O EXCESSO DE JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE E A EXECUÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS

THE EXCESSIVE JUDICIALIZATION OF HEALTH AND THE IMPLEMENTATION OF PUBLIC POLICIES

Paulo Vinicios da Silva Gomes

Krishina Day Carrilho Bentes Ribeiro

Resumo: A judicialização da saúde no Brasil configura-se como um fenômeno crescente e complexo, que interfere diretamente na execução das políticas públicas e na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). O problema central reside no excesso de demandas judiciais individuais que, embora tenham por fundamento a efetivação de direitos fundamentais, impactam a alocação de recursos públicos e a sustentabilidade do sistema, criando tensões entre os princípios da universalidade, integralidade e equidade. O objetivo do estudo é analisar os impactos do excesso de judicialização da saúde na execução de políticas públicas no Brasil, considerando o papel do Poder Judiciário, os conflitos gerados entre direitos individuais e coletivos e as consequências orçamentárias decorrentes desse fenômeno. Metodologicamente, realizou-se uma pesquisa documental de caráter qualitativo, com recorte temporal de dez anos, a partir da análise de artigos publicados na revista Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário. Do total de 23 textos identificados, foram selecionados 11, cuja pertinência teórica e normativa permitiu consolidar a base para a investigação proposta. O artigo estrutura-se em três eixos principais: 1. Atuação do Poder Judiciário no âmbito das decisões judiciais; 2. Conflito entre o direito individual e o coletivo causado pela judicialização da saúde no Brasil; e 3. Desorganização orçamentária e gestão de recursos. Os resultados apontam que a judicialização, intensificada por falhas no sistema público e pela ausência de critérios uniformes, gera decisões que frequentemente desconsideram limites técnicos e financeiros, priorizando demandas individuais em detrimento de políticas universais. Esse cenário acarreta desorganização orçamentária, dificulta o planejamento de ações preventivas e compromete a eficiência administrativa do SUS. Conclui-se que, embora a judicialização seja um instrumento legítimo de acesso à saúde, seu excesso expõe fragilidades institucionais e orçamentárias, demandando maior integração entre os Poderes e a adoção de parâmetros técnicos que garantam equilíbrio entre a proteção de direitos fundamentais e a sustentabilidade das políticas públicas de saúde.

Palavras-chave: Judicialização da saúde; políticas públicas; direitos fundamentais; orçamento público; gestão em saúde.

Abstract

The judicialization of health in Brazil is a growing and complex phenomenon that directly affects the implementation of public policies and the management of the Unified Health System (SUS). The central problem lies in the excessive number of individual lawsuits that, although grounded in the enforcement of fundamental rights, impact the allocation of public resources and the system's sustainability, creating tensions regarding the principles of universality, comprehensiveness, and equity. The objective of this study is to analyze the impacts of excessive health judicialization on the implementation of public policies in Brazil, considering the role of the Judiciary, the conflicts between individual and collective rights, and the budgetary consequences of this phenomenon. Methodologically, a qualitative documentary research was conducted, with a ten-year timeframe, based on articles published in the Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário. Out of 23 texts identified, 12 were selected due to their theoretical and normative relevance, forming the basis of the investigation. The article is structured around three main axes: (i) the role of the Judiciary in judicial decisions; (ii) the conflict between individual and collective rights caused by health judicialization in Brazil; and (iii) budgetary disorganization and resource management. The results indicate that judicialization, intensified by failures in the public health system and by the absence of uniform criteria, produces decisions that often disregard technical and financial limits, prioritizing individual demands over universal policies. This scenario leads to budgetary disorganization, hinders the planning of preventive actions, and compromises the administrative efficiency of SUS. It is concluded that, although judicialization is a legitimate instrument for accessing health rights, its excess exposes institutional and budgetary weaknesses, requiring greater integration among State Powers and the adoption of technical parameters to balance the protection of fundamental rights with the sustainability of public health policies.

Keywords: Health judicialization; public policies; fundamental rights; public budget; health management.

INTRODUÇÃO

O direito à saúde no Brasil percorreu um longo caminho até alcançar o status de direito fundamental, sendo efetivamente consolidado apenas com a promulgação da Constituição Federal de 1988. Anterior a isso, a saúde era tratada de maneira fragmentada, sem uma tutela específica nos textos constitucionais anteriores, estando vinculada, de maneira indireta, ao direito à vida. No cenário internacional, documentos históricos, como a Declaração de Direitos de Virgínia (1776) e a Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão (1789), já reconheciam o direito à vida, o que, por extensão, envolvia a saúde, embora sem tratá-la de maneira explícita ou autônoma. Somente com a Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948, a saúde passou a ser afirmada como um direito universal, exigindo dos Estados uma atuação mais proativa na sua garantia.

Aterrissando em terras Tupiniquins, as Constituições do século XIX – de 1824 e 1891 – não previram qualquer norma específica sobre a saúde. Foi apenas na Constituição de 1934 que o tema foi tratado, ainda que de forma restrita, ao vinculá-lo à proteção do trabalhador. Nos textos subsequentes, houve pequenos avanços, como a previsão do direito à saúde para crianças na Constituição de 1937 e a inclusão da saúde como competência da União na Constituição de 1946. No entanto, a Constituição de 1967, sob o regime militar, não trouxe progressos significativos.

Por fim, somente em 1988 que a saúde recebeu uma abordagem inovadora, sendo expressamente reconhecida como um direito de todos e dever do Estado (art. 196). Para além disso, a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) materializou esse avanço, garantindo o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde. A partir desse marco, consolidou-se a saúde como um direito fundamental e de responsabilidade estatal, refletindo um compromisso com a dignidade humana e a justiça social.

Essa evolução, porém, trouxe desafios significativos, particularmente com a intensificação da judicialização da saúde, que emerge como uma resposta às falhas estruturais do Sistema Único de Saúde (SUS) e às desigualdades no acesso a bens e serviços essenciais. Esse fenômeno reflete a pressão crescente de indivíduos que, diante da insuficiência ou demora na prestação estatal, recorrem ao Judiciário para garantir direitos fundamentais, criando um cenário de tensão entre a proteção individual e a capacidade orçamentária e administrativa do Estado. Tal dinâmica exige uma análise profunda, considerando não apenas os impactos diretos sobre o planejamento público, mas também as implicações éticas e sociais de decisões que priorizam casos específicos em detrimento de políticas universais, desafiando a equidade e a sustentabilidade do sistema de saúde brasileiro.

Uma pesquisa realizada em 2022 (1), constatou que no ano de 2016 houve o registro de 427.267 processos relacionados a planos de saúde e seguros em nível nacional, representando um aumento expressivo de 46% em relação ao ano de 2015, segundo dados do Conselho Nacional de Justiça - CNJ. Este estudo revelou ainda que somente no Estado de São Paulo, entre os anos de 2007 e 2017, houve um aumento significativo no número de acórdãos relacionados a planos de saúde e concessão de demandas aos beneficiários, com um pico de 132% entre os anos de 2011 e 2012. Dentre as demandas analisadas, 82% tiveram parecer favorável à concessão das demandas pleiteadas aos beneficiários dos planos de saúde. Neste universo, 42,45% das demandas judicializadas tratavam sobre negativa de cobertura. Em relação aos tipos de coberturas negadas, os beneficiários buscaram principalmente acesso a tratamentos/cirurgias (46,0%), medicamentos (28,7%) e exames (18,5%). Estes dados apresentam um panorama preocupante sobre a crescente judicialização da saúde no Brasil e seus impactos na gestão de políticas planejadas para a saúde. Esse fenômeno, embora tenha o propósito legítimo de garantir o direito à saúde, impõe desafios significativos ao princípio da

separação dos poderes e ao planejamento estatal. A atuação do Judiciário em matéria de políticas públicas, muitas vezes, substitui decisões técnicas e administrativas do Executivo, desconsiderando aspectos como a reserva do possível e o impacto financeiro de suas determinações.

