

HELEM MARCIA RODRIGUES DE OLIVEIRA
RODRIGO FERNANDES DA SILVA

A JUDICIALIZAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE E AS LIMITAÇÕES IMPOSTAS PELO SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL

Artigo Científico apresentado ao Afya Centro Universitário de Ji-Paraná, para obtenção de grau, na disciplina de Trabalho de Conclusão de curso de Direito, sob orientação do Prof. Esp. Teófilo Lourenço de Lima.

Ji-Paraná
2026

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação - CIP

O48j	Oliveira, Helem Marcia Rodrigues de. A judicialização do direito à saúde e as limitações impostas pelo Supremo Tribunal Federal. / Helem Marcia Rodrigues de Oliveira; Rodrigo Fernandes da Silva. – Ji-Paraná, 2026. 21 p. Artigo Científico (Bacharel em Direito) – Afya Centro Universitário de Ji-Paraná, 2026. Orientador: Prof. Esp. Teófilo Lourenço de Lima. 1. Direitos Fundamentais. 2. Saúde. 3. Reserva do possível. I. Silva, Rodrigo Fernandes da. II. Lima, Teófilo Lourenço de. III. Título. CDU 342.7:614.2
------	--

A JUDICIALIZAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE E AS LIMITAÇÕES IMPOSTAS PELO SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL

Helem Marcia Rodrigues De Oliveira¹

Rodrigo Fernandes Da Silva²

Teófilo Lourenço de Lima³

RESUMO: O direito à saúde, representa um dos pilares do Estado Democrático de Direito brasileiro, intimamente ligado ao princípio da dignidade da pessoa humana. O desafio é compreender os critérios e limites definidos pela Suprema Corte nas demandas judiciais em saúde, de modo a equilibrar a garantia do direito individual com a sustentabilidade financeira do governo e a isonomia no acesso diante da interseção entre direitos fundamentais, políticas públicas e a atuação do Poder Judiciário. A metodologia se deu por meio dedutivo, partindo de premissas gerais sobre direitos fundamentais e judicialização para analisar a casuística concreta da jurisprudência do STF. A abordagem é descritiva e explicativa mediante a pesquisa bibliográfica e documental pelo método será qualitativo. O objetivo desta pesquisa é identificar as principais decisões do STF relacionadas à judicialização da saúde; Examinar os fundamentos jurídicos utilizados pela Corte na fixação de limites; Verificar se as restrições impostas contribuem para a efetividade do direito à saúde e a racionalidade das políticas públicas; Avaliar o impacto das decisões do STF na atuação das instâncias inferiores do Judiciário. Concluiu-se que o STF consolidou um arcabouço jurisprudencial sobre a judicialização da saúde destacando o Tema 1.091 da Repercussão Geral. A Corte passa a observar requisitos objetivos, como negativa administrativa e condição de substituto no SUS, afastando o ativismo judicial quanto a omissão. Os precedentes vinculantes nesta instância, conferiu maior previsibilidade e segurança jurídica. Dessa forma, o STF equilibrou a proteção do direito individual à saúde com a sustentabilidade e a universalidade do SUS.

Palavras-chave: Direitos Fundamentais; Saúde; Reserva do possível.

THE JUDICIALIZATION OF THE RIGHT TO HEALTH AND THE LIMITATIONS IMPOSED BY THE SUPREME FEDERAL COURT

ABSTRACT: The right to health represents one of the pillars of the Brazilian Democratic State of Law, intimately linked to the principle of human dignity. The challenge is to understand the criteria and limits defined by the Supreme Court in health-related lawsuits, in order to balance the guarantee of individual rights with the

1 Acadêmica do 8º período do curso de Direito na Afya Centro Universitário de Ji-Paraná – Afya Ji-Paraná. Email: helemmarcia79@gmail.com.

2 Acadêmico do 8º período do curso de Direito na Afya Centro Universitário de Ji-Paraná – Afya Ji-Paraná. Email: miraveljr@hotmail.com.

