-estar de todos os membros da sociedade (Helena, 2008). Para sustentar essa visão, o referido autor formulou dois princípios fundamentais de justiça.

O primeiro princípio assegura que cada pessoa tenha direito a um sistema extenso de liberdades fundamentais, compatível com um sistema semelhante de liberdades para os outros. Esse princípio promove a igualdade de liberdades entre os cidadãos. O segundo princípio estabelece que as desigualdades sociais e econômicas devem ser organizadas de maneira a beneficiar todos, estando ligadas a cargos e posições acessíveis a todos (Paranhos, 2018). Dessa forma, promove-se a justiça distributiva e a igualdade de oportunidades (Santos, 2021).

Embora não tenha sido originalmente formulada para a análise da saúde, a teoria da justiça de Rawls influenciou significativamente a criação de sistemas de saúde que priorizam a universalidade de acesso e a equidade na distribuição de recursos limitados (Dallari; Deitos, 2019). O SUS no Brasil exemplifica esse alinhamento com os ideais rawlsianos, fundamentando-se em princípios igualitários e democráticos, como acesso universal em todos os níveis de atendimento, integralidade do atendimento, gratuidade dos serviços, participação comunitária e descentralização das ações e serviços de saúde (Noronha et al., 2014).

Para Rawls (1971), a saúde é entendida como um bem primário natural, cuja distribuição adequada ocorreria em uma sociedade onde os princípios de justiça estivessem firmemente estabelecidos. Nesse contexto, ele argumenta que a saúde seria uma consequência natural de

uma sociedade justa, tornando desnecessária a discussão sobre seus efeitos distributivos (Paranhos, 2018).

A teoria de Norman Daniels (2008), inspirada na justiça como equidade de John Rawls, amplia o entendimento da saúde ao relacioná-la com o princípio da igualdade de oportunidades. Daniels destaca a importância moral da saúde, argumentando que ela impacta diretamente as oportunidades de vida das pessoas, sendo, portanto, uma questão central de justiça (Paranhos, 2018).

Em sua teoria, Daniels (2008) reflete sobre o conceito de justiça em saúde, analisando se as desigualdades nesse campo podem ser consideradas injustas e propondo critérios para a distribuição justa de recursos em saúde. Ele defende que a saúde é um pré-requisito essencial para o acesso equitativo às oportunidades, e, por isso, políticas públicas devem priorizar a redução de desigualdades injustas na saúde.

Daniels (2008) adapta os princípios de Rawls (1971), especialmente o princípio da diferença, para o campo da saúde, propondo que recursos devem ser alocados de forma a beneficiar os mais desfavorecidos, garantindo que todos tenham igualdade de condições para alcançar seu potencial. Sua abordagem contribui para o desenvolvimento de critérios éticos e práticos na formulação de políticas de saúde mais justas e equitativas (Paranhos, 2018).

A análise da saúde pública não pode ser dissociada do contexto político e econômico. A fragilidade na articulação entre essas esferas frequentemente resulta em obstáculos à implementação eficaz das políticas públicas (Michel; Deitos, 2019). Essa realidade evidencia a necessidade de uma atuação mais ampla e assertiva do Poder Judiciário para suprir lacunas deixadas por uma gestão ineficiente dos demais Poderes, especialmente do Executivo, responsável pelo planejamento e execução do orçamento público (Buíssa; Bevilacqua; Moreira, 2018).

A discussão sobre o direito à saúde deve considerar que esse direito pode ser interpretado como uma exigência à prestação específica dos serviços pelo Estado (Paranhos et al., 2018). Além disso, as desigualdades sociais só são moralmente aceitáveis se beneficiarem os menos favorecidos (Rawls, 1971).

O conceito do "véu da ignorância", proposto por Rawls, serve como um meio para garantir que os princípios escolhidos sejam justos. Ao formular um acordo razoável sobre justiça social, deve-se considerar que as desigualdades não devem depender de fatores arbitrários como status social ou habilidades naturais (Rawls, 1971). Assim, o acesso igualitário aos serviços de saúde deve ser uma prioridade nas políticas públicas.

A teoria da justiça oferece uma estrutura analítica essencial para compreender as questões inerentes à distribuição de recursos e à garantia dos direitos à saúde dos cidadãos. Além disso, a teoria desenvolvida por Rawls (1971) sugere que as decisões sociais impactam diretamente as condições gerais de saúde. Essas condições devem ser preservadas e distribuídas de maneira compatível com o pluralismo moral. Isso pode ser alcançado através de políticas que busquem eliminar ou reduzir disparidades evitáveis entre diferentes grupos sociais (Michel; Deitos, 2019).

#### 2.4 Judicialização da Saúde

A judicialização da saúde é um fenômeno complexo que transcende as dimensões jurídicas, envolvendo aspectos políticos, sociais, éticos e sanitários, sendo que alguns estudiosos a nomeiam como judicialização da política e das relações sociais (Vianna et al., 1999). Essa tendência tem se expandido de forma contínua e controversa, especialmente devido às decisões judiciais que frequentemente concedem medidas liminares, impactando diretamente a administração do SUS. Nos municípios, esse cenário é agravado pelo subfinanciamento da saúde, que torna ainda mais desafiador o equilíbrio entre o atendimento às demandas judiciais e o planejamento sanitário local (Ventura et al., 2010; Santos, 2021).

Além da medicina e do direito, áreas diretamente ligadas à judicialização, a administração pública é outro campo importante a ser contemplado (Freire, 2024). Esse processo gera uma pressão significativa sobre os orçamentos públicos, uma vez que uma parcela substancial dos recursos é destinada a atender demandas específicas, como fornecimento de medicamentos de alto custo. Apesar do impacto financeiro, essas ações podem representar a única alternativa para salvar vidas ou melhorar significativamente as condições de saúde dos pacientes (Afonso et al., 2020).

Para garantir que as decisões judiciais sejam eficazes e justas, Mapelli Júnior (2017) destaca a necessidade de atender a critérios mínimos. Entre eles, estão a inclusão do medicamento ou de alternativas terapêuticas nos programas de assistência farmacêutica do SUS, a pertinência da prescrição médica baseada em evidências científicas, o reconhecimento da segurança e eficácia do produto com registro na ANVISA e a observância do princípio ativo prescrito. Esses requisitos buscam assegurar que as demandas judiciais contribuam de forma sólida para a promoção da saúde pública, evitando impactos desproporcionais no sistema de saúde.

Desde o final da Segunda Guerra Mundial, muitos países ocidentais têm visto um avanço da justiça constitucional sobre as esferas da política majoritária, realizada pelos poderes legislativo e executivo (Souza; Blauth, 2023). Essa tendência se manifesta de maneira particular no Brasil, onde a insatisfação da população com as políticas públicas de saúde impulsiona um aumento significativo no número de ações judiciais relacionadas ao acesso a tratamentos, especialmente os de alto custo (Barroso, 2007). A judicialização da saúde no Brasil reflete causas institucionais e sociais, além de tendências globais observadas em democracias contemporâneas (Ferraz, 2019).

O modelo institucional brasileiro frequentemente falha em garantir o acesso universal e equitativo aos serviços de saúde (Barroso, 2007). A alocação orçamentária é um aspecto crucial; mesmo quando há previsão de recursos elevados para a proteção dos direitos fundamentais, a escassez pode comprometer o alcance dessas garantias. Assim, enquanto um orçamento pode ser considerado justo em termos gerais, sua aplicação em casos individuais pode não atender às necessidades específicas dos cidadãos (Souza; Blauth, 2023).

O contraste entre as necessidades infinitas da população e a limitação de recursos disponíveis, especialmente na área da saúde, gera uma tensão permanente. Essa situação impacta a alocação de recursos financeiros do SUS e levanta questões sobre a equidade no acesso aos serviços (Souza; Blauth, 2023). Frequentemente, as decisões judiciais beneficiam indivíduos em situações socioeconômicas mais favorecidas, criando desigualdades que contradizem os princípios de universalidade e integralidade do SUS (Vieira, 2023).

Para que a judicialização da saúde seja considerada uma manifestação de ativismo jurídico, ela precisaria ser controlada pelo judiciário e surgir como uma iniciativa dos magistrados. No entanto, essa não é a realidade, uma vez que o judiciário atua apenas quando é provocado pelas partes envolvidas (Selayaran et al., 2018). Portanto, a judicialização da saúde reflete mais a resposta a demandas sociais do que uma ação proativa do sistema judiciário.

Pereira (2015) afirma que diante do clientelismo que se configura na distribuição de recursos no Brasil, a judicialização poderia configurar uma solução para corrigir assimetrias. Embora se esperasse que a judicialização fosse mais intensa em regiões com maior pobreza e menor acesso, os dados indicam que as regiões já privilegiadas, como São Paulo, Rio Grande do Sul e Paraná, são as que mais judicializam (Godoy et al., 2024). Nesse sentido, a judicialização amplia as desigualdades no acesso à saúde, beneficiando principalmente indivíduos com maior nível socioeconômico e acesso a informações, enquanto grande parte da população permanece excluída dessa via (Ferraz, 2019; Chieffi; Barata, 2009).

A pressão sobre o sistema judiciário pode desviar a atenção dos gestores públicos das soluções estruturais necessárias para melhorar o SUS. A judicialização não deve ser vista apenas como uma resposta à falha do Estado em garantir direitos; ela também pode exacerbar as iniquidades existentes, uma vez que as ações judiciais tendem a priorizar demandas individuais em detrimento das necessidades coletivas (Godoy et al., 2024; Asensi; Pinheiro, 2013, Ferraz, 2009). A ausência de efetividade das legislações vigentes em limitar a atuação do Judiciário em relação às normas orçamentárias resultou em um Judiciário desconectado das questões financeiras públicas (Souza; Blauth, 2023).

De acordo com Vaz e Soler (2024), a judicialização dos medicamentos tem gerado intensos debates sobre a eficácia, efetividade e eficiência do sistema de saúde brasileiro. As decisões judiciais que favorecem o fornecimento de medicamentos comprometem o processo de governança, planejamento e gestão do SUS. Isso resulta em impactos negativos no orçamento e financiamento, aumentando os gastos, desorganizando o fluxo de recursos e comprometendo a sustentabilidade do sistema.

Um fator agravante é que a maioria dos casos de judicialização não aborda os principais problemas enfrentados pelo sistema público de saúde, como o subfinanciamento, o baixo desempenho e as desigualdades na atenção básica e no acesso a medicamentos (Godoy et al., 2024, Pepe et al., 2010). Embora a judicialização seja vista como uma forma de garantir o acesso à saúde e proteger os direitos dos cidadãos, cumprindo assim o dever do Estado (Ferraz, 2019; Bucci, 2011; Santos, 2021), ela não resolve as questões estruturais que afetam a qualidade do atendimento.

Os temas discutidos pelo STF sobre a responsabilidade do Estado em fornecer medicamentos de alto custo e aqueles não registrados pela ANVISA refletem essa tensão (Ferreira et al, 2023). A jurisprudência atual estabelece que o Estado não pode ser obrigado a fornecer medicamentos experimentais e que a ausência de registro impede, como regra geral, o fornecimento por decisão judicial. No entanto, há exceções que permitem a concessão judicial sob certas condições, como a comprovação da eficácia do medicamento e a inexistência de alternativas disponíveis no SUS (Ferreira et al., 2023). O impacto orçamentário das decisões judiciais decorre da criação de demandas por recursos sem a correspondente geração de novas fontes de financiamento.

O fornecimento de medicamentos ainda não registrados na ANVISA traz consigo além da questão de realocação orçamentária, a preocupação com a segurança do paciente que será submetido a tratamentos sem o respaldo médico necessário dos efeitos a longo prazo (Pepe et

al., 2010). Além disso, o fornecimento de forma emergencial interfere no aumento do recurso aplicado na demanda, onerando ainda mais o sistema (Godoy et al., 2024).

Os gastos do Ministério da Saúde com medicamentos adquiridos por determinação judicial são alarmantes. Entre 2003 e 2013, 81,9% das compras de medicamentos sem registro na ANVISA foram motivadas pela judicialização; esse número subiu para 96,6% em 2020 (Vieira, 2023). Essa situação impõe um desafio significativo à sustentabilidade financeira do SUS e requer uma reavaliação do papel do Judiciário na proteção do direito à saúde. Até julho de 2023 o Ministério da Saúde já havia gasto R\$ 1,4 bilhões no atendimento de demandas judiciais, o que já representava 87% do total gasto no ano de 2022 (Ferreira et al., 2023). Portanto, como destacado por Pereira (2015) “o desafio reside em definir os limites à aplicação direta dos comandos constitucionais no contexto de recursos materiais limitados”.

A discussão sobre saúde e justiça no Brasil envolve questões complexas que refletem tanto os desafios estruturais do sistema de saúde quanto às dinâmicas sociais e políticas que influenciam o acesso aos serviços de saúde. Nesse contexto, a obra de João Biehl (2016), professor da Princeton University, oferece uma perspectiva crítica sobre como as demandas individuais são frequentemente negligenciadas em favor de teorias mais amplas, como a Teoria da Escolha Racional. Biehl (2016) argumenta que o todo social é composto por pessoas, e negligenciar suas demandas limita a aplicação eficaz de teorias em questões sensíveis, como a saúde subfinanciada.

A judicialização da saúde no Brasil, conforme destacado por Santos (2021), traz aspectos positivos, como o aumento da consciência dos cidadãos sobre seus direitos. No entanto, também apresenta desafios significativos. Decisões judiciais frequentemente focam no atendimento individual, o que pode afetar negativamente a justiça coletiva e agravar problemas estruturais do SUS, como o subfinanciamento, conforme apontado por Godoy et al. (2024) e Ventura et al. (2010). Essa abordagem individualizada pode desviar recursos de programas mais amplos e coletivos, exacerbando as desigualdades no acesso à saúde.

Biehl (2016) destaca a importância das demandas individuais e as limitações das grandes teorias em questões sensíveis, o que se reflete nos desafios da judicialização da saúde. Ao priorizar casos individuais, a judicialização reforça a ideia de soluções personalizadas, em detrimento de abordagens estruturais mais amplas. Essa tensão entre necessidades individuais e respostas coletivas pode ser compreendida pela antropologia do devir, que vê as pessoas em constante transformação e negociação com suas circunstâncias, evidenciando como demandas individuais se articulam com soluções sistêmicas em saúde.

### 3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

#### 3.1. Coleta e descrição de dados

A coleta de dados foi realizada por meio de uma busca textual no campo de jurisprudência da página eletrônica oficial do STF. Para a investigação da atuação do Tribunal no atual cenário de judicialização da saúde, foram considerados os descritores de remédios, medicamentos e fármacos. Nesta fase inicial, foram identificados 1.942 acórdãos, 25.333 decisões monocráticas e 189 informativos, sendo que estes dois últimos foram excluídos da análise por se tratarem de pareceres individuais.