Para além disso, nota-se que há uma tendência à valorização do direito individual em detrimento do direito coletivo, acarretando uma desarticulação das políticas públicas que são voltadas para a saúde devido à necessidade de realocar recursos financeiros a fim de sanar as decisões proferidas em favor daqueles que procuram o judiciário, prejudicando a maioria dos cidadãos que não tem acesso aos tribunais para efetivar seu direito à saúde através da judicialização de suas demandas. Deste modo é importante ter em mente que há uma necessidade de se manter um equilíbrio entre o atendimento destas demandas judicializadas e a situação orçamentárias dos entes federativos para que as políticas públicas de saúde possam ser efetivadas.

Este artigo pretende abordar, através da análise de outras obras, os principais problemas que assolam o Judiciário brasileiro quando se fala a respeito desse tema, buscando compreender os efeitos da judicialização da saúde na efetivação das políticas públicas e no funcionamento do Sistema Único de Saúde. A partir de uma abordagem imparcial, pretende-se examinar os conflitos entre os direitos individuais e coletivos, a tensão entre o princípio da dignidade da pessoa humana e os limites orçamentários do Estado, bem como os riscos de decisões judiciais que, embora bem-intencionadas, podem comprometer a equidade e a sustentabilidade do sistema.

1. ATUAÇÃO DO PODER JUDICIÁRIO NO ÂMBITO DAS DECISÕES JUDICIAIS

Um dos pilares fundamentais do Estado Democrático de Direito é a separação tripartite dos poderes, conforme o artigo 2° da Constituição Federal de 1988. Esse princípio, concebido para evitar a centralização de autoridade e proteger a democracia, encontra suas raízes nas reflexões de Montesquieu, que, em sua obra Do Espírito das Leis (2), argumentou que não há liberdade se o poder de julgar não estiver separado do poder legislativo e do executivo, caso contrário, o poder sobre a vida e a liberdade dos cidadãos seria arbitrário. Esse arranjo é essencial para evitar a centralização de autoridade, assegurando a proteção da democracia e a independência funcional entre os poderes estatais. Ao longo da história, observa-se que a ausência ou fragilização desse mecanismo comprometeu a ordem institucional, como ocorreu em períodos de regimes autoritários que suprimiram a harmonia entre Legislativo, Executivo e Judiciário. Nesse contexto, Montesquieu, ressalta ainda que:

> Quando, na mesma pessoa ou no mesmo corpo de magistratura, o poder legislativo está reunido ao poder executivo, não existe liberdade; porque se pode temer que o mesmo monarca ou o mesmo senado crie leis tirânicas para executá-las tiranicamente. Tampouco existe liberdade se o poder de julgar não for separado do poder legislativo e do executivo. Se estivesse unido ao poder legislativo, o poder sobre a vida e a liberdade dos cidadãos seria

> arbitrário, pois o juiz seria legislador. Se estivesse unido ao poder executivo, o juiz poderia ter a força de um opressor. Tudo estaria perdido se o mesmo homem, ou o mesmo corpo dos principais ou dos nobres, ou do povo exercesse os três poderes: o de fazer as leis, o de executar as resoluções públicas e o de julgar os crimes ou as querelas entre os particulares. (2).

Resta claro a importância da separação tripartite dos poderes inerentes à União, ao passo que garante a harmonia entre Legislativo, Executivo e Judiciário, sendo essencial para garantir a estabilidade institucional e a efetividade das políticas públicas, sem comprometer a autonomia e a independência de cada poder.

No que concerne ao Direito à Saúde, a separação dos poderes também desempenha um papel crucial no âmbito da judicialização deste direito, ao passo que define os limites entre as funções dos poderes e estabelece diretrizes à formulação e execução das políticas públicas de saúde.

O Poder Legislativo exerce a função de elaborar normas que regulamentam o direito à saúde, aprovar as leis orçamentárias e fiscalizar a atuação administrativa do Poder Executivo. Este, por sua vez, no âmbito federal, tem como principal agente o Ministério da Saúde, responsável pelo planejamento, implementação e gestão das políticas públicas de saúde. Cabe-lhe, ainda, a definição das ações e serviços que compõem o rol do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES), bem como a seleção dos medicamentos e insumos disponibilizados gratuitamente à população, conforme previsto na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME). Já o Poder Judiciário atua como guardião dos direitos fundamentais, sendo chamado a intervir quando há alegação de omissão ou falha do Estado na garantia do direito à saúde, o que pode resultar na determinação judicial para o fornecimento de medicamentos, procedimentos ou tratamentos não contemplados pelas diretrizes oficiais do SUS.

A sobreposição do Judiciário, como destacado por Carvalho et al. (3), decorre de determinantes como a interpretação ampla do direito à saúde, que ignora a reserva do possível e prioriza tutelas individuais. Em análise de 10 artigos sobre esse tema, os autores apontam que decisões judiciais frequentemente substituem políticas públicas, desconsiderando competências técnicas do Ministério da Saúde, como a definição da RENAME e RENASES, citadas acima. Essa tendência reflete uma visão doutrinária que eleva o direito à saúde a um patamar absoluto, sem ponderar os limites orçamentários e as capacidades institucionais do Estado, gerando um desequilíbrio que afeta diretamente a execução de políticas coletivas. Os autores supracitados ressaltam ainda que essa interpretação ampla, influenciada por princípios como o mínimo existencial, muitas vezes colide com a reserva do possível, levando a determinações judiciais que impõem obrigações financeiras imprevisíveis ao Executivo, como o fornecimento de medicamentos não incorporados ao SUS sem avaliação prévia pela Conitec. Atualizando esses insights, uma pesquisa publicada pelo Conselho

Nacional de Saúde em maio de 2025 revela que, em média, 33% dos custos com medicamentos no Sistema Único de Saúde (SUS) são provenientes de demandas judiciais, impactando diretamente 58,7% dos municípios brasileiros, que enfrentam desafios orçamentários significativos devido à judicialização (4). Esses números evidenciam a pressão financeira exercida por decisões judiciais, que frequentemente determinam a aquisição de medicamentos de alto custo e comprometem o planejamento financeiro do SUS, desviando recursos de programas coletivos, como campanhas de vacinação e manutenção de unidades básicas de saúde, para atender demandas individuais, muitas vezes desprovidas de embasamento técnico-científico. A ausência de diálogo entre o Judiciário e o Executivo agrava esse cenário, resultando em decisões que desrespeitam as diretrizes pactuadas no SUS e sobrecarregam os orçamentos municipais e estaduais.