3 Professor orientador: Teófilo Lourenço de Lima, pós-graduado em Administração e Planejamento para Docentes pela ULBRA, 1996; pós-graduado em Inovação, Gestão e Práticas Docentes no Ensino Superior pela Faculdade Santo Agostino, 2021. Licenciado em Pedagogia pela Universidade Federal de Rondônia, 1996; Bacharel em Direito pelo Centro Universitário São Lucas Ji-Paraná. Ji-Paraná, Rondônia, Brasil. E-mail: teofilolourencodelima@gmail.com.

financial sustainability of the government and equality of access in the face of the intersection between fundamental rights, public policies, and the actions of the Judiciary. The methodology was deductive, starting from general premises about fundamental rights and judicialization to analyze the concrete case law of the STF (Supreme Federal Court). The approach is descriptive and explanatory through bibliographic and documentary research using a qualitative method. The objective of this research is to identify the main decisions of the STF related to the judicialization of health; examine the legal foundations used by the Court in setting limits; verify whether the restrictions imposed contribute to the effectiveness of the right to health and the rationality of public policies; and evaluate the impact of the STF's decisions on the actions of lower courts. It was concluded that the Brazilian Supreme Court (STF) has consolidated a jurisprudential framework on the judicialization of health, highlighting General Repercussion Theme 1.091. The Court now observes objective requirements, such as administrative denial and the condition of being a substitute within the SUS (Brazilian Unified Health System), thus avoiding judicial activism regarding omission. The binding precedents at this level have provided greater predictability and legal certainty. In this way, the STF balances the protection of the individual right to health with the sustainability and universality of the SUS.

Keywords: Fundamental Rights; Health; Principle of the Possible.

1 INTRODUÇÃO

O direito à saúde, erigido à categoria de direito fundamental social pela Constituição Federal de 1988, representa um dos pilares do Estado Democrático de Direito brasileiro, intimamente ligado ao princípio da dignidade da pessoa humana. Todavia, a insuficiência das políticas públicas de saúde tem provocado crescente judicialização, fenômeno que se caracteriza pela busca do Poder Judiciário como meio de efetivar o acesso a tratamentos, medicamentos e procedimentos não disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Nesse contexto, o Poder Judiciário, em especial o Supremo Tribunal Federal (STF), é acionado para suprir omissões estatais, determinando o fornecimento de medicamentos, tratamentos e procedimentos médicos. A expansão dessa prática trouxe importantes debates acerca da separação de poderes, da reserva do possível e da sustentabilidade orçamentária.

O Supremo Tribunal Federal (STF), ao longo dos anos, tem sido instância decisiva na modulação dos limites dessa intervenção judicial, buscando equilibrar a proteção do direito individual à saúde com o princípio da eficiência administrativa e da isonomia.

A pesquisa debruçou-se sobre a atuação do STF na seara da saúde, analisando como a Corte, ao mesmo tempo em que garante o acesso a tratamentos, tem estabelecido parâmetros e limitações para tal intervenção judicial. Para tanto, a pesquisa será desenvolvida com base em análise jurisprudencial, doutrinária e legislativa, utilizando método dedutivo e abordagem qualitativa.

Busca-se nesta pesquisa compreender quais os critérios e limites definidos pela Suprema Corte para a concessão de demandas judiciais em saúde, de modo a equilibrar a garantia do direito individual com a sustentabilidade financeira do Sistema Único de Saúde (SUS) e a isonomia no acesso.

A pesquisa é relevante e atual, pois está situada na interseção entre direitos fundamentais, políticas públicas e a atuação do Poder Judiciário. A judicialização da saúde é um fenômeno que impacta diretamente a vida de milhares de cidadãos, a gestão da saúde pública e as finanças do Estado. Compreender os limites traçados pela mais alta Corte do país é fundamental para a segurança jurídica e para a correta aplicação do direito.