O foco exclusivo nas decisões colegiadas se justifica pelo seu maior peso normativo e segurança jurídica, pois resultam da deliberação de múltiplos magistrados, garantindo interpretações mais consolidadas e previsíveis. Além disso, essas decisões desempenham um papel fundamental na uniformização da jurisprudência, reduzindo divergências e orientando a aplicação do direito pelos entes federativos. Metodologicamente, as decisões colegiadas oferecem maior robustez argumentativa, pois refletem um debate aprofundado e fundamentado, minimizando o impacto de interpretações individuais e fortalecendo a consistência da pesquisa.

Dos 1942 acórdãos encontrados, 31 foram identificados como possuindo repercussão geral, 8 abordavam questões de ordem e 154 eram coletâneas de acórdãos, por não tratarem de decisão colegiada, foram descartados. O período focal definido foi da pandemia de COVID-19 e imediatamente após seu término, aplicou-se um filtro temporal que abrangeu de 1º de janeiro de 2020 a 31 de dezembro de 2023. A escolha desse recorte temporal justifica-se pela relevância dos eventos ocorridos durante a pandemia de COVID-19 e no período imediatamente posterior, permitindo avaliar de forma abrangente como o Judiciário se manifestou sobre o tema ao longo desse contexto excepcional.

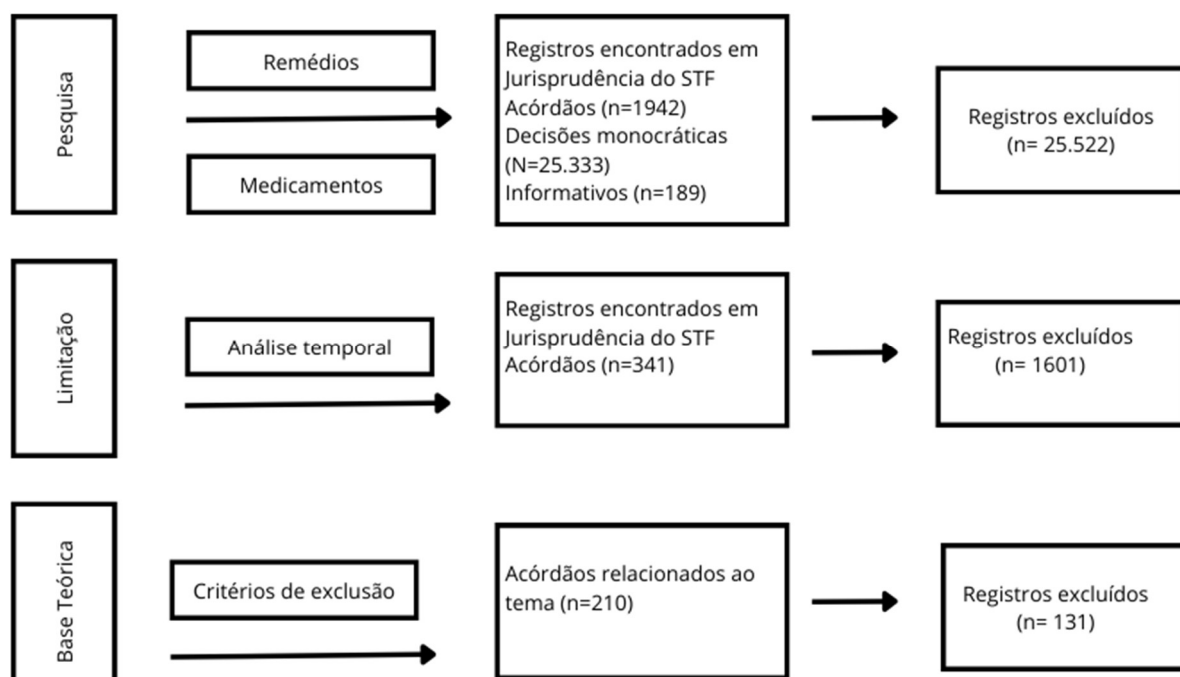
Após a aplicação desse filtro, foram identificados 3341 acórdãos que foram emitidos de forma colegiada e analisaram questões referentes ao fornecimento de medicamentos. Destes, 131 foram eliminados da análise por não estarem diretamente relacionados ao tema da pesquisa, conforme ilustrado na Figura 1.

Os acórdãos coletados, em formato PDF através da página do STF, foram organizados em quatro pastas distintas para facilitar a leitura e a análise das ementas. Posteriormente tabulou-se informações sumárias sobre cada caso, incluindo ementa, medicamento, a data do julgamento e o *status* correspondente. Dado que o foco da análise abrange o período antes,

durante e após a pandemia da COVID-19, o volume total de acórdãos encontrados foi expressivo, totalizando 7.706 páginas a serem analisadas. Para otimizar esse processo, optou-se pela utilização de uma Inteligência Artificial (IA), especificamente o ChatGPT, com o intuito de acelerar a tabulação das informações relevantes para a análise.

Ao anexar os PDFs dos acórdãos à IA, foram instruídas as categorias pertinentes à pesquisa: Ementa, Situação, Medicamento, Enfermidade, Decisão, Órgão Julgador, Observação, Tema e Repercussão Geral. Inicialmente, a IA gerou um resumo com essas informações; em seguida, solicitou-se a migração dos dados para um formato de planilha, onde foi realizada uma conferência individual de cada acórdão.

Figura 1 - Coleta e seleção dos dados



Fonte: Elaborado pela autora

Com base nessa análise, propõe-se a seguinte premissa: As decisões do STF sobre a judicialização de medicamentos refletem uma tendência crescente de responsabilização solidária entre os entes federativos.

### 3.2. Análise e tratamento de dados

O estudo analisou os tipos de medicamentos solicitados e as principais motivações que levaram à judicialização. A análise foi conduzida a partir dos 210 acórdãos selecionados e seguiu os princípios da análise de conteúdo descritos por Bardin (2011). Esse método permitiu

organizar e sistematizar os argumentos presentes nos acórdãos examinados. Durante o processo, as categorias foram identificadas e agrupadas à medida que os dados foram interpretados, ampliando a compreensão das questões abordadas nos objetivos específicos da pesquisa. Durante o processo, as categorias foram identificadas à medida que os dados foram interpretados, ampliando a compreensão das questões abordadas nos objetivos específicos da pesquisa. As Categorias levantadas estão descritas no quadro 1

Quadro 1– Categorias de análise

<b>Categoria</b>	<b>Descritivo</b>
Saúde enquanto dever do Estado	A Constituição garante a saúde como um direito fundamental, cabendo ao Estado assegurar seu acesso de forma universal e igualitária.
Distribuição de responsabilidades no federalismo	União, Estados e Municípios possuem atribuições distintas na saúde, influenciando o financiamento e a execução de políticas públicas.
Federalismo cooperativo	O modelo exige a atuação conjunta dos entes federativos para garantir a efetividade dos serviços de saúde, evitando omissões e sobreposições.
Justiça Social	O direito à saúde está ligado à justiça social, assegurando igualdade no acesso e levantando debates sobre alocação de recursos.
Falecimento	A morte por falta de tratamento estatal envolve questões de responsabilidade, impacto nas políticas públicas e dever de reparação.
Aplicação equivocada	A interpretação errada das normas pode levar a decisões desalinhadas com o ordenamento jurídico, afetando a gestão da saúde pública.

Fonte: Elaborado pela autora

A análise foi conduzida seguindo as três etapas descritas por Bardin (2011): (i) pré-análise, que envolve a preparação do material e o levantamento de categorias iniciais; (ii) exploração ou análise do conteúdo, com a codificação e categorização do material estudado; e (iii) tratamento dos resultados, etapa dedicada à inferência e interpretação dos dados, conectando-os à realidade observada e ao referencial teórico adotado.

O estudo foi realizado inicialmente a partir da interpretação da ementa, utilizando as categorias propostas, de modo a vincular o tema do acórdão e direcionar a avaliação pretendida para cada resultado do processo. O quadro 2 mostra o esquema metodológico utilizado na pesquisa.

Quadro 2 – Quadro Metodológico

<b>Objetivo geral</b>	<b>Objetivos específicos</b>	<b>Procedimentos metodológicos</b>
identificar e analisar as consequências da judicialização de medicamentos, considerando a competência legal e de execução, a responsabilidade solidária, a responsabilidade fiscal e a descentralização de competências entre os entes federados.	Identificar as motivações da judicialização de medicamentos dos processos avaliados pelo STF no período de 2020 a 2023	Análise documental
	Avaliar as fundamentações do posicionamento do STF relacionada à competência dos entes federados do STF demandas por judicialização de medicamentos	<b>Análise de conteúdo</b> Saúde enquanto dever do Estado Distribuição de responsabilidades no federalismo Federalismo cooperativo
	Avaliar as consequências e implicações socioeconômicas da judicialização	<b>Análise de conteúdo</b> Justiça Social Falecimento Aplicação equivocada

Fonte: Elaborado pela autora

## 4. RESULTADOS E DISCUSSÕES

### 4.1 Judicialização de Medicamentos e Suas Motivações

A judicialização de medicamentos no Brasil tem se mostrado um fenômeno crescente, refletindo tanto lacunas nas políticas públicas de saúde quanto a busca da população pelo acesso a tratamentos essenciais. Esse crescimento pode ser interpretado como uma resposta às falhas do sistema público de saúde, mas também como um reflexo do empoderamento da sociedade em exigir seus direitos constitucionais. Observou-se que no período de 2020 a 2023, os processos avaliados pelo STF evidenciaram diferentes motivações que impulsionam os cidadãos a recorrerem ao Judiciário, desde a ausência de medicamentos na lista do SUS até o alto custo de tratamentos não incorporados pelas políticas públicas.

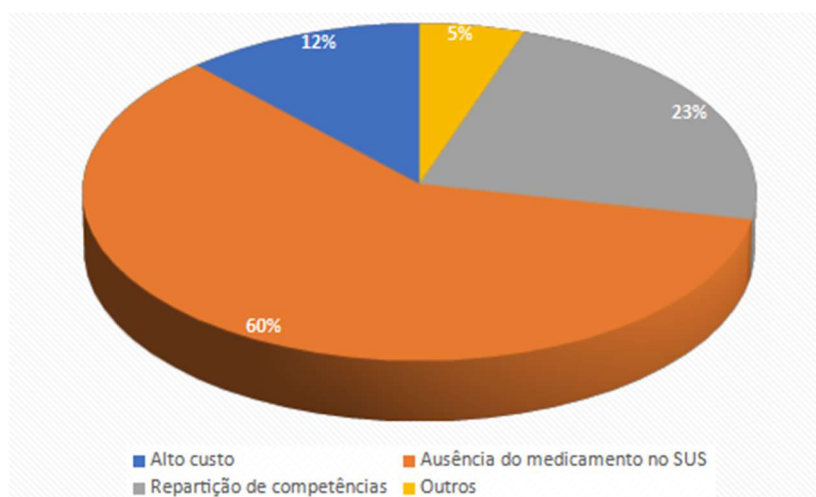
No contexto das decisões judiciais analisadas, foram identificadas diversas modalidades de recursos utilizados nos processos relacionados ao fornecimento de medicamentos. As principais categorias incluem Medida Cautelar (MC), Recurso Extraordinário (RE), Suspensão de Liminar (SL), Agravo Regimental (AgR), Suspensão de Segurança (SS), Segundo Agravo Regimental (2º AgR), Embargos de Declaração (ED), Terceiro Agravo Regimental (3º AgR) e Suspensão de Tutela Provisória (STP). Além disso, a Reclamação (RCL) também se destacou como um instrumento relevante nas demandas judiciais. Estas constatações evidenciam a busca de soluções urgentes para muitos pacientes que não podiam esperar as tramitações administrativas tradicionais.

Avaliando os 210 acórdãos selecionados emitidos pelo STF, observou-se que as principais razões para a judicialização de medicamentos estão distribuídas em dois fatores principais: a ausência do medicamento no SUS (59,6%) e a repartição de competências (23,1%). Já os demais referem-se ao fornecimento de medicamentos de alto custo e/ou terapias inovadoras, sem o devido registro na ANVISA, doenças que já possuem um protocolo definido no SUS, além do processo onde foi discutida a solicitação de vacina para o Covid-19. Essa distribuição pode ser observada no gráfico 1.

Os dados analisados evidenciam que as especialidades de Oncologia, Neurologia e Endocrinologia concentram o maior número de demandas judiciais no âmbito da saúde, representando, respectivamente, 21,63%, 9,62% e 9,13% do total de casos. Esse padrão sugere que a judicialização está fortemente associada às áreas da medicina que dependem de

tratamentos altamente especializados e inovadores, cujo acesso pode ser dificultado pela ausência de políticas públicas efetivas ou pelo alto custo dos medicamentos.

Gráfico 1 - Motivações das solicitações

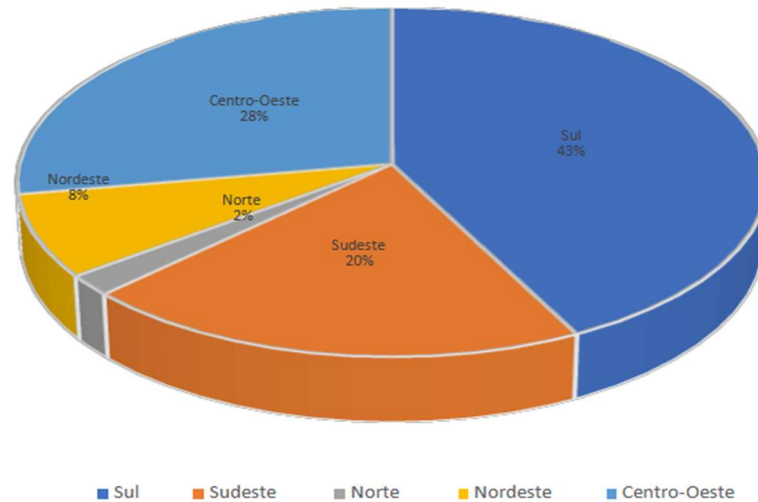


Fonte: Elaborado pela autora

No que diz respeito à distribuição geográfica dos processos judicializados que chegam ao Supremo Tribunal Federal (STF), observa-se uma predominância da região Sul, responsável por 43% das ações, seguida pelo Centro-Oeste (27%) e Sudeste (20%). As regiões Nordeste e Norte apresentam menor representatividade, com 8% e 2%, respectivamente, conforme ilustrado no Gráfico 2. Essa concentração regional reflete as disparidades históricas na infraestrutura de saúde e na oferta de serviços, como apontado por Paim (2009), que destaca as desigualdades regionais e a má gestão como problemas crônicos do SUS. Esta concentração sugere que a judicialização está vinculada à desigualdade de informação, considerando que em regiões mais desenvolvidas, as populações possuem acesso a maiores informações, acesso com maior facilidade à assessoria jurídica e mobilização em temas relacionados aos direitos dos pacientes.