A atuação harmônica, porém, autônoma, entre os três poderes é, portanto, essencial para a consolidação de uma política pública de saúde equitativa, eficiente e sustentável. Quando cada esfera do poder estatal cumpre suas atribuições constitucionais de forma coordenada e responsável, respeitando os limites institucionais e as competências técnicas envolvidas, há um fortalecimento do Estado Democrático de Direito. Esse equilíbrio contribui para a redução das tensões que impulsionam a judicialização da saúde, permitindo que o sistema funcione com maior previsibilidade, racionalidade e justiça distributiva, preservando o interesse coletivo sem comprometer a proteção de direitos individuais em situações excepcionais.

Contudo, esse ideal de harmonia é desafiado pelo aumento expressivo da judicialização da saúde, que revela uma tensão crescente entre as funções dos poderes estatais. A intensa demanda por decisões judiciais que garantam acesso a bens e serviços de saúde, muitas vezes em detrimento do planejamento técnico do Executivo, evidencia um desequilíbrio que compromete a coordenação interinstitucional. Ao condenar entes públicos à concessão de demandas impetradas, o Judiciário frequentemente assume o papel de formular políticas públicas, uma atribuição constitucionalmente reservada ao Executivo. Essa interferência, caracterizada como judicialização, transfere para a esfera judicial questões de alta relevância social e política, tradicionalmente sob a alçada do Executivo e do Legislativo. No âmbito da saúde, decisões que determinam o fornecimento de medicamentos ou tratamentos não incorporados ao Sistema Único de Saúde (SUS), ou de custos elevados, muitas vezes desconsideram o planejamento orçamentário do SUS, comprometendo a alocação equitativa de recursos e a implementação de políticas públicas voltadas para o atendimento coletivo.

Reconhecendo os desafios impostos por essa sobreposição, o Poder Judiciário tem buscado responder por meio de decisões que tentam estabelecer critérios objetivos para o fornecimento de medicamentos e tratamentos. Nesta seara, em 2018, através do julgamento do Recurso Especial nº

1.657.156, o Superior Tribunal de Justiça (STJ) firmou a tese de que o fornecimento de medicamentos não incorporados ao SUS é obrigação do Poder Público, desde que comprovada a "imprescindibilidade ou necessidade do medicamento", a "ineficácia [...] dos fármacos fornecidos pelo SUS", a "incapacidade financeira de arcar com o custo" e a "existência de registro na ANVISA do medicamento" (5).

Ainda nessa sequência de pensamento, o Supremo Tribunal Federal, através do julgamento do RE n° 566.471 (6), abordou o dever do Estado de fornecer medicamentos de alto custo a portadores de doenças graves que não possuem condições financeiras para adquiri-los. A supracitada decisão estabeleceu critérios específicos para a concessão judicial desses medicamentos não incorporados nas listas de dispensação do Sistema Único de Saúde (SUS). Nessa seara, a tese fixada pelo STF definiu, em regra, que a ausência de um medicamento nas listas oficiais do SUS impede seu fornecimento por decisão judicial. Contudo, excepcionalmente, é possível a concessão judicial de medicamentos registrados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, mas não incorporados ao SUS, desde que cumpridos cumulativamente alguns requisitos, tais como:

> (a) negativa de fornecimento do medicamento na via administrativa, nos termos do item '4' do Tema 1.234 da repercussão geral;
>
> (b) ilegalidade do ato de não incorporação do medicamento pela Conitec, ausência de pedido de incorporação ou da mora na sua apreciação, tendo em vista os prazos e critérios previstos nos artigos 19-Q e 19-R da Lei nº 8.080/1990 e no Decreto nº 7.646/2011;
>
> (c) impossibilidade de substituição por outro medicamento constante das listas do SUS e dos protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas;
>
> (d) comprovação, à luz da medicina baseada em evidências, da eficácia, acurácia, efetividade e segurança do fármaco, necessariamente respaldadas por evidências científicas de alto nível, ou seja, unicamente ensaios clínicos randomizados e revisão sistemática ou meta-análise;
>
> (e) imprescindibilidade clínica do tratamento, comprovada mediante laudo médico fundamentado, descrevendo inclusive qual o tratamento já realizado; e
>
> (f) incapacidade financeira de arcar com o custeio do medicamento.

Apesar dessas medidas tomadas pelo STF, o aumento das decisões judiciais determinando o fornecimento de medicamentos e tratamentos específicos levanta questionamentos sobre a atuação do Judiciário e seu impacto no planejamento estatal, colocando em risco a harmonia entre os poderes da união e o planejamento de políticas públicas voltadas para a saúde. Essa dinâmica, que reflete a tensão entre a garantia de direitos individuais e a preservação da ordem institucional, demanda uma análise mais profunda da trajetória do Judiciário na interpretação do direito à saúde, especialmente no STF, para compreender como essa evolução influencia o equilíbrio entre os poderes e a execução de políticas coletivas.

Nesta seara, uma pesquisa realizada em 2018 traça uma linha evolutiva do Direito à Saúde, elaborada através da atividade jurisprudencial do STF, resumindo esta em três fases distintas, sendo

elas: Absolutização da Saúde, Reconhecimento da Tese Jurídica dos Custos e Estabelecimento de critérios para a fundamentação da concessão judicial (7).

A primeira fase da judicialização da saúde no Brasil foi marcada por uma interpretação extensiva do artigo 196 da Constituição Federal de 1988, na qual o direito à saúde era compreendido como uma decorrência direta e inseparável do direito à vida. Nesse período, decisões paradigmáticas como os Recursos Extraordinários RE 273.834/RS, RE 198.265/RS e a Petição 1.246/SC refletiam uma postura judicial voltada à proteção incondicional do indivíduo, com a prevalência absoluta do valor da vida sobre quaisquer limitações de ordem financeira ou orçamentária. O custeio das prestações sanitárias, ainda que elevado ou incompatível com a capacidade administrativa do Estado, era considerado irrelevante diante da obrigação de garantir o acesso ao tratamento de saúde. Essa abordagem se coaduna com o chamado Princípio do Resgate, que defendia a prestação de todo e qualquer tratamento necessário à preservação da vida, independentemente dos custos envolvidos ou dos impactos sobre a coletividade.

A segunda fase, por sua vez, inaugura uma mudança de paradigma impulsionada pelo reconhecimento, no julgamento da Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) 45, de que os direitos fundamentais sociais, inclusive o direito à saúde, não possuem caráter absoluto. Nesse contexto, passou-se a considerar a reserva do possível e as restrições orçamentárias como elementos legítimos na definição das políticas públicas de saúde. A nova compreensão exigia dos magistrados maior deferência às escolhas administrativas dos gestores públicos e uma análise mais criteriosa sobre a viabilidade da concessão de prestações sanitárias, levando em conta o funcionamento do SUS e a necessidade de assegurar o acesso universal e igualitário à saúde.

A terceira fase, por fim, caracteriza-se pela busca de critérios objetivos para fundamentar as decisões judiciais, de modo a conferir maior segurança jurídica e previsibilidade às determinações judiciais relacionadas à saúde. O julgamento da Suspensão de Tutela Antecipada (STA) 175-AgR/CE é emblemático nesse estágio, ao estabelecer parâmetros para a divisão de competências entre os entes federativos na oferta de medicamentos, considerando a lógica da descentralização do sistema de assistência farmacêutica no país. Essa fase revela uma tentativa de harmonizar a proteção individual com a racionalidade administrativa e o planejamento das políticas públicas. Contudo, apesar da evolução teórica, o artigo aponta que essas fases não foram adotadas de maneira uniforme por todos os operadores do Direito, havendo divergências significativas entre decisões proferidas por juízes de primeiro grau e aquelas oriundas dos tribunais superiores, em especial o Supremo Tribunal Federal, quanto à extensão e aos limites da prestação estatal em matéria de saúde.