Do ponto de vista teórico, contribui para o aprofundamento do debate sobre a eficácia e a efetividade dos direitos sociais, a separação de poderes e os limites da atuação judicial em matéria de políticas públicas. A análise da jurisprudência do STF permite verificar como princípios constitucionais aparentemente conflitantes – como a dignidade da pessoa humana e a reserva do possível – são harmonicamente interpretados e aplicados.

O objetivo portanto é identificar as principais decisões do STF relacionadas à judicialização da saúde; Examinar os fundamentos jurídicos utilizados pela Corte na fixação de limites; Verificar se as restrições impostas contribuem para a efetividade do direito à saúde e a racionalidade das políticas públicas; Avaliar o impacto das decisões do STF na atuação das instâncias inferiores do Judiciário.

2. METODOLOGIA

A pesquisa foi desenvolvida através do método de abordagem dedutivo, partindo de premissas gerais sobre direitos fundamentais e judicialização para analisar a casuística concreta da jurisprudência do STF. Quanto aos objetivos, classifica-se como descritiva e explicativa, pois busca descrever o fenômeno da

judicialização e explicar os fundamentos e consequências dos limites impostos pela Corte.

Quanto aos procedimentos técnicos, trata-se de uma pesquisa bibliográfica e documental. A pesquisa bibliográfica deu-se em doutrinas jurídicas especializadas em direito constitucional, direito à saúde e direitos fundamentais, além de artigos científicos publicados em periódicos qualificados. A pesquisa documental foca-se na análise da jurisprudência do Supremo Tribunal Federal, notadamente:

- Os julgados referentes ao Tema de Repercussão Geral 1.091.
- Recursos Extraordinários e Agravos de Instrumento com repercussão geral reconhecida sobre a matéria.
- Súmulas e enunciados relevantes.

O instrumental de coleta de dados consistiu na leitura, fichamento e análise sistemática das fontes primárias (jurisprudência, Constituição, leis) e secundárias (doutrina, artigos). O tratamento dos dados observou o método qualitativo, baseado na análise de conteúdo e na técnica de interpretação jurídica, com o intuito de identificar padrões, argumentos recorrentes e a evolução do entendimento da Corte.

O universo da pesquisa compreende o conjunto de decisões do STF sobre judicialização da saúde proferidas nos últimos 10 anos, com ênfase nos julgados mais recentes que refletem a consolidação dos critérios restritivos.

A divisão do trabalho ocorreu da seguinte forma: inicialmente, revisão bibliográfica para fundamentação teórica; em seguida, coleta e análise da jurisprudência; por fim, sistematização dos resultados e redação do artigo.

3. DA FUNDAMENTAÇÃO JURÍDICA DO DIREITO À SAÚDE

A Constituição Federal de 1988, em seu artigo 196, estabelece que a saúde é “[...] direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

A partir desse mandamento constitucional, criou-se o Sistema Único de Saúde (SUS), um dos maiores sistemas de saúde pública do mundo. No entanto, a implementação concreta desse sistema esbarra em desafios estruturais,

orçamentários e de gestão, que impedem o pleno atendimento às necessidades da população.

O artigo 6º da Constituição Federal dispõe que “São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição.” (Brasil, 1988, p.10)

Observa-se que o artigo 6º da Constituição Federal eleva o direito à saúde a categoria de direito fundamental enquanto o artigo 196 do mesmo diploma traz a responsabilidade do Estado em prover tal direito e cria-se o Sistema Único de Saúde para tentar cumprir tal responsabilidade.

No âmbito infralegal foi promulgada a Lei 8.080 de 1990 com a finalidade de dispor sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e já em seu artigo 2º reafirmou o direito à saúde como direito fundamental.

Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

§ 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação. (Brasil, 1990, p.1)

Assim, demonstra-se a importância que a nossa carta maior deu a este direito e a sua importância no ordenamento jurídico interno, e destaca-se ainda que, o Brasil também adotou esta postura no cenário internacional.