Este fato é corroborado por Barata (2004) ao argumentar que a judicialização da saúde está fortemente associada a contextos em que a infraestrutura de saúde é deficiente e onde há maior disponibilidade de recursos jurídicos, facilitando o acesso à Justiça. Esse cenário é corroborado pelos dados apresentados, que demonstram como regiões com melhores estruturas judiciais e maior concentração de profissionais da área do Direito tendem a registrar um número mais elevado de ações judiciais relacionadas à saúde.

Gráfico 2 - Concentração das solicitações por região



Fonte: Elaborado pela autora

A baixa judicialização da região Nordeste pode ser explicada pelas barreiras no acesso, evidenciando barreiras no acesso ao sistema judiciário e uma infraestrutura de saúde mais precária. Os acórdãos indicam problemas como a insuficiência de leitos hospitalares, a falta de medicamentos essenciais e a escassez de profissionais qualificados. Além do mais, essa desigualdade é agravada pelo financiamento desigual da saúde entre estados e municípios. As regiões e municípios com maior poder econômico, tendem a ter maior arrecadação e condições para suprir lacunas na distribuição de medicamentos pelo SUS. Paim (2009), aponta que essas desigualdades regionais são historicamente enraizadas, o que limita o acesso equitativo à saúde.

Já a região Norte enfrenta os maiores desafios como baixa densidade populacional, barreiras geográficas e dificuldades logísticas que contribuem para a menor frequência de ações judiciais. Noronha et al. (2011) sustentam que as regiões mais isoladas do Brasil carecem de políticas públicas que mitiguem as dificuldades de acesso, aumentando a vulnerabilidade da população. Acresce-se a este fato, a carência de infraestrutura tecnológica e a escassez de unidades de saúde, dificultando o atendimento integral à saúde da população. Estudos de Menicucci e Leandro (2023) confirmam que regiões com melhores condições socioeconômicas e estruturas de saúde mais robustas tendem a ter maior judicialização, especialmente quando a população é informada sobre seus direitos.

Outro aspecto importante é a desigualdade regional exacerbada pela judicialização. Regiões menos desenvolvidas, como o Norte e o Nordeste, enfrentam dificuldades adicionais

para atender às decisões judiciais, uma vez que possuem menos recursos financeiros e uma infraestrutura de saúde mais precária (Nunes, 2016). Isso cria um cenário de iniquidade, onde estados e municípios com mais recursos podem responder melhor às demandas judiciais, enquanto os entes mais vulneráveis têm que sacrificar serviços essenciais para garantir o cumprimento das ordens. Essa falta de articulação entre os diferentes entes compromete a efetividade das políticas públicas, contribuindo para o aumento da desigualdade na distribuição dos serviços médicos e medicamentos.

O relatório sistêmico de fiscalização da saúde (2014) do Tribunal de Contas da União (TCU) destaca uma disparidade significativa na qualidade e no acesso aos serviços de saúde entre os estados brasileiros, apontando que, enquanto algumas unidades federativas apresentam indicadores de saúde comparáveis aos de países desenvolvidos, outras enfrentam condições semelhantes às de nações em desenvolvimento (PenseSUS). Corroborando esses dados, o estudo sobre desigualdades regionais realizado em 2024 pela Fundação Oswaldo Cruz, em parceria com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), confirma que as regiões Norte e Nordeste são as mais vulneráveis em termos de infraestrutura e recursos médicos.

Essas desigualdades afetam diretamente os grupos populacionais socioeconomicamente menos favorecidos, que sofrem com limitações tanto no financiamento quanto na qualidade da atenção básica. Além disso, a dificuldade de acesso a informações jurídicas e a assistência legal nessas regiões contribui para o menor número de processos judiciais relacionados à saúde, evidenciando a relação entre carências estruturais e a judicialização desigual do setor (Silva et al., 2024; Massuda et al., 2018). A pesquisa Desafios da regionalização do SUS (2023) do Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (IEPS) também reforça essa análise ao discutir os desafios da regionalização do SUS, destacando a necessidade urgente de aprimorar a distribuição de serviços e recursos para garantir um acesso mais equitativo à saúde no país.

Em relação à motivação da judicialização dos acórdãos analisados, a ausência de medicamentos considerados essenciais para o tratamento adequado de determinadas condições médicas na lista padronizada do SUS é evidenciada em 80%. Medicamentos para doenças como a Atrofia Muscular Espinhal (AME) e a Doença de Fabry, que são frequentemente caros e não estão incluídos na lista padrão do SUS, foram requisitados em 34 acórdãos. Nesses casos, a urgência médica e a gravidade das condições justificam a busca por soluções judiciais.

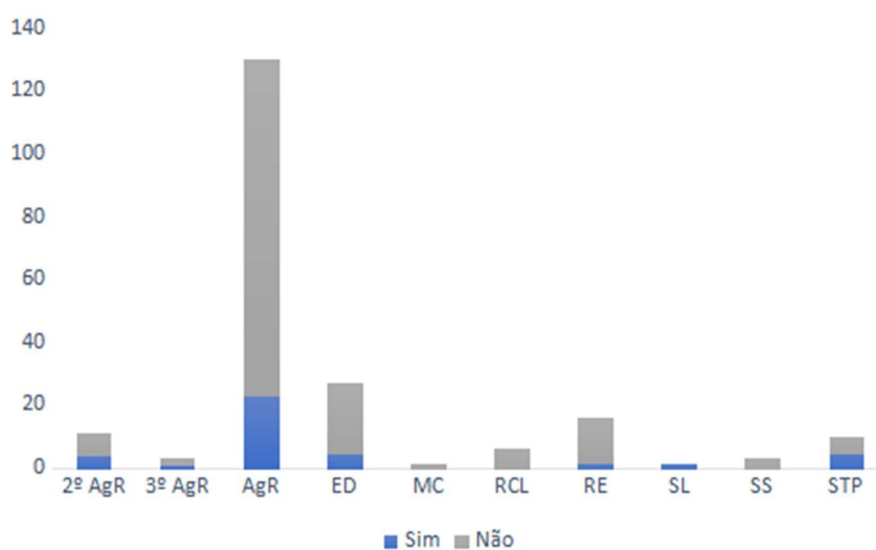
As motivações vão além das necessidades médicas individuais, refletindo também a incapacidade do sistema de saúde em se adaptar às demandas emergentes. Vieira (2023) e Buíssa et al. (2018) corroboram os achados, destacando que a judicialização é tanto uma

resposta a falhas estruturais quanto um mecanismo de pressão para melhorar o acesso às tecnologias de saúde.

Alguns autores tentam explicar a motivação da judicialização. Vieira (2023) ressalta que a insuficiência da assistência farmacêutica no SUS é uma das principais razões que levam os pacientes a recorrer à Justiça. Além disso, Menicucci e Leandro (2023) enfatizam que a lentidão na incorporação de novas tecnologias resulta em desfechos negativos para os pacientes, exacerbando o problema do acesso desigual aos tratamentos necessários. Complementando essa análise, Oliveira et al. (2019) afirma que o sistema público de saúde não possui capacidade de absorver rapidamente os avanços tecnológicos, o que afeta diretamente pacientes com doenças raras e complexas. Essa limitação corrobora o fato de que casos relacionados a essas condições foram fortemente representadas nos processos analisados.

As decisões judiciais relacionadas ao fornecimento de medicamentos não incorporados às políticas do SUS incluíram a União como polo passivo, resultando no deslocamento dos processos para a Justiça Federal. Essa abordagem se consolidou em aproximadamente 90% dos casos analisados, onde a União foi considerada responsável pelo custeio dos medicamentos. Em contrapartida, cerca de 10% das situações envolveram medicamentos regulamentados no SUS, mas cujo fornecimento foi arcado por outro ente federativo, levando o STF a se manifestar pela responsabilidade da União, conforme gráfico 3.

Gráfico 3 - União como polo passivo por tipo de processo



Fonte: Elaborado pela autora

As decisões judiciais relacionadas ao fornecimento de medicamentos não incorporados às políticas do SUS têm determinado, de forma consistente, a inclusão da União no polo passivo e o deslocamento do processo para a Justiça Federal, e representam 90% dos casos analisados em que a União foi considerada a responsável por arcar com o fornecimento dos medicamentos. Já em quase 10% dos casos, o medicamento estava regulamentado no SUS mas outro ente arcou com o fornecimento, gerando um processo que o STF se manifestou pela União como responsável. Apesar da União argumentar que a responsabilidade pelo fornecimento dos medicamentos deve ser compartilhada com os estados e municípios, conforme disposto na Lei nº 8.080/90, os tribunais veem interpretando de forma mais ampla a obrigação deste ente.

O Agravo Regimental no Recurso Extraordinário (AgR no RE) 1.461.108 trata de um caso em que a solicitação de fornecimento de um medicamento foi negada pelo Tribunal de origem, devido à indicação do uso do medicamento ser diferente da finalidade ratificada para o mesmo. O tribunal concluiu que não havia obrigação de fornecer medicamentos que não estavam registrados na ANVISA, caracterizando-os como experimentais.

O Supremo Tribunal Federal (STF) corroborou a decisão do tribunal inferior, reafirmando que a ausência de registro na ANVISA implica na inexistência de obrigação legal para o fornecimento do medicamento solicitado. Essa decisão reforça a necessidade de um equilíbrio entre o direito à saúde e os regramentos legais, evitando que decisões judiciais autorizem tratamentos sem a devida comprovação de eficácia e segurança, conforme os critérios estabelecidos pelas autoridades sanitárias nacionais.

Essa decisão é emblemática no contexto da judicialização da saúde, pois ratifica decisão da 1ª Seção do STJ, ao julgar o Recurso Extraordinário (RE) 1.657.156/SP sobre a responsabilidade do Estado em fornecer medicamentos que não possuem registro oficial. A posição do STF reflete uma preocupação com a segurança e eficácia dos tratamentos disponíveis, além de enfatizar a necessidade de seguir as diretrizes estabelecidas pela ANVISA. Assim, o julgamento deste recurso evidencia a importância da regulamentação e da supervisão adequada na concessão de medicamentos, especialmente aqueles considerados experimentais.

Entretanto, é importante considerar que há casos em que o medicamento pode não estar registrado na ANVISA, mas já possui registro em órgãos regulatórios equivalentes de outros países. A origem dos fármacos, especialmente em casos de doenças raras ou de alta complexidade, é comumente estrangeira, o que torna inviável a espera pelo registro nacional diante da urgência terapêutica.

Nesses casos, a negativa automática com base na ausência de registro na ANVISA pode contrariar o princípio da proteção à saúde, previsto na Constituição Federal, ao impedir o acesso a tratamentos potencialmente eficazes e já validados por agências internacionais reconhecidas por sua credibilidade técnica. O equilíbrio entre segurança jurídica e direito à saúde, portanto, deve considerar não apenas o registro na ANVISA, mas também a validação internacional de medicamentos, especialmente em situações de risco iminente à vida ou de doenças sem alternativa terapêutica eficaz disponível no país.

A solicitação do medicamento Nintedanib para o tratamento da fibrose pulmonar idiopática (FPI) foi objeto de análise em três dos processos examinados, mesmo após a publicação da Portaria nº 86, de 24 de dezembro de 2018, que tornou pública a negativa da CONITEC em incluir o medicamento na lista do SUS devido à falta de comprovação de sua eficiência. Esse entendimento foi apontado no processo Agravo Regimental na Reclamação (AgR na Rcl) 52.715, onde o Tribunal de Justiça do Mato Grosso concedeu o medicamento ao solicitante e determinou a inclusão da União para arcar com os custos associados. A controvérsia envolvendo este medicamento destaca a complexidade das decisões da comissão incorporadora em detrimento da viabilidade financeira e o impacto dos medicamentos.

O STF decidiu pela inclusão da União na lide, mas manteve o fornecimento do medicamento. Essa decisão reflete como as determinações judiciais podem alterar as diretrizes de órgãos reguladores, como a CONITEC, deslocando a competência das políticas de saúde do Legislativo para o Judiciário (Soares; Machado, 2018). A crescente interferência do Judiciário na política de saúde levanta debates sobre políticas multissetoriais abrangentes que vão muito além dos serviços médicos e do fornecimento de medicamentos. O Judiciário parte da premissa de que a saúde foi erigida ao *status* de direitos fundamentais pela Constituição de 1988. Ficando o problema da escassez de recursos é colocado em plano secundário. Assim, a saúde é necessariamente isolada de seu contexto socioeconômico ambiental mais amplo e vista do prisma estreito dos cuidados médicos (Ferraz e Vieira, 2009).

Além disso, a manutenção dessa decisão ressalta a importância do acesso à saúde e do direito dos pacientes a tratamentos considerados essenciais, mesmo que não reconhecidos oficialmente pelo SUS. Essa prática levanta questões sobre a eficácia das políticas públicas de saúde e destaca a necessidade de um equilíbrio entre a judicialização e as diretrizes estabelecidas para garantir um sistema de saúde sustentável e equitativo. O caso do Nintedanib exemplifica as tensões entre decisões judiciais e políticas de saúde pública no Brasil, comprometendo a equidade na distribuição de recursos e favorecendo pacientes com maior acesso aos meios judiciais.

O processo Agravo Regimental na Reclamação (AgR na Rcl) 48.760 aborda a solicitação de revisão da decisão que incluiu a União como polo passivo em uma demanda relacionada ao fornecimento de um medicamento autorizado pela ANVISA, mas não incorporado nas diretrizes do SUS. A Corte reiterou que a inclusão da União nesse contexto é facultativa e não obrigatória, conforme o Tema 793. Apesar da decisão de incluir a União no polo passivo, o STF enfatizou que isso não compromete a credibilidade da decisão judicial. Segundo a jurisprudência utilizada no caso, "em se tratando de medicamento com registro na ANVISA, ainda que não padronizado no SUS, a inclusão da União no feito é facultativa e não obrigatória, em razão da responsabilidade solidária".

Essa posição do STF reflete uma compreensão mais ampla sobre as responsabilidades dos entes federativos na prestação de serviços de saúde, destacando que, embora a inclusão da União possa ser feita, não é um requisito para a validade das decisões judiciais. O entendimento reafirma a solidariedade entre os diferentes níveis de governo na garantia do direito à saúde, permitindo que os cidadãos busquem o cumprimento de suas necessidades sem necessariamente envolver todos os entes federativos em cada demanda judicial.