Em suma, a evolução jurisprudencial no Supremo Tribunal Federal passou de uma visão absolutista do direito à saúde, sem consideração de custos, para uma fase de reconhecimento da limitação de recursos e, finalmente, para a tentativa de estabelecer critérios para as decisões judiciais na área da saúde.

A partir dessa análise, depreende-se que essa evolução jurisprudencial é de suma importância para o enfrentamento dos desafios estruturais que a judicialização da saúde impõe ao Estado brasileiro. Ao transitar de uma interpretação maximalista do direito à saúde — centrada exclusivamente na proteção individual — para uma abordagem mais equilibrada, que leva em consideração a sustentabilidade e viabilidade da execução das políticas públicas, o STF passou a contribuir para a construção de uma jurisprudência mais racional e sensível à complexidade do sistema de saúde. O reconhecimento de que o direito à saúde não é ilimitado e de que o Judiciário deve observar parâmetros técnicos e administrativos ao deliberar sobre demandas individuais permite, ainda, a valorização do planejamento estatal e a preservação da isonomia no acesso aos serviços públicos. Além disso, ao estabelecer critérios para a concessão judicial, o STF busca coibir distorções que poderiam comprometer a equidade e a eficiência do sistema. Portanto, essa trajetória evolutiva reflete uma tentativa de compatibilizar a proteção dos direitos fundamentais com os princípios da separação dos poderes, da reserva do possível e da justiça distributiva, elementos essenciais para a consolidação de um modelo de judicialização mais responsável e alinhado aos objetivos do Estado Democrático de Direito.

Apesar da evolução jurisprudencial observada no STF, os juízes singulares ou de primeira instância dos Tribunais Estaduais não vêm acompanhando essa evolução. Ainda com base na supracitada pesquisa (7), em matéria de medicamentos, muitos magistrados se recusam a reconhecer que os custos dos medicamentos devem ser levados em consideração para a concessão de demandas judiciais. As decisões de juízes singulares em Tribunais Estaduais vêm desconsiderando a variável dos recursos públicos para o acesso ao direito fundamental à saúde. O fundamento mais comum para as sentenças nos Tribunais Estaduais ainda pertence à tríade: direito à saúde (87,57%), direito à vida (53,50%) e direito à dignidade da pessoa humana (24,48%), ao passo que os argumentos que consideram os custos são pouco utilizados.

Essa ausência de critérios padronizados e uniformes para a concessão judicial de medicamentos e tratamentos no âmbito do direito à saúde gera profundas consequências para o planejamento orçamentário do Estado. Tal insegurança jurídica, decorrente da multiplicidade de entendimentos entre os magistrados, especialmente entre os juízes de primeira instância e os tribunais superiores, resulta em decisões díspares e imprevisíveis para situações similares. No plano orçamentário, a imprevisibilidade das determinações judiciais inviabiliza a alocação eficiente e

racional dos recursos públicos destinados à saúde. Quando decisões judiciais impõem obrigações ao Estado sem considerar os critérios técnicos e administrativos previamente estabelecidos pelas políticas públicas — como a RENASES e a RENAME —, há uma ruptura no planejamento estatal, forçando a realocação de recursos já comprometidos e prejudicando o atendimento coletivo em prol de demandas individuais, muitas vezes fundamentadas em laudos sem respaldo técnico-científico robusto.

Conforme apontado por Schulze apud Amaral (8), o fenômeno da "judicialização do impossível" reflete os desafios enfrentados por magistrados ao decidir sobre demandas de saúde, especialmente aquelas que envolvem medicamentos de alto custo ou sem comprovação científica robusta. Esses casos colocam os juízes em uma posição delicada, pois muitas vezes carecem de conhecimento técnico sobre gestão em saúde ou sobre a eficácia clínica das terapias demandadas, levando a decisões baseadas em princípios genéricos, como a dignidade da pessoa humana, sem considerar os impactos orçamentários e coletivos. Schulze apud Amaral (8) destaca que a falta de qualificação técnica do Judiciário, aliada à pressão de laboratórios farmacêuticos que promovem terapêuticas sem evidências sólidas, compromete a sustentabilidade do Sistema Único de Saúde e sobrecarrega o erário público. Oliveira apud Amaral (8) complementa essa análise ao defender a adoção de critérios objetivos baseados em evidências científicas para orientar as decisões judiciais. Ele argumenta que a ausência de parâmetros claros facilita práticas predatórias, como a influência de laboratórios farmacêuticos que pressionam pela incorporação de medicamentos caros ao SUS por meio de ações judiciais. Oliveira sugere que o controle rigoroso dos dados da judicialização, incluindo a análise de custos e benefícios clínicos, é essencial para mitigar esses impactos e promover decisões mais alinhadas com os princípios constitucionais de universalidade e integralidade do SUS.

Tal descompasso entre o Judiciário e os demais poderes fere o princípio da separação das funções estatais, como citado no início, gerando uma interferência indevida na esfera de atuação do Executivo, responsável por planejar e gerir as políticas públicas com base em critérios de eficiência, equidade e sustentabilidade. Assim, a ausência de critérios padronizados não apenas enfraquece a institucionalidade democrática, mas também compromete a universalidade e a integralidade do SUS, pilares constitucionais do direito à saúde no Brasil.

Esse cenário se torna ainda mais preocupante quando analisado à luz de casos concretos em que decisões judiciais determinam a concessão de medicamentos de altíssimo custo a um único paciente. Tais decisões, embora motivadas por uma legítima preocupação com a preservação da vida e da dignidade da pessoa humana, acabam por comprometer parcelas significativas do orçamento público previamente destinado a ações coletivas, como campanhas de vacinação, manutenção de

hospitais e fornecimento de medicamentos essenciais para doenças prevalentes. Assim, ao atender a uma demanda individual, o Judiciário pode, inadvertidamente, restringir o acesso de milhares de outros cidadãos aos serviços básicos de saúde, promovendo uma lógica de distribuição desigual e financeiramente insustentável. Diante disso, torna-se indispensável refletir sobre os limites entre o direito individual e o direito coletivo à saúde, especialmente em um sistema público que tem como fundamento a universalidade, a equidade e a integralidade no atendimento.