O Brasil fez compromissos no âmbito internacional também em relação ao tema, tendo ratificado o Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (PIDESC) em 1992, por meio do Decreto no 591. Destaca-se que o artigo 12 do Pacto traz que

1. Os Estados Partes do presente Pacto reconhecem o direito de toda pessoa de desfrutar o mais elevado nível possível de saúde física e mental.
2. As medidas que os Estados Partes do presente Pacto deverão adotar com o fim de assegurar o pleno exercício desse direito incluirão as medidas que se façam necessárias para assegurar:
 - a) A diminuição da mortalidade e da mortalidade infantil, bem como o desenvolvimento das crianças;
 - b) A melhoria de todos os aspectos de higiene do trabalho e do meio ambiente;
 - c) A prevenção e o tratamento das doenças epidêmicas, endêmicas,

profissionais e outras, bem como a luta contra essas doenças;
d) A criação de condições que assegurem a todos assistência médica e serviços médicos em caso de enfermidade. (Brasil, 1992, p.6)

Conforme entendimento consolidado do Supremo Tribunal Federal (STF), os tratados internacionais de direitos humanos ratificados pelo Brasil possuem status supralegal ou, aqueles aprovados pelo rito do artigo 5º, § 3º, da Federal, equivale a emendas constitucionais.

O Tema do Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais não foi realizado neste rito especial, embora sua força normativa é inegável, vinculando todos os poderes da República e servindo como aparência de validade para políticas como saúde de público, portanto com o status de norma Supralegal.

4. ELEMENTOS ESTRUTURANTES DO DIREITO À SAÚDE

O Comitê das Nações Unidas para Direitos Econômicos, Sociais e Culturais no Comentário Geral nº 14 (Carbonari, 2024), entende que o direito à saúde abrange um de direito gozar de unidades de um conjunto de um conjunto de bens e serviços essenciais para realização do mais alto nível de saúde.

Destaca-se ainda quatro elementos essenciais e inter-relacionados que devem ser observados pelos Estado-partes, sendo:

- a) Disponibilidade: Os Estados devem a guarda de serviços de saúde, programas e bens de saúde em quantidade em quantidade suficiente. Isso incluem uma infraestrutura, os medicamentos essenciais hospitalares e profissionais de saúde de qualificados.
- b) Acessibilidade (Acessibilidade): *Não discriminação*: Os serviços de saúde devem ser acessíveis a todos, sem são raça de distinção, cor, sexo, idioma, opinião, política da natureza ou outra origem, social, etc, e haver o acesso como as unidades de saúde estarem ao alcance de todas as comunidades de periferias urbanas. O pagamento pelos serviços de saúde de ser viável para todos, sendo que o Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, ao prever gratuidade do atendimento, alinha-se a essa diretriz. Deve-se ainda respeitar o direito de, busca e difundir perguntas sobre questões de prescrição médica para atendimento, desde que respeitada a confidencial.
- c) Aceitabilidade (Aceitabilidade): Todos os serviços de saúde devem ser

cultural e culturalmente, aceitos, respeitando-se como as pessoas idosas e diversidade cultural das pessoas.

- d) Qualidade (Qualidade): Os serviços de saúde não devem ser apenas culturalmente aceitos, mas cientificamente também, sendo de boa qualidade, o que exige profissionais capacitados, com registro de medicamentos e equipamentos em artigos de trabalho.

Ao assinar este importante tratado, o Brasil aceitou diversas recomendações. Veja-se as principais recomendações que o Estado Brasileiro se comprometeu:

Fortalecer as medidas para promover a igualdade racial, incluindo programas de conscientização pública nas escolas, e facilitação do acesso a educação, saúde e outros programas sociais (Filipinas).

149.149 Adotar políticas abrangentes de igualdade de acesso a serviços sociais, saúde e educação para combater a desigualdade e a pobreza (Botsuana).

149.153 Continuar com os esforços voltados para a prestação de serviços de saúde, educação e programas de redução da pobreza, especialmente nas áreas rurais (Sudão).