O Agravo Regimental no Agravo em Recurso Extraordinário (AgR no ARE) 1.314.625 refere-se à solicitação de um medicamento para o tratamento de retinopatia diabética, cuja indicação diverge do que estava disponível no SUS à época da solicitação. O tribunal de origem negou o pedido, argumentando que não foi comprovada a ineficácia do tratamento oferecido pelo SUS. Essa decisão foi ratificada pelo STF, mesmo após a inclusão do medicamento na lista do SUS pela CONITEC após o julgamento no tribunal inferior.

O STF manteve sua posição, ressaltando que a inclusão do medicamento na lista do SUS não altera a necessidade de reexame das provas iniciais do processo. A Corte enfatizou que não foi demonstrado que o tratamento previamente disponibilizado pelo SUS era ineficaz ou prejudicial para a solicitante. Essa decisão é significativa, pois ilustra a postura cautelosa do STF em relação à judicialização da saúde, reafirmando que a mera inclusão de um medicamento na lista do SUS não é suficiente para garantir sua disponibilização judicial sem a devida comprovação da necessidade e eficácia do tratamento em questão.

O medicamento Nusinersena, comercialmente conhecido como Spinraza, foi incorporado ao SUS para o tratamento da AME tipo I em abril de 2019, conforme a Portaria nº 24/SCTIE/MS, de 24 de abril de 2019. Posteriormente, em junho de 2019, a Portaria nº 1.297 instituiu um projeto piloto de acordo de compartilhamento de risco para fornecer o Spinraza aos pacientes com AME tipos II e III no âmbito do SUS. Em junho de 2021, o SUS ampliou a oferta do medicamento para pacientes com AME tipo II. Lenir Santos (2021) argumenta que a

aprovação rápida de medicamentos como o Spinraza é crucial, pois qualquer atraso no tratamento pode resultar em perda permanente de função motora ou até a morte do paciente.

A jurisprudência do STF tem se mostrado fundamental para esclarecer as nuances da responsabilidade solidária, especialmente em contextos onde diferentes entidades ou órgãos públicos compartilham responsabilidades. A partir dessa análise, destacam-se os casos em que a Corte decidiu pela configuração de responsabilidade solidária, atribuindo a obrigação de atuação conjunta entre União, estados e/ou municípios na efetivação de direitos fundamentais. A discussão foi conduzida com foco na identificação das justificativas apresentadas pelo STF, especialmente quanto à interpretação constitucional sobre competências concorrentes e as implicações dessas decisões na organização federativa brasileira.

As decisões do STF que reconhecem a responsabilidade solidária entre os entes federativos têm implicações significativas na dinâmica da federação brasileira. Ao determinar a atuação conjunta entre União, estados e municípios na concretização de direitos fundamentais, como saúde, educação e assistência social, o STF reforça o princípio da cooperação entre os entes, mas também gera desafios práticos na definição de responsabilidades e na alocação de recursos públicos.

Nos processos que discutiram o fornecimento de medicamentos não padronizados pelo SUS, a responsabilidade solidária, embora reconhecida pelo STF, foi objeto de suspensão dos julgamentos até que o Tema 1234, relacionado à repercussão geral, fosse analisado de forma definitiva. Esse tema abordou a legitimidade passiva da União e a competência da Justiça Federal em ações que envolviam medicamentos registrados pela ANVISA, mas que ainda não haviam sido incorporados ao SUS.

O processo Agravo Regimental na Reclamação (AgR na Rcl) 49.585 – Embargos de Declaração no Mandado de Segurança (ED no MS) solicitou a inclusão da União como polo passivo em uma demanda relacionada ao fornecimento de medicamentos que, embora autorizados pela ANVISA, não estavam padronizados no SUS. A suspensão do processo refletiu a necessidade de um posicionamento claro do STF sobre a inclusão da União em ações envolvendo medicamentos não padronizados, mas registrados na ANVISA. Até então, a jurisprudência indicava que a inclusão da União no polo passivo era discricionária do tribunal, pois a responsabilidade pelo fornecimento desses medicamentos poderia ser atribuída a outros entes federativos, dependendo da situação específica da demanda.

Com o julgamento do Tema 1.234, o STF fixou critérios claros para a competência jurisdicional em demandas relacionadas ao fornecimento de medicamentos não padronizados no SUS. De acordo com as novas diretrizes, a definição da jurisdição para julgar essas ações

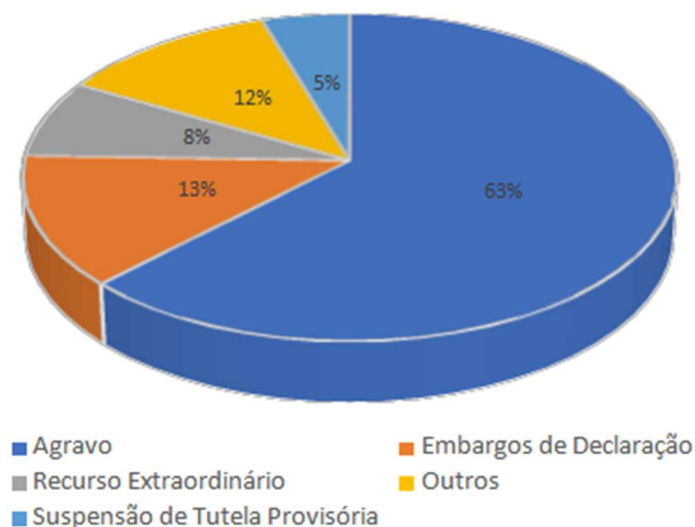
depende do valor anual do tratamento. As ações envolvendo medicamentos não incorporados no SUS, mas registrados pela ANVISA, devem tramitar na Justiça Federal quando o custo anual for igual ou superior a 210 salários-mínimos. Nesses casos, os medicamentos serão custeados integralmente pela União, enquanto os medicamentos oncológicos não incorporados terão um percentual de ressarcimento de 80% pela União, se o custo for superior a 7 salários-mínimos e as ações forem ajuizadas até 10 de junho de 2024.

Essas definições são fundamentais para a organização e eficiência do sistema judicial em relação à saúde pública, pois estabelecem um marco regulatório que busca evitar a sobrecarga da Justiça Federal com demandas de menor valor, além de assegurar que o custeio dos medicamentos seja realizado de forma adequada entre os entes federativos. A responsabilidade solidária entre União, estados e municípios é reafirmada, permitindo que os cidadãos tenham acesso aos tratamentos necessários sem que haja confusão sobre quem deve arcar com os custos. Entretanto, a decisão apontada no Tema 1.234 não pode ser aplicada para órteses, próteses e tratamentos médicos.

Dentre os 48 processos relacionados à Distribuição de Responsabilidades, a maioria envolve disputas sobre qual ente federativo – União, Estados ou Municípios – deve assumir a responsabilidade pelo fornecimento de medicamentos ou tratamentos específicos. Esses casos analisam, em profundidade, a correta aplicação dos entendimentos já estabelecidos pelos tribunais, especialmente nos Temas 796 e 1234. Contudo, mesmo quando identificados motivos para alterar o ente responsável, o fornecimento do medicamento é mantido até que uma nova decisão seja proferida.

No processo Agravo Regimental na Reclamação (AgR na Rcl) 50.723 – Embargos de Declaração no Mandado de Segurança (ED no MS) que trata da definição da competência para o custeio de medicamentos, os magistrados, ao analisarem os ED, concluíram que o caso não apresentava situações que justificassem uma manifestação específica. Além disso, decidiram que, mesmo que a União seja incluída no polo passivo e o processo seja transferido para o tribunal competente, a decisão emitida pelo tribunal inicialmente considerado incompetente deve permanecer válida até que o novo juízo, se necessário, profira outra decisão: “Conservar-se-ão os efeitos de decisão proferida pelo juízo incompetente até que outra seja proferida, se for o caso, pelo juízo competente”. O gráfico 4 demonstra a distribuição dos processos com decisão de responsabilidade solidária.

Gráfico 4 - Processos com Decisão de Responsabilidade Solidária



Fonte: elaborado pela autora

Nos acórdãos analisados, constatou-se que 62% são do tipo Agravo (AgR), 13% Embargos de Declaração (ED), 7% RE e 4% Suspensão de Tutela Provisória (STP). Esses recursos têm como finalidade contestar decisões já proferidas. O AgR é utilizado para impugnar decisões monocráticas, enquanto o ED busca esclarecer eventuais omissões, contradições ou obscuridades. O RE, por sua vez, é destinado a questionar decisões que afrontam dispositivos constitucionais, e o STP atua como um instrumento para suspender os efeitos de decisões liminares ou tutelas antecipadas que possam causar grave lesão à ordem, economia, saúde ou segurança pública.

Nos processos em que o STF decidiu pela manutenção das decisões originárias no ente federativo de origem, cerca de 33% dos casos, o Tribunal reafirmou a solidariedade dos entes da Federação na prestação do direito à saúde. Nessas situações, a Corte enfatizou que a descentralização das competências entre os entes federados é essencial para a efetividade das políticas de saúde pública, respeitando a autonomia administrativa e financeira de cada ente enquanto garante a continuidade do atendimento aos pacientes.

Os processos judiciais que envolvem a responsabilidade dos planos de saúde pelo fornecimento de medicamentos oncológicos, mesmo na ausência de registro na ANVISA, têm gerado importantes precedentes. Um exemplo é o caso do Agravo Regimental nos Embargos de Declaração no Agravo em Recurso Extraordinário (AgR nos ED no ARE) 1.307.919, onde o plano de saúde foi responsabilizado pelo custeio de um medicamento oncológico que, apesar de não ter registro na ANVISA, possuía autorização para importação excepcional. Essa decisão reflete a compreensão de que a autorização da ANVISA, mesmo sem o registro formal, indica uma avaliação prévia da segurança e eficácia do fármaco.

Outro caso relevante é o ED no Agravo Regimental no Agravo em Recurso Extraordinário (AgR no ARE) 1.412.422, que ilustra uma situação em que o registro do medicamento foi expedido durante o andamento do processo judicial. Neste contexto, o plano de saúde foi considerado responsável pelo fornecimento do medicamento tanto antes quanto após a obtenção do registro. Essas decisões judiciais demonstram um movimento em direção à proteção dos direitos dos pacientes, enfatizando que os planos de saúde devem garantir acesso a tratamentos necessários à manutenção da saúde do paciente.

O STF, ao destinar aos planos de saúde a obrigação de fornecer medicamentos ou tratamentos, baseou-se na relação contratual entre beneficiário e operadora, aplicando princípios do Código de Defesa do Consumidor e o direito à saúde. A Corte reconheceu que as operadoras devem cobrir terapias necessárias e prescritas, mesmo fora do rol da ANS, desde que comprovada sua imprescindibilidade e eficácia. Negativas de cobertura, especialmente em casos graves ou urgentes, foram consideradas violações ao direito à saúde e à dignidade humana, impondo aos planos a responsabilidade direta pelo serviço.

Dos processos analisados, identificou-se que 46% envolvem medicamentos ou tratamentos que não possuem registro na ANVISA. Essa ausência de registro é frequentemente apontada como um dos principais argumentos das partes contrárias ao fornecimento, uma vez que o registro é exigido para garantir a segurança, eficácia e qualidade dos produtos de saúde disponibilizados no Brasil. Entretanto as solicitações que foram negadas pelo STF, não tiveram esse embasamento e sim a justificativa do processo não ter apresentado a ineficácia da alternativa existente no SUS, processos Agravo Regimental no Agravo em Recurso Extraordinário (AgR no ARE) 1.314.625 e Segundo Agravo Regimental na Suspensão de Liminar (2º AgR na SL) 1.022.

No entanto, os tribunais, em diversas decisões, têm ponderado sobre a imprescindibilidade desses medicamentos para os pacientes em situações específicas, especialmente em casos de doenças graves ou raras, onde opções terapêuticas alternativas não estão disponíveis. Nessas circunstâncias, o direito à saúde e à vida tem prevalecido, levando à determinação de fornecimento, mesmo na ausência do registro formal na agência reguladora.

A demora no processo de registro e incorporação de medicamentos foi mencionada em 29% dos acórdãos. Para Afonso et al. (2020), a lentidão na avaliação de novas tecnologias por agências reguladoras é um dos principais fatores que impulsionam a judicialização. Essa conclusão é apoiada por estudos que analisam a atuação da ANVISA e da CONITEC, onde o tempo excessivo para aprovações resulta em situações de vulnerabilidade para os pacientes (Santos, 2021).

O STF acatou o fornecimento de medicamentos em 88% dos casos analisados. No entanto, o julgamento do Recurso Extraordinário (RE) 566.471, conhecido como Tema 6 de Repercussão Geral, concluído em 2020, e o acordo Inter federativo firmado em 17 de outubro de 2024, estabeleceram novas diretrizes para a judicialização de medicamentos não incorporados ao SUS. A decisão definiu que medicamentos registrados na ANVISA, mas fora da lista do SUS, só poderão ser concedidos judicialmente se cumprirem seis requisitos cumulativos: negativa do fornecimento pelo órgão público responsável, ilegalidade na decisão da CONITEC ou ausência de análise, inexistência de alternativas terapêuticas no SUS, evidências científicas que comprovem a segurança e eficácia do medicamento, indispensabilidade do tratamento para o paciente e comprovação de incapacidade financeira do solicitante para arcar com o custo do medicamento.

O alto custo dos medicamentos se configura como uma das motivações para a judicialização da saúde, sendo mencionado em 3% dos acórdãos analisados. Dentre esses casos, 17% envolvem tratamentos oncológicos e imunoterapias, Barata (2004) discute essa problemática ao enfatizar que os medicamentos oncológicos e as imunoterapias apresentam custos extremamente elevados, criando barreiras significativas ao acesso da população. Essa situação não apenas impõe desafios aos pacientes em busca de tratamento, mas também gera complicações na gestão financeira do sistema público de saúde, que se vê obrigado a acomodar esses custos sem comprometer outros serviços essenciais.

O processo Agravo Regimental no Agravo em Recurso Extraordinário (AgR no ARE) 1.255.965/MG tratou do sequestro de verbas públicas para resguardar a aquisição de medicamentos. O Tribunal entendeu que o bloqueio de valores nas contas do Poder Público possui natureza acautelatória e se aplica exclusivamente a situações excepcionais em que os bens jurídicos tutelados são a vida e a saúde. Essa medida busca assegurar a aquisição futura do medicamento necessário, garantindo o acesso ao tratamento em tempo hábil, e não se destina ao ressarcimento de valores previamente despendidos. Dessa forma, o bloqueio de verbas públicas para a aquisição de medicamentos foi mantido.

A solicitação de medicamentos de alto custo, mesmo quando prevista na política do SUS é atribuída à União, deve ser atendida pelo ente solicitado, em razão da responsabilidade solidária entre os entes públicos. O processo Agravo Regimental no Recurso Extraordinário (AgR no RE) 1.353.324/RS exemplifica essa determinação ao ordenar que o município arque com os custos do medicamento, fundamentando-se na competência comum dos entes federativos.