2. CONFLITO ENTRE O DIREITO INDIVIDUAL X COLETIVO CAUSADO PELA JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL

A judicialização da saúde no Brasil, embora fundada na nobre missão de garantir o acesso a direitos fundamentais, tem revelado um cenário complexo de tensões entre a tutela individual e a efetivação coletiva do direito à saúde. À medida que cidadãos recorrem ao Poder Judiciário em busca de medicamentos e tratamentos específicos, especialmente de alto custo, observa-se um movimento que favorece demandas pontuais em detrimento das políticas públicas planejadas para atender a coletividade. Essa prática, muitas vezes guiada por decisões judiciais favoráveis a quem tem maior acesso à justiça, resulta na transferência de vultosos recursos públicos para atender a poucos, comprometendo a equidade, a universalidade e a sustentabilidade do Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse contexto, Sant'ana apud Amaral (8) vê a judicialização como uma reação à exclusão social, destacando que ela beneficia aqueles com acesso ao Judiciário em detrimento da maioria que depende exclusivamente do SUS. Segundo o autor, a judicialização pode ser entendida como um instrumento político e democrático de afirmação da cidadania das classes populares contra as desigualdades socioeconômicas, mas, na prática, perpetua uma lógica de exclusão ao priorizar demandas individuais de quem possui recursos para litigar. Buíssa, Bevilacqua e Moreira apud Amaral (8) complementam essa análise ao atribuir a crescente judicialização à precarização do SUS, resultante de um progressivo subfinanciamento desde a Constituição de 1988. Os autores argumentam que o SUS, apesar de seu arcabouço normativo inovador, não se converteu em uma entrega efetiva de serviços públicos de qualidade, impulsionando cidadãos a buscar o Judiciário como última instância para obter cuidados em saúde. Essa precarização, agravada por limitações orçamentárias e omissões federativas, cria um ciclo vicioso em que decisões judiciais individuais desarticulam o planejamento coletivo, realocando recursos de ações preventivas e universais para demandas pontuais.

Em consonância a esse pensamento, Dal Moro et al. (9) argumentam que a judicialização da saúde, embora tenha por base a proteção de um direito fundamental, tem provocado instabilidade no orçamento público e desarticulação nas políticas de saúde, ao obrigar o Estado a realocar recursos de forma urgente para atender decisões judiciais individuais, muitas vezes em detrimento do interesse coletivo, vejamos:

> A saúde, por ser um direito fundamental e social do ser humano, tem motivado inúmeras ações judiciais e, consequentemente, vem desorganizando o orçamento público e provocando instabilidade no planejamento e financiamento dos serviços de saúde. [...] A primazia do direito individual em prejuízo do direito coletivo não é correta, pois não se deve fazer uma garantia para um cidadão ao custo de prejudicar inúmeras pessoas, por meio da desorganização do gasto público e da falta de limite para exercer o direito à saúde." (9)

Assim, o que se observa é uma distorção da lógica que fundamenta o direito à saúde como um direito social e coletivo, que sem a devida definição de critérios que guiem essas decisões, acarretam consequências significativas para o planejamento orçamentário, a alocação de recursos e a manutenção da justiça igualitária para todos.

Essa necessidade de se estabelecer critérios objetivos para as decisões judiciais em matéria de saúde se torna ainda mais evidente quando confrontada com casos concretos que ilustram os impactos dessas decisões sobre o planejamento coletivo do SUS. Um exemplo emblemático é o fornecimento do medicamento Trikafta (Elexacaftor, Tezacaftor e Ivacaftor), indicado para o tratamento da fibrose cística e ainda não incorporado às listas oficiais de fornecimento do SUS à época do ocorrido. Em 2023, a Justiça Federal em Porto Alegre determinou que o Estado fornecesse esse medicamento a uma criança, mesmo sem registro prévio de avaliação e incorporação pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC). O custo do tratamento, estimado em aproximadamente R$ 2 milhões por paciente ao ano, evidencia o grau de pressão orçamentária que uma única decisão judicial pode exercer sobre o sistema público de saúde. (10) Como apontado por Buíssa et al., apud Amaral (8), decisões como essa, embora legítimas em sua intenção de preservar a vida individual, impõem pressões orçamentárias que comprometem a equidade, desviando recursos que poderiam ser destinados a ações coletivas, como campanhas de vacinação ou manutenção de hospitais públicos.

Outro caso que aconteceu no corrente ano, 2025, ocorreu em Limeira (SP) (11). Na ocasião, a Justiça determinou que a prefeitura fornecesse o medicamento Trodelvy (sacituzumabe govitecana) a uma paciente com câncer de mama. Com um custo mensal de R$ 11.580,83, esse medicamento não está incorporado nas listas oficiais do SUS. A decisão judicial, baseada na urgência do caso e na ausência de alternativas terapêuticas eficazes, impôs à administração pública a obrigação de custear um tratamento de alto valor, mesmo sem previsão orçamentária específica para tal despesa. Ao analisar o caso, o juiz responsável por julgar o caso apontou a existência de registro do medicamento na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e laudo médico atestando a necessidade do tratamento, e em decisão, proferiu o seguinte:

> Ante o exposto, defiro a tutela de urgência e determino ao requerido que, no prazo de 10 dias, adote as providências que se fizerem necessárias para aquisição e fornecimento à parte autora, do medicamento, conforme prescrição no receituário, observando-se o princípio ativo do medicamento e não a marca específica, sob pena de sequestro dos valores necessários para

> que a parte autora adquira o medicamento, com a periodicidade constante da receita médica, nos termos dos artigos 297 e 301, ambos do Código de Processo Civil. (11).

Embora inegavelmente se trate de casos de urgência e necessidades clínicas, a decisão judicial que prioriza um indivíduo sem considerar os impactos globais sobre o orçamento público compromete a lógica distributiva e a sustentabilidade das políticas de saúde. Isso porque o montante investido para garantir o tratamento de um único paciente poderia ser destinado a atender centenas de outros usuários em ações coletivas de saúde, como campanhas de vacinação, controle de doenças endêmicas ou aquisição de medicamentos de uso comum. Assim, observa-se que, apesar da relevância da proteção individual, decisões dessa natureza levantam sérias preocupações quanto à ruptura do equilíbrio entre o direito individual e o interesse coletivo, gerando insegurança jurídica e desorganização administrativa.

Segundo Stival e Girão (12), as reiteradas decisões judiciais que determinam, especialmente por meio de liminares, o fornecimento de medicamentos e tratamentos de forma individualizada têm gerado impactos negativos nas políticas públicas de saúde, elaboradas pelos Poderes Legislativo e Executivo. Isso porque tais decisões acabam desviando expressivos recursos financeiros que deveriam ser aplicados no Sistema Único de Saúde (SUS) em benefício coletivo, para atender a um número restrito de pessoas. Essa concessão de demandas individuais leva à desarticulação das políticas públicas voltadas para saúde, as quais são propostas e aprovadas pelos Poderes Legislativo e Executivo, valorizando o direito de poucos – os que têm acesso ao judiciário – em detrimento da maioria.

Dal Moro et al. (9) chamam a atenção para o fato de que, ao promover decisões judiciais individualizadas – a chamada microjustiça –, o Poder Judiciário acaba negligenciando os impactos dessas decisões sobre o coletivo, deixando de efetivar a macrojustiça, que pressupõe a análise ampla dos efeitos sociais e orçamentários da judicialização da saúde. Esse diagnóstico contribui para o debate sobre a tensão entre microjustiça e macrojustiça. Como argumentam os autores, ao se concentrar em soluções individualizadas, o Judiciário deixa de considerar critérios de justiça distributiva mais amplos, o que evidencia a urgência de repensar o modelo atual, buscando formas de racionalização da judicialização sem renunciar à proteção aos direitos fundamentais.

Por ser um direito social, o direito à saúde depende das escolhas políticas feitas pelos entes políticos, tendo a sua limitação por questões financeiras ou mesmo técnicas, não cabendo ao Judiciário fazer essas escolhas, nem mesmo impor aos outros Poderes tal fornecimento.