Esse entendimento é corroborado pela jurisprudência do STF, que, em diversas decisões, estabeleceu que os entes federativos são solidariamente responsáveis nas demandas relacionadas à saúde. O Tema de repercussão geral 793, firmado no Recurso Extraordinário (RE) 855.178 reafirma que, em questões de saúde, compete à autoridade judicial direcionar o cumprimento das obrigações conforme as regras de repartição de competências, determinando também o ressarcimento àquele que suportou o ônus financeiro da prestação.

Buissa et al. (2018) argumentam que medicamentos de alto custo são frequentemente judicializados por serem a única opção terapêutica para condições graves e complexas. Dados do STF confirmam essa tendência, destacando pedidos para medicamentos como Pazopanib, usado no tratamento do câncer renal, e Ruxolitinib, indicado para doenças hematológicas, ambos inacessíveis para muitos pacientes. Chieffi e Barata (2009) também apontam que a judicialização tem sido essencial para o acesso a medicamentos inovadores, embora represente um desafio para o financiamento público da saúde.

No processo Segundo Agravo Regimental na Suspensão de Tutela Provisória (2º AgR na STP) 798/ES, a decisão do STF reafirma a responsabilidade solidária dos entes federativos no fornecimento de medicamentos de alto custo - Spinraza, conforme estabelecido no Tema 793 da Repercussão Geral. Nesse caso, o município foi condenado exclusivamente a arcar com o fornecimento de um medicamento cujo custo era desproporcional ao seu orçamento. Apesar de alegar risco à ordem e à economia públicas devido ao impacto financeiro, o tribunal negou o pedido de suspensão da obrigação, entendendo que a manutenção do fornecimento é essencial para garantir o direito fundamental à saúde, priorizando a continuidade do tratamento até eventual nova decisão.

O tribunal destacou, ainda, que a aplicação do Tema 793 exige que as decisões judiciais observem tanto a repartição de competências no SUS quanto o impacto financeiro nos entes responsáveis. No entanto, concluiu que as dificuldades econômicas apresentadas pelo município não justificam a suspensão da tutela provisória, reforçando a necessidade de harmonizar a solidariedade federativa com a preservação dos direitos individuais à saúde e à vida. Assim, mesmo diante de limitações orçamentárias, o dever do município de garantir o medicamento foi mantido.

A pandemia de COVID-19 trouxe à tona desafios sem precedentes para o sistema de saúde brasileiro, o que resultou em um aumento significativo da judicialização relacionada a medicamentos e insumos médicos. Embora a pesquisa tenha se concentrado no fornecimento de medicamentos, um processo referente à COVID-19 foi identificado. Esse processo, no

entanto, se destacou por sua relevância ao abordar a responsabilidade solidária entre os diferentes entes federativos.

Entre março e novembro de 2020, foram registradas pelo menos 128 ações no STF relacionadas à COVID-19, com a maioria dessas ações sendo movidas por partidos políticos (Oliveira, 2021). Essa mobilização judicial reflete não apenas a urgência das demandas em saúde pública, mas também a crescente litigiosidade em um contexto de incerteza e necessidade de respostas rápidas do Estado.

Dentre os processos analisados, destacou-se aquele em que o Conselho Federal da Ordem dos Advogados do Brasil solicitou a vacinação da população com vacinas aprovadas pela Anvisa ou por autoridades sanitárias competentes, liberadas para comercialização nos países de origem. O STF acatou essa solicitação, entendendo que o plano de vacinação apresentado em 1º de dezembro de 2020 deveria ser cumprido.

Carvalho et al. (2020) ressalta que a pandemia de COVID-19 não apenas expôs, mas também agravou as limitações estruturais do SUS. O estudo destaca que a resposta do sistema público foi comprometida pela escassez de recursos, pela infraestrutura inadequada em diversas regiões e pela sobrecarga causada pela alta demanda inesperada. Como consequência, muitos pacientes tiveram que recorrer ao Judiciário para assegurar o acesso aos cuidados essenciais.

Essa decisão reafirmou a constitucionalidade da vacinação obrigatória, permitindo que o Estado determine a imunização da população como medida de saúde pública, sem recorrer a métodos coercitivos, mas sim através de restrições indiretas. A Ministra Cármen Lúcia declarou ainda que: “A Constituição não garante a liberdade de uma pessoa para ela ser egoísta. Ela vive no meio de todos, ela responde por si e pelo outro”.

O ministro Gilmar Mendes defendeu a importância da responsabilidade solidária entre os diferentes níveis de governo no Brasil para garantir o direito à vida. Mendes ressaltou que, em situações excepcionais e temporárias, os estados, municípios e o Distrito Federal podem permitir a importação e distribuição de materiais, equipamentos e insumos essenciais para a saúde, mesmo que não possuam registro na Anvisa. Essa medida visou facilitar o combate à pandemia de COVID-19, garantindo que a população tenha acesso a recursos necessários para preservar sua saúde.

No âmbito da judicialização da saúde, a tensão entre demandas individuais e o bem coletivo se manifesta de forma proeminente, exemplificada pela ação judicial que, visando proteger a saúde pública, impôs a obrigatoriedade da vacinação, sobrepondo-se à autonomia individual. Sob a ótica da teoria da justiça de John Rawls, tal decisão reflete uma aplicação do princípio da diferença, onde a restrição à liberdade individual é justificada ao priorizar o bem-

estar coletivo e, conseqüentemente, minimizar desigualdades, garantindo que os membros mais vulneráveis da sociedade tenham a oportunidade de uma vida saudável; essa abordagem rawlsiana reafirma a necessidade de, em situações de risco à saúde pública, ponderar os direitos individuais em relação ao bem comum, com foco na proteção dos mais desfavorecidos.

Por sua vez, Vieira (2023) realiza uma análise atual sobre a judicialização envolvendo vacinas, destacando o papel essencial desempenhado pelo Judiciário durante a pandemia de COVID-19. O autor argumenta que a escassez global de vacinas, associada à necessidade urgente de imunização, tornou as disputas judiciais inevitáveis, especialmente para garantir o fornecimento prioritário aos grupos mais vulneráveis. Segundo o estudo, o Judiciário interviu de maneira decisiva, exigindo que Estados e municípios respeitassem as orientações de saúde pública e assegurar a equidade na distribuição. O autor exemplifica ainda, como as decisões judiciais foram fundamentais para corrigir falhas logísticas e de fornecimento, garantindo que a vacinação ocorresse de forma mais organizada e eficiente.

#### 4.2 Fundamentação do Posicionamento do STF sobre a Competência dos Entes Federados nas Demandas por Judicialização de Medicamentos

Avaliando as fundamentações do posicionamento do STF relacionadas à competência dos entes federados nas demandas de judicialização de medicamentos, foram utilizadas as seguintes categorias analíticas: Saúde enquanto dever do Estado; Distribuição de responsabilidades no federalismo; e Federalismo cooperativo.

O STF, em sua atuação nos casos de judicialização da saúde, utiliza os princípios constitucionais como base para definir a competência dos entes federativos. Princípios como o da dignidade da pessoa humana, da universalidade e da integralidade do direito à saúde, previstos na Constituição Federal, guiam as decisões da Corte ao determinar a responsabilidade solidária entre União, Estados e Municípios no fornecimento de tratamentos e medicamentos essenciais. Além disso, a aplicação desses princípios não apenas soluciona a questão imediata do tratamento solicitado, mas também provoca desdobramentos significativos nas relações intergovernamentais e no equilíbrio federativo, salientando que a proteção da dignidade humana demanda uma atuação estatal integrada e eficiente.

Essas decisões do STF têm um impacto direto no planejamento orçamentário dos entes federados. A imposição judicial de custear medicamentos ou procedimentos muitas vezes não previstos no orçamento gera um desequilíbrio nas finanças públicas, especialmente para estados e municípios que possuem recursos mais limitados. Enquanto a União tende a ser responsável pelo financiamento e incorporação de medicamentos no SUS, os Estados e Municípios acabam

arcando com os custos de forma imediata, o que pode prejudicar o planejamento de políticas públicas mais abrangentes. Este fato se agrava, a medida que as políticas orçamentárias se diferenciam entre os entes federados causando desequilíbrios e não garantindo o acesso equitativo aos tratamentos de saúde.

Nos acórdãos analisados, observou-se que 66% deles apresentaram a categoria “Saúde Enquanto Dever do Estado” como uma temática diretamente relacionada. Essa alta porcentagem indica uma forte ênfase na responsabilidade do Estado em garantir o acesso à saúde, refletindo a relevância dessa questão no contexto jurídico e social. A predominância dessa categoria sugere que as decisões judiciais estão alinhadas com a compreensão de que a saúde é um direito fundamental, exigindo ações efetivas por parte do governo para assegurar o bem-estar da população.

O STF tem se posicionado de forma clara em relação à responsabilidade do Estado no fornecimento de tratamentos médicos e medicamentos essenciais. A jurisprudência analisada neste trabalho constatou que a falta de políticas públicas ou restrições orçamentárias não são justificativas válidas para a omissão estatal em garantir o direito à saúde. Esse entendimento reforça que todos têm um papel ativo na promoção e implementação desse direito, conforme previsto na Constituição Federal de 1988 (Rey Filho; Pereira, 2019).

O STF adota uma abordagem que considera não apenas o direito à saúde, assegurado pela Constituição Federal, mas também a responsabilidade compartilhada entre a União, estados e municípios na gestão e fornecimento de serviços de saúde. Essa posição se evidencia em várias decisões, destacando-se a ênfase no conceito de responsabilidade solidária, como discutido por Menicucci (2014), que argumenta que a descentralização da saúde no Brasil exige a colaboração efetiva entre os diferentes níveis de governo para a garantia dos direitos constitucionais.

A responsabilidade solidária é uma das principais fundamentações utilizadas pelo STF e se baseia na interpretação de que todos os entes federativos têm o dever comum de garantir o direito à saúde da população. A análise dos acórdãos emitidos pelo STF no contexto da judicialização da saúde demonstra que, em 87% das decisões, a Corte reafirma a responsabilidade solidária entre os entes federativos. Essa responsabilidade compartilhada é justificada pelo entendimento de que a saúde é um direito fundamental e um dever conjunto dos governos, conforme preconizado na Constituição. Paim (2009) também enfatiza que a descentralização do SUS, embora fundamental para o atendimento das necessidades regionais, requer uma atuação coordenada para evitar desigualdades no acesso a tratamentos e serviços.

A análise das decisões do STF sobre judicialização da saúde revela que a distribuição das ações judiciais não ocorre de forma uniforme pelo território nacional. Regiões com maior arrecadação, melhor estrutura judiciária e maior acesso a serviços jurídicos tendem a apresentar um número mais elevado de processos, enquanto estados com menor capacidade econômica, especialmente no Norte e Nordeste, registram menores índices de judicialização. Essa disparidade evidencia um desequilíbrio estrutural no acesso à justiça e no exercício do direito à saúde. Essa assimetria tem implicações diretas na repartição de responsabilidades entre os entes federados.

Enquanto a descentralização federativa prevê autonomia para estados e municípios na gestão da saúde, a capacidade financeira e administrativa limitada dessas regiões restringe sua capacidade de litigar e cumprir decisões judiciais. Como resultado, municípios mais pobres frequentemente enfrentam dificuldades em cumprir ordens judiciais para fornecimento de medicamentos e tratamentos de alto custo, aumentando sua dependência de repasses federais e agravando a desigualdade no acesso à saúde. Essa situação evidencia a necessidade de mecanismos compensatórios que garantam maior suporte federal às regiões menos desenvolvidas, assegurando um acesso equitativo aos tratamentos de saúde.

Além disso, a previsão constitucional de responsabilidade solidária entre os entes federativos na saúde deveria garantir que estados com menor arrecadação recebessem recursos proporcionais às suas necessidades. Contudo, a judicialização pode favorecer desproporcionalmente as regiões mais ricas, uma vez que as ações judiciais acabam concentradas nos estados do Sul e Sudeste. Essa concentração de demandas em regiões mais desenvolvidas reflete não apenas a maior capacidade de litigar, mas também o acesso desigual a serviços jurídicos e de saúde. Esse fenômeno destaca a necessidade de um reequilíbrio na distribuição dos recursos da União, de modo a evitar que o sistema de justiça contribua para ampliar desigualdades regionais e assegurar que o direito à saúde seja efetivado de forma uniforme em todo o território nacional.

A competência comum do poder público na garantia da assistência à saúde deve ser analisada em conjunto com a distribuição de atribuições entre os entes federativos. A imposição de determinadas obrigações aos municípios, por meio de decisões judiciais, pode envolver responsabilidades originalmente atribuídas aos estados ou à União, impactando a organização do modelo federativo ao redistribuir encargos já previstos na legislação.

Além disso, em 72% das decisões, o STF cita a competência concorrente estabelecida pelos artigos 23, inciso II, e 198 da Constituição, destacando que todos os níveis de governo têm a obrigação de implementar e executar políticas públicas de saúde. Esses casos

frequentemente envolvem demandas por tratamentos de alto custo ou emergenciais, onde a atuação coordenada dos entes federativos é essencial para garantir o acesso a medicamentos indispensáveis. Barroso (2007) destaca que a competência concorrente é um mecanismo que visa garantir a implementação eficaz das políticas públicas de saúde, mas também exige um planejamento conjunto e estratégias integradas para que os direitos não sejam apenas promessas constitucionais, mas realidades concretas para os cidadãos.

Outro dado relevante é que em 48% dos acórdãos, o STF faz referência explícita a jurisprudência consolidada, utilizando precedentes que reforçam a obrigação dos entes federativos de fornecer medicamentos mesmo quando não registrados pela ANVISA, desde que se cumpram critérios como a ausência de alternativas terapêuticas no SUS e a comprovação científica de eficácia. Essa prática reforça a uniformidade das decisões e contribui para a segurança jurídica.

O conceito de federalismo cooperativo foi destacado no julgamento da Medida Cautelar na Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) 770, que tratou das medidas de enfrentamento à Covid-19 e à vacinação. Nesse julgamento, o STF ressaltou que o modelo de federalismo cooperativo, adotado no Brasil, exige que a União, os estados e os municípios atuem de forma conjunta e coordenada no combate à grave crise sanitária e econômica gerada pela pandemia de COVID-19. Esse entendimento reforça que a responsabilidade pela implementação das medidas de saúde pública não cabe exclusivamente a um único ente federativo, mas deve ser compartilhada entre os diferentes níveis de governo (Pase et al., 2023).

Além disso, o Tema 793 do STF reafirma essa concepção, ao estabelecer que todos os entes federativos possuem competência para atuar na prestação de serviços de saúde, respeitando a divisão de atribuições prevista na Constituição. Essa interpretação fortalece a ideia de que a colaboração entre União, estados e municípios é essencial para garantir a efetividade das políticas públicas, especialmente em contextos emergenciais como o enfrentamento da pandemia de COVID-19.

Essa categoria reúne os conceitos relacionados ao reconhecimento da saúde como um direito fundamental, bem como as obrigações constitucionais e legais dos diferentes entes federativos, que incluem a União, os Estados e os Municípios. Compreender o federalismo cooperativo e a responsabilidade solidária entre os entes federativos é fundamental para assegurar o direito à saúde. Esta atuação conjunta pode possibilitar mais eficiência na sustentabilidade no atendimento às demandas de saúde da população.

### 4.3 Consequências e Implicações Socioeconômicas da Judicialização entre os Entes Federados em Função da Repartição Constitucional de Competências

A análise da categoria Justiça Social teve como objetivo verificar se as decisões do STF consideram os princípios de justiça social, especialmente no que diz respeito à promoção de uma justiça distributiva, à igualdade de oportunidades, à universalidade de acesso e à equidade na alocação de recursos limitados. Parte-se da premissa básica do direito à vida como fundamento central dessas decisões. Contudo, observa-se que, ao decidir em favor de um paciente específico, o Judiciário não gera uma nova fonte de receita capaz de suportar os custos decorrentes dessa nova despesa, criando um desafio na gestão de recursos públicos finitos e na conciliação entre direitos individuais e o bem-estar coletivo. A maioria das decisões não leva em consideração a limitação financeira do Estado, não garantindo assim o equilíbrio entre direitos individuais e sustentabilidade do sistema de saúde.

A relação entre saúde e bem-estar, conforme discutida na literatura científica, destaca que a saúde vai além da ausência de doenças, abrangendo dimensões físicas, mentais e sociais (Andrade, 2002). A promoção da saúde está diretamente ligada à qualidade de vida e à equidade no acesso a serviços essenciais (Buss, 2000), sendo considerada um bem fundamental para a felicidade e a harmonia social (Chaves, 1972). No entanto, essa concepção enfrenta desafios práticos, especialmente na gestão de recursos públicos para tratamentos de alto custo e na definição de prioridades em contexto de restrições orçamentárias.

O julgamento do Agravo Regimental no Recurso Extraordinário (AgR no RE) 1.374.439 ilustra essa problemática ao negar o fornecimento de um medicamento avaliado em mais de R\$ 3 milhões, cuja eficácia não foi comprovada para além de um período de 2 a 4 anos na melhora da deficiência visual. A decisão do STF se baseou na necessidade de estabelecer critérios técnicos e objetivos para a alocação de recursos na saúde pública, priorizando tratamentos que beneficiem um maior número de pessoas e tenham comprovação científica de eficácia.

O acórdão se baseou em três premissas essenciais: a limitação dos recursos públicos, a necessidade de garantir equidade no acesso à saúde e o respeito à medicina baseada em evidências. O argumento central foi que o financiamento do SUS deve considerar a viabilidade orçamentária e os princípios da equidade, evitando que grandes quantias sejam destinadas a um único paciente em prejuízo de outros. Como enfatizado na decisão, "o sistema público de saúde possui limitações financeiras, e o Estado não pode ser compelido a destinar recursos expressivos

para um único paciente em detrimento de muitos outros que também dependem do sistema para garantir sua saúde e bem-estar.

Contudo, essa abordagem pode ser questionada à luz da teoria da justiça de John Rawls, que propõe que a distribuição de bens primários, incluindo a saúde, deve ser feita de modo a beneficiar os menos favorecidos. Rawls argumenta que as desigualdades só são justificáveis se trouxerem vantagens aos mais vulneráveis, o que desafia o princípio utilitarista implícito na decisão do STF. Negar um tratamento pelo seu alto custo pode reforçar desigualdades e comprometer o direito fundamental à saúde, particularmente em relação a pacientes com doenças raras, que frequentemente enfrentam barreiras no acesso a políticas públicas e tratamentos especializados.

Além disso, a restrição orçamentária como justificativa para a negativa levanta o debate sobre a necessidade de mecanismos alternativos de financiamento para tratamentos de alto custo e doenças raras. Em vez de adotar uma abordagem exclusivamente centrada no custo-benefício, o sistema de saúde poderia adotar soluções como a criação de fundos específicos para doenças raras, o estabelecimento de parcerias público-privadas para custeio de tratamentos inovadores, a definição de modelos de financiamento compartilhado ou a revisão de critérios para incorporação de novos tratamentos. A ampliação da amostra em estudos clínicos (N maior ou menor) e o estímulo a pesquisas que aumentem a eficácia dessas terapias poderiam contribuir para tornar esses tratamentos mais acessíveis e sustentáveis.

Portanto, a decisão do STF, embora baseada na gestão eficiente dos recursos públicos, pode ser desafiada ao se considerar o conceito amplo de saúde e bem-estar, bem como os princípios de justiça distributiva. A garantia de equidade no acesso à saúde deve transcender a simples otimização de recursos, contemplando as necessidades específicas de grupos vulneráveis e assegurando que o direito à saúde seja efetivamente universal e justo.

O princípio da diferença de Rawls, descrito por Helena (2008), estabelece que desigualdades são aceitáveis apenas se beneficiarem os menos favorecidos. Assim, a decisão judicial que impede o Estado de comprometer recursos significativos para uma única pessoa, em detrimento de outros igualmente necessitados, reflete a necessidade de equilibrar demandas individuais com a responsabilidade coletiva, alinhando-se à ideia de políticas públicas voltadas para maximizar o bem-estar coletivo e garantir acesso equitativo. A solicitação de medicamentos por via judicial gera tensões significativas entre as demandas individuais e as políticas públicas coletivas, revelando um cenário complexo que envolve aspectos éticos, legais e financeiros na concessão de fármacos fora das diretrizes estabelecidas no SUS (Pepe et al., 2010). Estas decisões isoladas comprometem o atendimento coletivo.

A teoria desenvolvida por Rawls destaca que as decisões sociais impactam diretamente as condições gerais de saúde, que devem ser preservadas e distribuídas de forma compatível com o pluralismo moral. Para alcançar essa distribuição justa, é essencial implementar políticas que busquem eliminar ou reduzir disparidades evitáveis entre diferentes grupos sociais (Michel; Deitos, 2019). No entanto, nos casos envolvendo medicamentos de alto custo em que a eficácia não foi questionada, as decisões do STF se alinham ao princípio Rawlsiano, ao incorporar nas suas decisões um conceito abrangente de saúde.

Em 66% dos casos, os pedidos de suspensão de fornecimento de medicamento foram embasados na alegação de grave lesão - “Ao obrigar o Estado a fornecer o medicamento, acarreta grave lesão à ordem, à economia e à saúde públicas, diante do elevado custo e do efeito multiplicador da decisão, o que causaria impacto desproporcional na previsão orçamentária e geraria desorganização financeira no âmbito estadual” (Processo STP 965). Entretanto, o STF foi favorável em todos os processos analisados nesse âmbito, decidindo pela manutenção da concessão dos medicamentos, visto que a grave lesão ao erário alegada pelos entes, dificilmente é comprovada no STF.

O equilíbrio entre as demandas individuais e o planejamento coletivo na área da saúde é particularmente importante, pois decisões judiciais que priorizam tratamentos de alto custo para poucos indivíduos podem redirecionar recursos de políticas públicas que atenderiam a uma parcela maior da população. Isso gera um dilema entre a justiça distributiva, que privilegia o bem-estar coletivo, e a justiça retributiva, que foca nas necessidades individuais. Contudo, ao negar um tratamento devido ao seu alto custo, o Estado pode limitar a única oportunidade de cura ou tratamento disponível para um indivíduo, colocando em risco seu direito fundamental à saúde. Nesse contexto, Daniels destaca a importância moral da saúde, argumentando que ela impacta diretamente as oportunidades de vida das pessoas, sendo, portanto, uma questão central de justiça (Paranhos, 2018).

Os resultados indicam que, embora a Constituição Federal estabeleça um modelo descentralizado de prestação de serviços de saúde, a distribuição dos recursos financeiros não acompanha, de forma equitativa, as responsabilidades atribuídas aos entes subnacionais. Muitos municípios, que possuem encargos expressivos na execução das políticas de saúde, enfrentam limitações orçamentárias que comprometem a oferta adequada dos serviços. Isso evidencia que a descentralização de competências, sem uma correspondente descentralização fiscal, pode gerar desigualdade no acesso aos direitos fundamentais.

Além disso, a análise das decisões judiciais reforça que a insuficiência de recursos frequentemente leva os entes subnacionais a recorrerem à União para garantir o cumprimento

de obrigações de saúde. A judicialização da saúde reflete a tensão entre autonomia federativa e necessidade de suporte financeiro, demonstrando que a ausência de um modelo eficiente de descentralização fiscal impacta diretamente a efetividade dos serviços públicos e a equidade no atendimento da população.

A judicialização da saúde impacta significativamente a execução de políticas públicas, criando um ciclo de dependência que afeta todo o sistema. Embora o direito à saúde seja constitucional, a imprevisibilidade dessas despesas compromete a alocação de recursos, resultando em uma gestão reativa, que aumenta os custos a longo prazo. Além disso, esse fenômeno acentua desigualdades no acesso a tratamentos, favorecendo indivíduos com maior capacidade financeira ou conhecimento jurídico em detrimento dos mais vulneráveis (Oliveira et al., 2020).

A implicação fiscal das decisões judiciais relacionadas à saúde evidencia desigualdades entre estados e municípios brasileiros, especialmente diante das disparidades regionais na arrecadação de recursos e na capacidade de financiamento de políticas públicas. Municípios menores, com orçamentos mais restritos, frequentemente enfrentam uma carga desproporcional ao serem obrigados a custear tratamentos ou medicamentos de alto custo, muitas vezes sem um suporte imediato de estados ou da União. Esse cenário expõe fragilidades do federalismo fiscal brasileiro, no qual a distribuição de receitas nem sempre acompanha a responsabilidade atribuída a cada ente na prestação de serviços essenciais, como a saúde.

No entanto, a rapidez desse suporte também depende do grau de planejamento e da capacidade dos entes federativos em se precaver financeiramente para demandas judiciais previsíveis. As despesas com saúde, especialmente aquelas judicializadas, não são completamente imprevisíveis. Com base na média de valores solicitados ao STF por diferentes perfis de pacientes, seria possível estruturar um modelo de gestão preventiva, permitindo que os entes federativos se organizem financeiramente para lidar com tratamentos de alto custo.

A ausência de um fundo nacional ou de mecanismos que redistribuam melhor essa carga entre União, estados e municípios contribui para desigualdades no acesso a tratamentos. Dessa forma, em vez de lidar com a judicialização de maneira emergencial e desigual, os governos poderiam atuar sob uma perspectiva de prevenção da vida, garantindo um sistema de saúde mais sustentável e equitativo, compatível com um federalismo fiscal mais eficiente e justo.

Essa situação agrava as dificuldades de gestão orçamentária local e compromete serviços básicos de saúde que poderiam atender a mais cidadãos. Em cerca de 5% dos municípios brasileiros, entre 30% e 100% dos recursos da saúde foram consumidos por demandas judiciais (Oliveira et al., 2020). Segundo Agravo Regimental na Suspensão de Tutela

Provisória (2º AgR na STP 798) o STF negou a suspensão do fornecimento de medicamento solicitado, apesar do elevado custo imposto exclusivamente ao município e do impacto em seu orçamento. Contudo, ressaltou que o custo proporcional à capacidade econômica municipal poderia gerar grave lesão à economia pública e aos serviços de saúde, determinando ao tribunal de origem a delimitação da responsabilidade entre os entes do SUS, incluindo a possibilidade de ressarcimento futuro.

A imprevisibilidade dos custos associados às decisões judiciais afeta a sustentabilidade do SUS e a capacidade dos entes federados de planejar a longo prazo. Noronha et al (2011) discute como a constante necessidade de atender a demandas judiciais pode desestruturar o planejamento orçamentário, prejudicando a continuidade de programas preventivos e outros serviços de saúde essenciais. Essa instabilidade financeira se agrava com a ausência de uma política nacional estruturada que possa mitigar os efeitos da judicialização, o que evidencia a necessidade de uma melhor coordenação entre os diferentes níveis de governo.

Diniz, Machado e Penalva (2014) destacam que a judicialização frequentemente resulta em desvio de recursos que deveriam ser destinados a programas de atenção básica e prevenção, comprometendo a eficiência do SUS. Ao direcionar verbas para cumprir ordens judiciais, gestores de saúde enfrentam desafios na execução de políticas públicas planejadas, o que pode levar a consequências negativas a longo prazo, como o agravamento de condições de saúde que poderiam ter sido prevenidas com investimentos em estratégias de saúde pública.

De acordo com a pesquisa publicada no *Brazilian Journal of Health Review* (2023), o crescimento no número de ações judiciais que buscam a concessão de tratamentos e medicamentos não incorporados ao SUS afeta diretamente a alocação dos recursos na área da saúde, exigindo uma reavaliação das políticas públicas para encontrar um ponto ótimo na prestação dos serviços pelo Estado. Além disso, a análise realizada por Bezerra (2023) aponta que as decisões judiciais frequentemente desconsideram o impacto orçamentário, levando à necessidade de compras emergenciais e sem licitação, o que compromete ainda mais a gestão financeira do SUS.

No processo Agravo Regimental no Agravo em Recurso Extraordinário (AgR no ARE) 1.338.131, a ausência do medicamento e a demora na sua obtenção, mesmo por via judicial, foram motivos para o pedido de indenização por danos morais devido à negativa do fornecimento. No entanto, o STF negou o pedido, reafirmando que a simples negativa de fornecimento não configura automaticamente o direito à indenização por danos morais. Essa decisão reflete a posição do STF em relação à judicialização da saúde e os limites da responsabilidade do Estado em casos de fornecimento de medicamentos.

Os temas de repercussão geral também desempenham um papel crucial no posicionamento do STF. A análise dos casos revela que questões como o fornecimento de medicamentos experimentais ou de alto custo são tratadas com especial atenção, a fim de estabelecer diretrizes claras e abrangentes para a atuação dos entes federativos. Essas decisões servem para unificar o entendimento jurídico e orientar a implementação de políticas de saúde de forma mais eficaz e coordenada. Diniz, Machado e Penalva (2014) argumentam que a definição de temas de repercussão geral pelo STF é fundamental para a padronização das decisões, ajudando a evitar incertezas e contribuindo para uma gestão mais eficiente dos recursos.

Por outro lado, 29% das decisões refletem uma preocupação com o impacto econômico dessas determinações, mencionando a necessidade de ponderar o direito à saúde com as restrições orçamentárias enfrentadas pelos entes federados. O STF, nesses casos, sublinha a importância de um equilíbrio que permita o atendimento das necessidades médicas urgentes sem comprometer a viabilidade financeira do sistema público. Noronha et al. (2011) abordam esse dilema, ressaltando que a judicialização excessiva pode desorganizar o planejamento orçamentário do SUS e, em última análise, afetar a equidade no acesso à saúde.