Por fim, é pertinente mencionar ainda a análise de Carvalho et al. (3), que ressalta que, a judicialização agrava o conflito entre direitos individuais e coletivos ao priorizar demandas pontuais, como medicamentos de alto custo, em detrimento da equidade. Em revisão de 10 artigos sobre esse

tema, os autores identificam que esse fenômeno beneficia quem acessa o Judiciário, perpetuando exclusões sociais e subfinanciamento do SUS. Essa análise revela que a judicialização, ao enfatizar tutelas individuais baseadas no art. 196 da CF/1988, frequentemente ignora o impacto coletivo, criando uma porta paralela ao SUS que favorece minorias com recursos para litigar, enquanto a maioria da população enfrenta barreiras ao acesso universal. Por exemplo, os supracitados autores destacam que demandas por medicamentos antirretrovirais nos anos 1990 evoluíram para um amplo espectro de bens e serviços, desequilibrando o sistema ao desviar recursos de ações preventivas para tratamentos isolados. No contexto atual (13), com 344.211 processos em 2023 (aumento de 16% em relação a 2022) e gastos de R$ 3,2 bilhões em 2024, decisões como a do Trikatta (R$ 2 milhões/ano) (10) desviam recursos de ações coletivas, reforçando a necessidade de critérios que conciliem o mínimo existencial com a reserva do possível. Em 2025, o CNJ apresentou uma pesquisa que revela que 33% dos custos com medicamentos no SUS derivam de judicialização, afetando 58,7% dos municípios e perpetuando desigualdades socioeconômicas (14), o que exige maior integração entre direitos individuais e planejamento coletivo para preservar a integralidade e a sustentabilidade do SUS. A pesquisa apresentada pelo CNJ, revela não apenas o impacto financeiro, mas sobretudo a desorganização do planejamento público em saúde. Assim, mais do que reconhecer o direito individual com base no art. 196 da Constituição, faz-se necessário construir parâmetros normativos e institucionais que permitam ao Judiciário considerar o princípio da reserva do possível e o planejamento coletivo, evitando que a tutela jurisdicional se torne vetor de desigualdade e de inviabilidade do financiamento público em saúde.

Em suma, as contribuições citadas neste tópico destacam que a judicialização, ao expor as desigualdades socioeconômicas e a precarização do SUS, agrava o conflito entre direitos individuais e coletivos. Casos como o do Trikatta (10) e o aumento nos processos judiciais demonstram que, sem critérios mais rigorosos e um financiamento adequado, o Judiciário acaba atuando como um fator de desequilíbrio nas políticas públicas de saúde, prejudicando a justiça distributiva e a sustentabilidade do sistema. Assim, embora a judicialização represente uma ferramenta legítima para a efetivação de direitos fundamentais, seu excesso revela uma priorização do indivíduo em detrimento da coletividade, demandando uma reflexão urgente sobre mecanismos que conciliem essas dimensões sem comprometer o acesso universal à saúde.

Essa tensão entre o direito individual e o coletivo não se limita a questões éticas e sociais, mas manifesta-se diretamente na desorganização orçamentária do SUS, onde decisões judiciais forçam a realocação de recursos, comprometendo a gestão eficiente das políticas públicas de saúde e a capacidade do Estado de planejar ações preventivas e universais para toda a população.

3. DESORGANIZAÇÃO ORÇAMENTÁRIA E GESTÃO DE RECURSOS

A tensão entre o direito individual e o coletivo, como discutido anteriormente, não se restringe a dimensões éticas e sociais, mas reverbera diretamente na desorganização orçamentária do Sistema Único de Saúde (SUS), onde decisões judiciais impõem a realocação imprevisível de recursos, comprometendo a gestão eficiente das políticas públicas e a capacidade do Estado de executar ações preventivas e universais para a população. Esse fenômeno, multifacetado e crescente, expõe as limitações financeiras do SUS, agravadas por um subfinanciamento crônico, e destaca a necessidade de analisar seus impactos na sustentabilidade do sistema. Como apontado por Carvalho et al. (3), a judicialização da saúde surge de fatores isolados ou conjugados, como falhas na assistência farmacêutica e práticas de gestão ineficientes, resultando em um ciclo vicioso que eleva custos e desestrutura o planejamento estatal.

Os impactos orçamentários da judicialização são evidentes nos dados que revelam um crescimento exponencial dos gastos públicos. De acordo com Carvalho et al. (3), entre 2007 e 2016, os gastos com demandas judiciais no âmbito da União aumentaram em quase 5.000%, passando de R$ 26 milhões para mais de R$ 1,325 bilhão, com ênfase na aquisição de medicamentos e tratamentos de alto custo não previstos nas listas oficiais do SUS. Essa escalada financeira, agravada pela judicialização de prestações como insumos e internações, compromete a alocação racional de recursos, forçando gestores a desviar verbas de programas coletivos, como campanhas de vacinação ou manutenção de unidades básicas de saúde, para atender demandas individuais. No Distrito Federal, por exemplo, análise de 355 processos no Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios (TJDFT) entre 2012 e 2013, realizada por Cordeiro (15), revela que as demandas judicializadas nem sempre correspondem às doenças mais prevalentes na população, como hipertensão ou diabetes, mas frequentemente envolvem tratamentos onerosos, como medicamentos oncológicos ou para doenças raras, o que evidencia uma desproporcionalidade entre as necessidades coletivas e os custos impostos ao erário.

Essa desorganização afeta diretamente a gestão de recursos, criando um cenário de imprevisibilidade que vulnera os princípios de universalidade e integralidade do SUS. Diniz e Carvalho (16) destacam o caráter ambivalente da judicialização: enquanto pode corrigir falhas na gestão, como a demora na incorporação de tecnologias ou déficits no atendimento, frequentemente resulta em uma "desestruturação de todo um sistema de gestão que possui orçamento previsto e um recurso escasso", perpetuando um ciclo de subfinanciamento. Os autores categorizam as demandas em medicamentos padronizados e não padronizados pelo SUS, apontando que, mesmo nos casos de itens disponíveis nas listas oficiais, como a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), a judicialização ocorre devido a falhas logísticas ou administrativas, forçando compras

emergenciais a preços elevados. No caso de tratamentos não padronizados, como o medicamento Trikatta (com custo anual estimado de R$ 2 milhões por paciente), citado anteriormente (10), decisões judiciais ignoram avaliações técnicas da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC), levando a uma realocação forçada de recursos que poderia financiar ações preventivas para milhares de usuários.

Ainda nessa seara de concessão de medicamentos, Damasceno e Ribeiro (17), ao classificar medicamentos solicitados em ações judiciais na região metropolitana de Belém-PA, concluíram que a requisição de 25 fármacos ausentes das listas do SUS reflete a falta de conhecimento de profissionais prescritores, pois alternativas equivalentes e seguras estavam disponíveis nas relações essenciais, sem risco ao paciente. Esse padrão regional, identificado em uma análise quantitativa de 40 processos judiciais referentes a 72 medicamentos diferentes — dos quais 46 presentes na RENAME, 25 não incorporados, mas registrados na Anvisa e 1 sem protocolos clínicos —, ilustra como demandas injustificadas agravam a desarticulação orçamentária, forçando realocações financeiras que prejudicam programas universais, como campanhas de vacinação e manutenção de unidades básicas de saúde. Esse achado evidencia que a judicialização não se limita a suprir lacunas de cobertura, mas frequentemente introduz demandas que contrariam a racionalidade do sistema de incorporação de tecnologias em saúde. Quando o Judiciário determina a dispensação de fármacos já substituíveis por alternativas constantes na RENAME, desconsidera critérios de custo-efetividade e protocolos clínicos estabelecidos pela CONITEC, rompendo a coerência técnica do planejamento farmacêutico. Na prática, isso amplia a rigidez orçamentária dos entes municipais, que são compelidos a deslocar recursos de ações coletivas e preventivas — como vigilância epidemiológica e imunização — para custear tratamentos individualizados de eficácia equivalente. O resultado é um duplo prejuízo: fragilização da equidade, já que poucos se beneficiam, e perda de eficiência na alocação de verbas públicas, acentuando o ciclo de subfinanciamento crônico do SUS.