Os processos judiciais para a solicitação de medicamentos, muitas vezes essenciais para salvar vidas, enfrentam uma morosidade que pode tornar a decisão ineficaz. Foi constatado em dois processos dos processos que o demandante do tratamento já havia falecido, no entanto os processos seguiram para serem concluídos, visto que ainda era necessário definir qual ente suportaria o ônus financeiro. Essa é uma das implicações negativas da judicialização da saúde, que, além de sobrecarregar o sistema jurídico, não consegue oferecer uma resposta rápida o suficiente para garantir a efetividade do direito à saúde, especialmente em situações de urgência.

O conceito de "falecimento" é considerado a consequência extrema das ineficiências ou omissões no sistema, refletindo a gravidade das falhas na prestação de serviços de saúde. Por outro lado, a "aplicação equivocada" refere-se às aplicações equivocadas dos Temas definidos pelo STF. Vieira (2023) aponta que essas falhas não apenas afetam a qualidade do atendimento, mas também geram um impacto significativo na confiança da população no SUS e na efetividade das políticas públicas de saúde.

No caso analisado, verificou-se que o Estado do Mato Grosso do Sul interpôs o Agravo Regimental no Recurso Extraordinário (AgR no RE) 49.977 sem considerar que o autor da ação já havia falecido, fato que havia sido informado no processo. Como resultado, a ação continuou tramitando desnecessariamente, mesmo sem a possibilidade de fornecimento do medicamento

solicitado. O recurso foi negado sob o argumento de que o beneficiário já havia falecido antes da propositura da reclamação, evidenciando uma falha na gestão processual e ressaltando os efeitos negativos da judicialização da saúde, especialmente em processos de longa duração.

Segundo dados do DATASUS (2022) do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), uma ação na área da saúde leva, em média, 432 dias até o julgamento final. Como exemplo dessa morosidade processual, o Estado do Mato Grosso do Sul interpôs o recurso três meses após o falecimento do autor da ação, ocorrido em 21/10/2021. Esse atraso prolongou um processo que já se arrastava, sem qualquer benefício prático para o solicitante ou sua família. O primeiro julgamento do caso ocorreu em 23/07/2020, e o STF só veio a julgar o processo em 16/05/2022. A demora evidencia o impacto da judicialização na gestão dos recursos públicos e no funcionamento do sistema judiciário, demonstrando a necessidade de maior eficiência na tramitação dessas demandas para evitar gastos desnecessários e garantir respostas mais ágeis às necessidades dos cidadãos.

No processo Recurso Extraordinário (RE) 1.399.165, foi solicitada uma dose única de um medicamento aprovado apenas para crianças de até dois anos, entretanto a solicitação de utilização do protocolo seria realizada no autor de idade superior ao mencionado. Durante o curso do processo, o solicitante faleceu, porém o Recurso Extraordinário já havia sido interposto antes do óbito. O STF, ao analisar o caso, acolheu os embargos e os embargos de declaração com efeitos excepcionais modificativos, anulando o acórdão embargado devido à perda superveniente do objeto, em razão do falecimento do autor. Dessa forma, a decisão que havia dado provimento ao recurso foi anulada, e o processo foi extinto sem resolução do mérito.

A aplicação equivocada de temas em acórdãos judiciais ocorre quando tribunais utilizam precedentes de maneira inadequada, extrapolando o entendimento originalmente fixado pelo STF. Esse problema é especialmente crítico em temas de grande impacto, como a judicialização da saúde, onde decisões podem gerar distorções na alocação de recursos públicos e na divisão de competências entre os entes federativos. Quando um tema é aplicado sem considerar suas especificidades, pode-se impor obrigações excessivas a um ente que, legalmente, não teria responsabilidade direta sobre determinada demanda.

Um exemplo dessa distorção ocorre quando tribunais locais aplicam o Tema 793 do STF, que estabelece que todos os entes federativos possuem competência para atuar na prestação de serviços de saúde. No entanto, essa interpretação muitas vezes ignora a repartição de atribuições prevista na legislação. Como resultado, alguns tribunais têm responsabilizado automaticamente os municípios pelo fornecimento de medicamentos de alto custo que deveriam ser fornecidos pelo Estado ou pela União.

A aplicação indevida de temas jurisprudenciais não se limita apenas à responsabilidade pelo fornecimento de medicamentos. Há casos em que decisões judiciais resultam na concessão de tratamentos experimentais ou sem comprovação científica, desconsiderando a diretriz da medicina baseada em evidências. Embora o STF tenha enfatizado a necessidade de fundamentação técnica para a inclusão de novos tratamentos na rede pública, interpretações equivocadas podem levar à concessão judicial de terapias sem aprovação da ANVISA ou sem viabilidade financeira para o SUS.

Dos processos analisados, 2% apresentaram, já na ementa, a discussão sobre a aplicação inadequada de um determinado tema. No entanto, em todos os casos examinados, o acórdão abordou a questão da correta utilização do tema no julgamento, avaliando se sua aplicação foi compatível com o contexto e os fundamentos do caso concreto.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A judicialização da saúde e a implementação das políticas públicas são duas áreas que se entrelaçam profundamente. A crescente judicialização, onde cidadãos recorrem ao sistema judiciário para garantir o acesso a tratamentos e medicamentos, pode desestabilizar a execução planejada das políticas de saúde. Esse fenômeno cria um ciclo de dependência do judiciário, forçando os gestores públicos a uma administração reativa e imprevisível das despesas de saúde, o que muitas vezes eleva os custos a longo prazo e compromete a alocação eficiente de recursos.

A complexidade e diversidade do Brasil se refletem profundamente na judicialização da saúde. A pluralidade socioeconômica e regional do país faz com que as necessidades e demandas por serviços de saúde sejam muito variadas. Foi constatado que a ausência de medicamentos no SUS foi a principal razão para a judicialização, sendo relevante também repartição de competência entre os entes federativos. Outras motivações incluem o alto custo de determinados medicamentos, a busca por tratamentos inovadores e a recusa administrativa de fornecimento, mesmo para medicamentos já disponíveis no SUS.

Além disso, observou-se uma concentração regional dos processos, sendo que as regiões Sul, Centro-Oeste e Sudeste apresentam maior número de ações judiciais. Essa disparidade evidencia que o acesso à Justiça e ao conhecimento sobre direitos de saúde varia de acordo com fatores socioeconômicos e estruturais. Assim, a judicialização tem sido mais recorrente onde há maior capacidade organizacional e jurídica, o que reforça desigualdades regionais no acesso a medicamentos e tratamentos. As regiões Norte e Nordeste, com menor acesso à justiça, frequentemente enfrentam desafios adicionais, como infraestrutura de saúde insuficiente e menores investimentos. As decisões do STF demonstram esforços consistentes para equilibrar o direito constitucional à saúde com as limitações orçamentárias e administrativas dos entes federativos, estabelecendo precedentes significativos para a organização e gestão das políticas públicas de saúde.

A reafirmação do STF da solidariedade entre os entes federados, evidenciada pela inclusão da União no polo passivo das demandas envolvendo medicamentos não incorporados ao SUS, busca direcionar responsabilidades conforme as regras de descentralização e hierarquização previstas na legislação, atribuindo à União o papel de coordenar a incorporação de novas tecnologias e medicamentos. O deslocamento dessas demandas para a Justiça Federal reforça a necessidade de articulação entre as diferentes esferas de governo, respeitando as competências constitucionais de cada ente. Destaca-se a reafirmação da necessidade de um

equilíbrio entre o direito à saúde e a sustentabilidade do SUS, indicando uma tentativa do tribunal de limitar a concessão indiscriminada de tratamentos, protegendo o orçamento público de impactos financeiros excessivos.

As decisões do STF que mantiveram a obrigação de fornecimento nos entes de origem destacaram a flexibilidade do sistema em atender às peculiaridades de cada caso. As suspensões processuais em razão do Tema 1234 refletem a prudência da Corte em uniformizar entendimentos sobre questões complexas, evitando decisões conflitantes. Essas medidas consolidam o papel do STF como mediador das tensões entre direitos fundamentais e a sustentabilidade do sistema público de saúde e reforça o papel da Corte como mediadora entre os direitos fundamentais e a necessidade de uma gestão eficiente dos recursos públicos.

Ao reiterar a responsabilidade solidária entre União, estados e municípios, o STF busca proteger o direito à saúde, mas essa abordagem gera implicações financeiras e operacionais relevantes para a sustentabilidade do sistema de saúde. O desafio de equilibrar a proteção dos direitos individuais com a viabilidade econômica do sistema de saúde requer estratégias mais eficazes de coordenação entre os entes federados e uma alocação de recursos que promova a equidade. A implementação de mecanismos de planejamento integrado e de compartilhamento de responsabilidades pode fortalecer a capacidade de resposta do sistema de saúde sem comprometer sua estabilidade financeira.

A análise da judicialização da saúde no Brasil aponta para um cenário de desigualdade regional, influenciado por fatores econômicos e institucionais. Regiões com menor arrecadação apresentam menor índice de judicialização, o que reflete não apenas dificuldades econômicas, mas também limitações no acesso à informação e aos serviços jurídicos. Essa limitação compromete a capacidade de reivindicar judicialmente o fornecimento de tratamentos e medicamentos, gerando um ciclo de exclusão e vulnerabilidade. Assim, a desigualdade na judicialização da saúde reflete disparidades estruturais que vão além do financiamento, incluindo o acesso à informação e à assistência jurídica.

A descentralização federativa, embora essencial para a autonomia dos entes subnacionais, deve ser acompanhada de mecanismos que garantam maior equilíbrio na distribuição dos recursos de saúde. Isso implica na necessidade de reforçar o papel redistributivo da União, assegurando que estados e municípios com menor capacidade arrecadatória tenham condições de garantir o acesso à saúde em níveis compatíveis com os parâmetros constitucionais. Para que a responsabilidade solidária entre União, estados e municípios seja efetiva, é preciso que essa cooperação seja reforçada por políticas de

financiamento que compensem as desigualdades regionais, evitando que o acesso à justiça e à saúde dependa exclusivamente da capacidade financeira de cada ente.

Além disso, medidas como a ampliação da assessoria jurídica gratuita e a capacitação de gestores locais poderiam mitigar as diferenças no volume de processos judiciais entre as regiões. O fortalecimento da Defensoria Pública e a implementação de serviços de orientação jurídica preventiva podem ampliar o acesso à justiça e reduzir o desequilíbrio no volume de ações judiciais entre as diferentes regiões do país. Também é necessário investir em programas de educação e conscientização em saúde, para que os cidadãos conheçam seus direitos e possam reivindicá-los de maneira mais efetiva.

Conclui-se que a judicialização da saúde no Brasil reflete tanto a ineficiência da gestão pública quanto a busca legítima dos cidadãos pelo direito à saúde visando garantir acesso a tratamentos essenciais. O STF desempenha um papel crucial na harmonização desses interesses, buscando assegurar que o direito à saúde seja efetivado sem comprometer a gestão eficiente dos recursos públicos. O debate em torno dessas questões continuará a moldar o entendimento jurídico e a implementação de políticas públicas no Brasil, exigindo um comprometimento contínuo com a justiça social e a equidade no acesso à saúde. Sendo assim, os achados da pesquisa confirmam a premissa de que as decisões do STF sobre a judicialização de medicamentos refletem uma tendência crescente de responsabilização solidária entre os entes federativos, embora sua aplicação prática gere conflitos administrativos e financeiros.

Embora a judicialização da saúde seja um reflexo da luta pelo direito à saúde, sua atual configuração apresenta desafios para a sustentabilidade do sistema. É fundamental que o Brasil encontre um equilíbrio entre a garantia do acesso a medicamentos e a necessidade de um modelo de saúde pública financeiramente viável e socialmente justo. Sugere-se, para futuras pesquisas, uma análise aprofundada do impacto orçamentário das decisões do STF sobre os entes federativos, considerando como a judicialização influencia o planejamento financeiro e a distribuição de recursos em estados e municípios. Ademais, seria relevante investigar o posicionamento individual de cada ministro do STF em relação às demandas de judicialização da saúde, a fim de compreender como suas interpretações jurídicas influenciam as decisões da Corte e o desenvolvimento de políticas públicas de saúde.

Compreender como as decisões judiciais afetam a competência dos diferentes níveis de governo (federal, estadual e municipal) na execução das políticas de saúde ajuda a garantir que todos os entes atuem dentro de suas atribuições e capacidades legais. Essa pesquisa pode contribuir para avaliar a eficácia das políticas de saúde e identificar áreas que precisam de melhorias ao entender os motivos e consequências da judicialização de medicamentos, podendo

fornecer insights valiosos para a criação de políticas de saúde mais robustas e adaptáveis às mudanças sociais e legais, garantindo que elas sejam mais eficazes e justas, ajudando a garantir que todos os cidadãos tenham acesso igualitário aos cuidados de saúde

## REFERÊNCIAS

- AFONSO, A. B. P. et al. Private health insurance coverage-related lawsuits. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, n. 3, p. e20180748, 2020.
- AFONSO, J. R. R.; SERRA, J. J. **Federalismo Fiscal Market-Preserving**: uma análise de experiências internacionais e implicações para o Brasil. *Economia e Energia*, v. 105, p. 1-18, 2019.
- AGUIRRE, B. M. B.; MORAES, M. R. D. Questão Federativa no Brasil: um “Estado das Artes” da Teoria. **Brazilian Journal of Political Economy**, v. 17, n. 1, p. 131–147, jan. 1997.
- ALMEIDA, M. R. P. Doenças negligenciadas: garantia e defesa do direito fundamental à redução do risco no Brasil. **Revista Jurídica do Ministério Público do Estado do Tocantins**, ano 2. n. 3. p. 83, 2009.
- AMARAL, G. Direito, escassez e escolha: em busca de critérios jurídicos para lidar com a escassez de recursos e as decisões trágicas. Rio de Janeiro: **Renovar**, 2001.
- ARRETCHE, M. **Quando instituições federativas fortalecem o governo central?** Novos Estudos CEBRAP, n. 95, p. 39–57, 2013.
- AVANZA, C. S. Judicialização: Um remédio amargo para a gestão pública da saúde. **Revista Jur ES** - v. 8, n. 17. 2016.
- BUÍSSA, G. S.; BEVILACQUA, F. F.; MOREIRA, R. O impacto da judicialização sobre o orçamento da saúde no Brasil. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 45-59, 2018.
- AFONSO, A. B. P. et al. Private health insurance coverage-related lawsuits. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, n. 3, p. e20180748, 2020.
- AGUIRRE, B. M. B.; MORAES, M. R. D. Questão Federativa no Brasil: um “Estado das Artes” da Teoria. **Brazilian Journal of Political Economy**, v. 17, n. 1, p. 131–147, jan. 1997.
- AVANZA, C. S. Judicialização: Um remédio amargo para a gestão pública da saúde. **Revista Jur ES** - v. 8, n. 17. 2016.
- BARACHO, J. A. O. Organização do poder. A institucionalização do Estado. **Revista de Informação Legislativa**. Brasília:DF, n. 90, abr./jun. 1986.
- BARATA, L.R.B.; TANAKA, O.Y., MENDES, J.D.V. In search of a decentralization process which consolidates the principles of the Unified Health System (SUS) in Brazil. **Epidemiol Serv Saúde**. v. 13, n. 1, p.15-24, 2004.
- BARBOSA, M. G. O STF e a política de fornecimento de medicamentos para tratamento da AIDS/HIV. **Revista Jurídica**, v. 9, n. 88, 2007.
- BARDIN L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BARROSO, L. R. Da falta de efetividade à judicialização excessiva: direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros para a atuação judicial. **Revista da Procuradoria-Geral do Estado do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 31, n. 66, p. 89-114, 2007.