Ademais, a interferência das indústrias farmacêuticas agrava a desorganização orçamentária do Sistema Único de Saúde (SUS), promovendo demandas por medicamentos de alto custo sem evidências robustas de eficácia, como observado por Diniz e Carvalho (16). Esses autores enfatizam que a pressão comercial, aliada à ausência de diálogos interinstitucionais entre Judiciário, Executivo e gestores do SUS, resulta em decisões judiciais que priorizam interesses individuais e econômicos em detrimento da equidade coletiva. A análise, baseada em uma revisão integrativa de 39 estudos publicados entre 2010 e 2021, destaca que a judicialização de medicamentos e tratamentos não padronizados pelo SUS, frequentemente incentivada por estratégias de mercado da indústria farmacêutica, compromete a alocação eficiente de recursos públicos, desviando verbas destinadas a políticas universais, como programas de atenção básica e prevenção. Os autores apontam que a falta

de rigor técnico nas decisões judiciais, que muitas vezes ignoram avaliações técnico-científicas, como as da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC), intensifica a desarticulação orçamentária, pois força a aquisição de produtos de alto custo que beneficiam poucos em detrimento de necessidades coletivas. Além disso, Diniz e Carvalho (16) argumentam que a ausência de coordenação entre os entes envolvidos – incluindo tribunais, secretarias de saúde e órgãos regulatórios – perpetua um ciclo de decisões desconexas, que agravam a ineficiência na gestão de recursos e fragilizam os princípios de integralidade e equidade do SUS. Assim, a judicialização, ao atender demandas individuais sob pressão comercial, compromete o planejamento financeiro do sistema, exigindo maior diálogo interinstitucional para alinhar decisões judiciais com as políticas públicas de saúde, promovendo uma gestão mais equitativa e sustentável.

Complementando essa análise, Chrispim et al. (18) destacam que a judicialização da saúde, especialmente por demandas por medicamentos, impõe um significativo comprometimento financeiro aos municípios brasileiros, exacerbando a desorganização orçamentária do Sistema Único de Saúde (SUS). Os autores apontam que o aumento exponencial dessas ações judiciais, aliado à fragmentação do conhecimento sobre sua natureza devido à concentração de dados em regiões como Sul e Sudeste, dificulta a formulação de políticas públicas baseadas em evidências abrangentes. Essa lacuna informacional intensifica a imprevisibilidade na alocação de recursos, com impactos diretos no planejamento municipal, já limitado pelo subfinanciamento crônico. Para enfrentar esse desafio, os autores propõem a criação de um Observatório Nacional da Judicialização da Saúde, em parceria com a Fundação Oswaldo Cruz, o Ministério da Saúde e o Hospital do Coração, visando monitorar sistematicamente as demandas judiciais em todo o território nacional. Além disso, destacam o papel dos Núcleos de Apoio Técnico (NAT-Jus), que fornecem suporte técnico aos magistrados, promovendo decisões mais alinhadas com as diretrizes do SUS e reduzindo o impacto orçamentário de determinações desconexas. Essa iniciativa reforça a necessidade de maior integração interinstitucional para mitigar os efeitos da judicialização no planejamento e na gestão de recursos.

Nesse contexto de desorganização orçamentária agravada pela ausência de coordenação interinstitucional e pela pressão comercial, Figueiredo e Costa (19) oferecem uma análise abrangente da judicialização da saúde, caracterizando-a como um fenômeno multifacetado com impactos profundos na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). Os autores destacam a face negativa da judicialização, marcada por uma desarmonia entre os Poderes Executivo e Judiciário, que resulta em realocações imprevisíveis de recursos financeiros para atender demandas judiciais isoladas, frequentemente incentivadas por interesses mercantis da indústria farmacêutica. Essa dinâmica compromete a governabilidade do SUS, desviando verbas de programas coletivos essenciais, como atenção básica, vigilância epidemiológica e imunização, para custear tratamentos de alto custo que

beneficiam uma minoria com acesso ao Judiciário, agravando desigualdades socioeconômicas e violando o princípio da reserva do possível. Para mitigar esses impactos, os autores propõem estratégias estruturadas, como o fortalecimento de Núcleos de Assessoria Técnica (NATs), que capacitam magistrados com embasamento técnico-científico, e a desjudicialização, por meio de mediação sanitária e comitês interinstitucionais, como o CIRADS no Rio Grande do Norte. Essas iniciativas promovem soluções extrajudiciais, incentivando o diálogo entre Judiciário, Executivo, gestores de saúde e usuários, a fim de alinhar decisões judiciais com as diretrizes técnicas da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC), preservando a equidade e a sustentabilidade financeira do sistema. Essa perspectiva reforça as críticas à judicialização ambivalente aqui discutidas, evidenciando a necessidade de uma abordagem integrada que concilie a proteção de direitos individuais com a eficiência na gestão coletiva, contribuindo para a superação do ciclo de subfinanciamento e desarticulação orçamentária do SUS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O reconhecimento da saúde como um direito fundamental, consolidado na Constituição Federal de 1988, marcou uma transformação profunda na forma como o Estado brasileiro assume a responsabilidade pela garantia do acesso universal e integral aos serviços de saúde. A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) representou um avanço histórico, buscando materializar a dignidade humana e a justiça social por meio de políticas públicas voltadas para a equidade. Contudo, a judicialização da saúde, intensificada pelas limitações estruturais e operacionais do sistema, emerge como um fenômeno complexo, que simultaneamente protege direitos individuais e desafia a sustentabilidade do modelo coletivo. Esse processo, desencadeado pela busca de acesso a medicamentos, tratamentos e reparações por falhas assistenciais, reflete a incapacidade do SUS em atender plenamente às demandas da população, levando indivíduos a recorrerem ao Judiciário como último recurso. A atuação judicial, embora essencial para assegurar direitos em casos específicos, frequentemente interfere nas competências do Executivo, substituindo decisões técnicas e administrativas por determinações que desconsideram os limites orçamentários e a complexidade do planejamento público. Essa dinâmica gera uma desorganização significativa na alocação de recursos, desviando verbas de programas universais — como atenção básica, prevenção e infraestrutura hospitalar — para atender demandas individuais, muitas vezes influenciadas por pressões comerciais ou pela ausência de rigor técnico. O conflito entre a proteção da dignidade humana, que justifica a intervenção judicial, e a reserva do possível, que delimita a capacidade estatal, expõe uma tensão ética e jurídica central: a priorização de interesses individuais pode agravar desigualdades, beneficiando aqueles com acesso aos tribunais em detrimento da maioria que depende exclusivamente do SUS. Além disso, a falta de coordenação entre Judiciário, Executivo e gestores da saúde perpetua

decisões desconexas, que fragilizam os princípios de integralidade e equidade. Esse cenário evidencia não apenas as falhas estruturais do sistema de saúde, mas também o desafio de equilibrar a garantia de direitos fundamentais com a sustentabilidade financeira e administrativa do SUS. A judicialização, portanto, coloca em xeque o papel do Judiciário como árbitro de políticas públicas, questionando os limites de sua intervenção e a capacidade do Estado de cumprir suas obrigações constitucionais sem comprometer a justiça social. Assim, o fenômeno da judicialização da saúde convida a uma reflexão contínua sobre como conciliar a proteção individual com o bem-estar coletivo, em um contexto de recursos finitos e desigualdades históricas, desafiando a sociedade a repensar o modelo de saúde pública para assegurar sua universalidade e equidade.

(1) FREITAS, B. C.; QUELUZ, D. P. Acesso a bens e serviços de saúde dos planos de saúde por meio da judicialização: um estudo do estado de São Paulo. Revista Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário, Brasília, v. 11, n. 1, p. 183-202, jan./mar. 2022. DOI: https://doi.org/10.17566/ciads.v11i1.859. Acesso em: 05/02/2025.

(2) MONTESQUIEU, Charles de Secondat, Baron de. O espírito das leis. 3ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

(3) CARVALHO, A. L. B. et al. Determinantes da judicialização da saúde: uma análise bibliográfica. *Revista Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário*, Brasília, v. 9, n. 4, p. 117-134, out./dez. 2020. DOI: https://doi.org/10.17566/ciads.v9i4.670. Acesso em: 05/02/2025.

(4) CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Pesquisa revela que 33% em média dos custos com medicamentos no SUS é proveniente de judicialização. Brasília, 2025. Disponível em: https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/assuntos/noticias/2025/maio/pesquisa-revela-que-33-em-media-dos-custos-com-medicamentos-no-sus-e-proveniente-de-judicializacao. Acesso em: 13 jul. 2025.

(5) Brasil. Superior Tribunal de Justiça. Recurso Especial 1.657.156. Recorrente: Estado do Rio de Janeiro. Recorrida: Fatima Theresa Esteves do Santos de Oliveira. Relator: Ministro Benedito Gonçalves. Brasília, 25 abr 2018. Diário de Justiça Eletrônico. Disponível em: https://ww2.stj.jus.br/processo/dj. Acesso em 27.jun.2025.

(6) Brasil. Supremo Tribunal Federal. Brasil. Aditamento ao voto do relator no Recurso Extraordinário 566.471. Recorrente: Estado do Rio Grande do Norte. Recorrido: Carmelita Anunciada de Souza. Relator: Ministro Marco Aurélio. Brasília, 28 set. 2016. Disponível em: http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/noticiaNoticiaStf/anexo/RE566471aditamento.pdf. Acesso em 25.jun.2025.

(7) RIBEIRO, K. D.; VIDAL, J. P. Uma análise da produção acadêmica sobre a evolução do fenômeno da judicialização da saúde no Brasil. *Revista Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário*, Brasília, v. 7, n. 2, p. 239-261, abr./jun. 2018. DOI: http://dx.doi.org/10.17566/ciads.v7i2.493. Acesso em: 05/02/2025.

(8) AMARAL, T. C. Direito à saúde: Dilemas do Fenômeno da Judicialização da Saúde. *Revista Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário*, Brasília, v. 8, n. 2, p. 123-132, abr./jun. 2019. DOI: http://dx.doi.org/10.17566/ciads.v8i2.530. Acesso em: 05/02/2025.

(9) DAL MORO, C. C. et al. Judicialização da saúde: propostas de racionalização. Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário, Brasília, v. 8, n. 1, p. 119-140, jan./mar. 2019. DOI: http://dx.doi.org/10.17566/ciads.v8i1.505. Acesso em: 05/02/2025.

(10) TRF-4 ordena fornecimento de remédio alto custo fora da lista do SUS. ConJur, [S. l.], 3 set. 2023. Disponível em: https://www.conjur.com.br/2023-set-03/trf-ordena-fornecimento-remedio-alto-custo-fora-lista-sus. Acesso em: 19 mai. 2025.

(11) JUIZ condena prefeitura a fornecer medicamento de alto custo. ConJur, [S. l.], 4 fev. 2025. Disponível em: https://www.conjur.com.br/2025-fev-04/juiz-condena-prefeitura-no-interior-de-sp-a-fornecer-medicamento-de-alto-custo. Acesso em: 19 mai. 2025.

(12) STIVAL, S. L. M.; GIRÃO, F. A judicialização da saúde: breves comentários. *Revista Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário*, Brasília, v. 5, n. 2, p. 142-159, abr./jun. 2016. DOI: http://dx.doi.org/10.17566/ciads.v5i2.285. Acesso em: 05/02/2025.

(13) NÚMERO de judicialização na saúde registra aumento. INAFF, [S. l.], 29 jan. 2025. Disponível em: https://www.inaff.org.br/noticias/numero-de-judicializacao-na-saude-registra-aumento. Acesso em: 13 ago. 2025.

(14) CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Pesquisa revela que 33% em média dos custos com medicamentos no SUS é proveniente de judicialização. Brasília, 2025. Disponível em: https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/assuntos/noticias/2025/maio/pesquisa-revela-que-33-em-media-dos-custos-com-medicamentos-no-sus-e-proveniente-de-judicializacao. Acesso em: 13 ago. 2025.

(15) CORDEIRO, M. F. Judicialização da Saúde: argumentos utilizados nas ações judiciais em desfavor do Sistema Único de Saúde, no Tribunal de Justiça do Distrito Federal e dos Territórios, pelos atores processuais. *Revista Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário*, Brasília, v. 7, n. 2, p. 11-28, abr./jun. 2018. DOI: http://dx.doi.org/10.17566/ciads.v7i2.477. Acesso em: 05/02/2025.

(16) DINIZ, B. F.; CARVALHO, L. P. P. Reflexões sobre o caráter ambivalente da Judicialização na saúde: Desafio para garantia da integralidade e equidade no SUS. *RevistaCadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário*, Brasília, v. 13, n. 3, p. 42-62, jul./set. 2024.DOI: https://doi.org/10.17566/ciads.v13i3.1257. Acesso em: 05/02/2025.

(17) DAMASCENO, T. V.; RIBEIRO, K. C. B. Judicialização da saúde nos municípios da região metropolitana de Belém-PA. *Revista Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário*, Brasília, v. 8, n. 2, p. 100-115, abr./jun. 2019. DOI: http://dx.doi.org/10.17566/ciads.v8i2.516. Acesso em: 05/02/2025.

(18) CHRISPIM, P. P. et al. Construindo um observatório nacional da judicialização da política pública de saúde a partir dos municípios brasileiros: desenho de estudo. *Revista Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário*, Brasília, v. 7, n. 1, p. 281-309, jan./mar. 2018. DOI: http://dx.doi.org/10.17566/ciads.v7i1.476. Acesso em: 05/02/2025.

(19) FIGUEIREDO, I. V. O.; COSTA, N. DO R. O direito à saúde no Brasil: entre a judicialização e a desjudicialização. *Revista Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário*, Brasília, v. 11, n. 4, p. 142-164, out./dez. 2022. DOI: https://doi.org/10.17566/ciads.v11i4.785. Acesso em: 05/02/2025.