BELTRÃO, D. A.; ALMEIDA, C. D. F.; LUZ, R. M. O federalismo brasileiro para além do texto - o planejamento estatal frente à decisão da ADPF 357. **Brazilian Journal of Development**, [S. l.], v. 9, n. 4, p. 13022–13039, 2023.

BOBBIO, N. **A era dos direitos**. Rio de Janeiro: Campus, 1992.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório de gestão 2018. Brasília; 2018. Disponível em: <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio\\_gestao\\_2018.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_gestao_2018.pdf)>

BRASIL. Lei nº 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde), que regulamenta as ações e os serviços de saúde em todo território nacional, 1990. Disponível em: [https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop\\_mostrarintegra?codteor=733830](https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=733830)

BUCCI, M. P. D. **Direito à saúde e judicialização no Brasil**. São Paulo: Saraiva, 2011.

BUÍSSA, L.; BEVILACQUA, L.; MOREIRA, F. H. B. B. **Impactos orçamentários da judicialização das Políticas Públicas de Saúde**. 2018

CARVALHO E. C., SOUZA P. H. D. O, VARELLA T. C. M. M. L., SOUZA N. V. D. O, FARIAS S. N. P. , SOARES S. S. S. COVID-19 pandemic and the judicialization of health care: an explanatory case study. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. 2020.

CATANHEIDE, I. D.; LISBOA, E. S.; SOUZA, L. E. P. F. Características da judicialização do acesso a medicamentos no Brasil: uma revisão sistemática. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, vol. 26, n. 4, p. 1335-1356, 2016

CHIEFFI, A. L; BARATA, R. B. Judicialização da política pública de assistência farmacêutica e equidade. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 8, p. 1839-1849, 2009.

DALLARI, D. A. **O Estado Federal**. São Paulo: Saraiva Educação, 2019.

DALLARI, S. G. et al. Advocacia em saúde no Brasil contemporâneo. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 30, n. 6, dez. 1996.

DANIELS, N. **Just Health: meeting health needs fairly**. New York, Cambridge: Cambridge University Press; 2008.

DINIZ, D.; MACHADO, T. R. DE C.; PENALVA, J. A judicialização da saúde no Distrito Federal, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 2, p. 591–598, fev. 2014.

FALLETI, T. Efeitos da descentralização nas relações intergovernamentais: o Brasil em perspectiva comparada. **Sociologias**, Porto Alegre, Ano 8, n. 16, p. 46-85, jul./dez. 2006.

FERRAZ O. L. M. Para equacionar a judicialização da saúde no Brasil. **Revista de Direito GV**. 2019.

FERRAZ O. L. M., VIEIRA, F. S. Direito à saúde, recursos escassos e equidade: os riscos da interpretação judicial dominante. **Revista de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, vol. 52, nº 1, 2009, pp. 223 a 251.

FREIRE, L. M. SUS is for everyone, for everyone who claims it: managing health litigation in a time of crisis. **Vibrant: Virtual Brazilian Anthropology**, v. 21, p. e21801, 2024.

GODOY, V. B. DE .; JACOB, L. C. B.; ALVARENGA, K. DE F. Como a judicialização da cirurgia de implante coclear impacta o Sistema Único de Saúde. **Audiology - Communication Research**, v. 29, p. e2728, 2024.

HAYDEN, C. Sem patente não há genérico: acesso farmacêutico e políticas de cópia. **Sociologias**, n. 19, p. 62-91, 2008.

HELENA, E. Z. S. Justiça distributiva na Teoria da Justiça como Equidade de John Rawls. **Revista de Informação Legislativa**, n. 178, abr./jun. 2008.

LEITÃO, L. C. A. et al. Judicialização da saúde na garantia do acesso ao medicamento. **Revista de Saúde Pública**, v. 16, n. 3, p. 360–370, 26 jun. 2014.

LEITE, S. N. PEREIRA, S. M. P. NASCIMENTO JUNIOR, J. M. CORDEIRO, B. C. VEBER, A. P. Ações judiciais e demandas administrativas na garantia do direito de acesso a medicamentos em Florianópolis-SC. **Revista de Direito Sanitário**, v. 10, n. 2, p. 13-28, 2009.

SANTOS, L. Judicialização da saúde: as teses do STF. **Saúde em Debate**, v. 45, n. 130, p. 807–818, jul. 2021.

LOPREATO, F. L. C. Federalismo brasileiro: origem, evolução e desafios. **Economia e Sociedade**, v. 31, n. 1, p. 1–41, jan. 2022.

MACHADO, C. V. O papel federal no sistema de saúde brasileiro. Fundação Oswaldo Cruz. **A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro**.

MACHADO, J. A. Federalismo e políticas sociais: conexões a partir da Teoria da Agência. **Revista do Serviço Público**, v. 69, n. 1, p. 57–84, 29 mar. 2018.

MAPELLI JÚNIOR, Reynaldo. **Judicialização da saúde: regime jurídico do SUS e intervenção na Administração Pública**. Rio de Janeiro: Atheneu, 2017

MASSUDA A, HONE T, LELES F.A.G, et al. The Brazilian health system at crossroads: progress, crisis and resilience. **BMJ Glob Health**, 2018.

MENICUCCI, TELMA M. G. História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**,

v.21, n.1, p.77-92, jan.-mar, 2014.

MENICUCCI, T.; LEANDRO, J. G. Arranjo Federativo e Desigualdades em Saúde no Brasil e na Argentina. **Dados**, v. 66, n. 4, p. e20200309, 2023.

MESSEDER, A. M.; OSORIO DE CASTRO, C. G. S.; LUIZA, V.L. Mandados judiciais como ferramenta para garantia do acesso a medicamentos no setor público: a experiência do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. 2005.

MEYER, D. E. et al. **Políticas públicas**: imperativos e promessas de inclusão social. Ensaio: Avaliação e Políticas Públicas em Educação, v. 22, n. 85, p. 1001–1026, out. 2014.

MICHEL, V. F.; DEITOS, M. A. Teorias Da Justiça e Saúde Pública. **Revista de Direito Sanitário**. São Paulo. 2019

MIRANDA G. M. D., MENDES A. C. G., SILVA A. L. A. O desafio da organização do Sistema Único de Saúde universal e resolutivo no pacto federativo brasileiro. **Saúde Soc.** v 26, n. 2, p. 329- 35, 2017.

NORONHA, J.C.; LIMA, L.D.; MACHADO, C. V. O Sistema Único de Saúde - SUS. In: GIOVANELLA, L; ESCOREL, S.; LOBATO, L.V.C., et al, organizadores. Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: **Fiocruz**, p. 365-393, 2014.

NUNES, C. F. O.; RAMOS JÚNIOR, A. N. Judicialização do direito à saúde na região Nordeste, Brasil: dimensões e desafios. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 24, n. 2, p. 192–199, abr. 2016.

OATES, W. E. An On The Evolution of Fiscal federalism: Theory and Institutions. **National Tax Journal**, v. 61, n. 2, p. 3133-334, 2005.

OLIVEIRA, V. E. DE .; MADEIRA, L. M. Judicialização da política no enfrentamento à Covid-19: um novo padrão decisório do STF?. **Revista Brasileira de Ciência Política**, n. 35, 2021.

OLIVEIRA, M. A. Desigualdades Regionais na Judicialização da Saúde: Um Estudo dos Municípios Brasileiros. **Cadernos de Saúde Pública**. 2020.

PASE, H. L.; PATELLA, A. P. D.; SANTOS, E. R.. O Pacto Federativo E A Implementação Da Política Pública De Saúde No Brasil. **Caderno CRH**, v. 36, p. e023013, 2023.

PAIM, J. S. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2009.

PAIM, J. S. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1723–1728, 2018.

PARANHOS, D. G. A. MATIAS, E. A. MONSORES, N. GARRAFA, V. As teorias da justiça, de John Rawls e Norman Daniels, aplicadas à saúde. **Saúde em Debate**, v. 42, p. 1002–1011, 2018.

PEPE, V. L. FIGUEIREDO, T. A. SIMAS, L. OSORIO-DE-CASTRO, C.G.S. VENTURA, M. A judicialização da saúde e os novos desafios da gestão da assistência farmacêutica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2405-2414, 2010.

- PEREIRA, F. T. N. Ativismo Judicial e Direito à Saúde: a judicialização das políticas públicas de saúde e os impactos da postura ativista do Poder Judiciário. **Revista Brasileira de Políticas Públicas**. v. 5, Número Especial, 2015.
- PEREIRA, S. P. D. A Efetivação do Direito à Saúde no Contexto da Judicialização da Política Pública. **Dilemas do Fenômeno da Judicialização da Saúde**. 2018.
- PISKE, O. SARACHO, B. A. Considerações sobre a teoria dos freios e contrapesos: checks and balances system. **Online**, 2018. Disponível em <<https://encr.pw/Queiks>>. Acesso em 05 fev. 2024.
- RAMOS, M. C. A. AMARAL JÚNIOR, J. L. M. Judicialização da saúde: um estudo de caso envolvendo medicamentos de alto custo. **Revista Direito GV**. v. 19. 2023.
- RAWLS J. **A theory of justice**. USA: The Belknap press of Harvard University press; 1971.
- REY FILHO, MOACIR; PEREIRA, SYLVIA, P. D. P. 2019. As responsabilidades solidária e subsidiária no federalismo brasileiro: contextualização em matéria de saúde e posicionamento do Supremo Tribunal Federal. *Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário*, [S. l.], v. 8, n. 3, p. 152–172, 2019.
- RIBEIRO, J. M. MOREIRA, M. R. OUVENEY, A. M. PINTO, L. F. SILVA, C. M. F. P.. Federalismo e políticas de saúde no Brasil: características institucionais e desigualdades regionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1777–1789, jun. 2018.
- SANTOS, L. Judicialização da saúde: as teses do STF. **Saúde em Debate**, v. 45, n. 130, p. 807–818, jul. 2021.
- SANTOS, B. H. S. Responsabilidade solidária consentida na judicialização da saúde – a rede SUS dentro dos processos. **Direito em comprimidos**, set. 2022.
- SANTOS, C. F. F. **Bacurau e o federalismo brasileiro**. In: ASSIS, C. C., eds. *Federalismo e democracia: reflexões contemporâneas* [online]. Belo Horizonte: Editora UEMG, 2023.
- SANTOS, A. F. Descentralização fiscal brasileira: as prioridades orçamentárias sob a ótica da teoria do equilíbrio pontuado. **Revista Sociedade e Cultura**, v. 27, n. 2, 2024.
- SELAYARAN, A.; MACHADO, G.; MORAIS, F. A (não) conexão entre judicialização excessiva do direito à saúde e ativismo judicial. **Direitos Sociais e Políticas Públicas**, v. 6, n. 2, p. 1-27, 2018.
- SERRA, J. J.; AFONSO, J. R. R. Descentralização fiscal e tamanho do governo no Brasil. **Revista de Economia Aplicada**, v. 11, n. 2, p. 147-164, 2007.
- SERRA, J. J.; AFONSO, J. R. R. **O Impacto do Federalismo e da Descentralização na Intermediação de Recursos Públicos no Brasil**. Dados, v. 42, n. 2, p. 171-204, 1999.
- SILVA, W. R. O. LIMA, R.F. CAVALCANTI, I.T.N. SANTANA, R. S. LEITE, S. N. O financiamento dos medicamentos nos municípios do Brasil: de quem é a responsabilidade? **Revista Saúde Pública**, 2024.

- SILVA, J. A. **Curso de direito constitucional positivo**. 20. ed. São Paulo: Malheiros, 2002.
- SOARES, M. M. MACHADO, J. A. **Federalismo e Políticas Públicas**. Brasília, DF: **ENAP**, 2018.
- SOUZA, M. L. S.; BLAUTH, R. B. Impactos da judicialização do direito à Saúde para o orçamento público e para a sociedade. **Revista do Ministério Público do RS**. Porto Alegre n. 93, jan/jul, p. 341-366, 2023.
- SUNDFELD, C. A. **Direito Administrativo: o novo olhar da LINDB**. 2ª reimpressão. Belo Horizonte: Fórum, 2022.
- TRINDADE, M. C. N. **Judicialização do acesso a medicamentos: uma análise a partir da literatura e dos casos do Brasil e da Colômbia**. 2022. Tese (Doutorado, Universidade Federal de Santa Catarina). Biblioteca Universitária da Universidade Federal de Santa Catarina. 2022.
- VAZ, M. M.; SOLER, O. The judicialization of antidepressant medicines in Brazil: Scope review. **Research, Society and Development**, 2024.
- VENTURA, M. SIMAS, L. PEPE, V. L. E. SHARAMM, F. R.. Judicialização da saúde, acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 20, n. 1, p. 77–100, 2010.
- VERBICARO, L. P. SANTOS A. C. V. A Necessidade De Parâmetros Para A Efetivação Do Direito à Saúde: A Judicialização do Acesso ao Hormônio do Crescimento no Estado do Pará. **Revista Direito Sanitário**. 2017.
- VIANNA, L. W. CARVALHO, R. A. M. MELO, M. P. C. BURGOS, M. B. **A judicialização da política e das relações sociais no Brasil**. Rio de Janeiro: Revan, 1999.
- VIEIRA, M. S. **Judicialização da saúde: a busca por medicamentos no SUS**. São Paulo, 2023.
- VIEIRA, F. S. Judicialização e direito à saúde no Brasil: uma trajetória de encontros e desencontros. **Revista de Saúde Pública**. 2022.
- ZIMMERMANN, A. **Teoria Geral do Federalismo Democrático**. 2.ª Ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2014.