149.156 Continuar com os esforços para reduzir a pobreza no país, especialmente nas camadas mais vulneráveis da população, cujas condições de vida e bem-estar se deterioraram após a pandemia de Covid-19 (Turquia).

149.164 Tomar medidas concretas para mitigar as consequências negativas da era pós-Covid-19, a fim de proteger o direito a um padrão de vida adequado de seu povo (República Islâmica do Irã).

149.169 Continuar os esforços para fortalecer o sistema de saúde universal brasileiro (Maldivas).

149.170 Fornecer acesso a cuidados de saúde a preços acessíveis para todos, sem discriminação (República da Moldávia).

149.171 Continuar trabalhando para aprimorar a atenção primária à saúde, em termos de investimento em recursos ou de desenvolvimento do desempenho das equipes envolvidas (Oman).

149.172 Assegurar o acesso a serviços de saúde sexual e reprodutiva; e adotar uma estratégia de educação sexual abrangente (México).

149.173 Melhorar o acesso aos serviços de saúde para todos, especialmente no campo da saúde sexual e reprodutiva (Tunísia).

149.174 Fornecer acesso universal a serviços abrangentes de saúde sexual e reprodutiva para todos os grupos, incluindo mulheres e meninas, e à comunidade LGBTI, sem preconceito (Canadá). (Carbonari, 2024, p.18).

Observa-se que ao final de cada recomendação, aparece entre parêntesis o nome do país que apresentou a proposta. O número que antecede cada parágrafo equivale ao constante no documento original. E todas estas recomendações o Estado brasileiro se comprometeu reforçando sua responsabilidade com a saúde de qualidade.

O Estado Brasileiro não pode adotar práticas discriminatórias no acesso aos serviços de saúde, nem implementa políticas que agravem a marginalização da população em relação a esse tão importante direito, de modo que a alocação

orçamentária para a saúde pode não ser insuficiente a ponto de inviabilizar o atendimento mínimo exigido pela Constituição Federal devendo atender ao mínimo existencial.

A internalização do tratado pelo Decreto no 591/1992 aliado, aos parâmetros interpretativos do Geral Comentário no 14 da ONU, fornecer um arcabouço normativo que observância os poderes de candidatura à dos das práticas acessíveis, acessibilidade, capacidade de qualidade e qualidade nos serviços de saúde.

O fenômeno da judicialização da saúde no Brasil cresceu de forma exponencial nas últimas décadas, revelando uma tensão entre o direito individual e a gestão pública dos recursos coletivos. Para Barroso (2019, p.12), “o judiciário passou a ocupar um papel de “protagonista institucional” na concretização de políticas públicas, especialmente em temas de alta relevância social”.

Essa deficiência na prestação estatal direta levou a um crescimento exponencial de ações judiciais que demandam o fornecimento de medicamentos, muitas vezes de alto custo, tratamentos experimentais e cirurgias. Esse fenômeno, conhecido como judicialização da saúde, coloca o Poder Judiciário no centro de uma complexa disputa que envolve, de um lado, o direito à vida e à saúde do cidadão e, de outro, a racionalidade administrativa, a equidade na distribuição de recursos escassos e a própria sustentabilidade do SUS.

Inicialmente, o STF adotou uma postura bastante intervencionista, priorizando, de forma quase absoluta, o direito à vida e à saúde do indivíduo em face de argumentos econômicos ou de gestão. Contudo, com o agravamento da crise financeira do Estado e o aumento descontrolado dessas demandas, a Corte passou a estabelecer critérios mais rigorosos.

Nesse sentido, surge o questionamento de quais os parâmetros e limites jurídicos impostos pelo Supremo Tribunal Federal à judicialização do direito à saúde, de modo a conciliar a garantia constitucional individual com os princípios da reserva do possível, da integralidade do SUS e da gestão democrática e equitativa dos recursos públicos.

Para manter seu compromisso interno e externo com o direito à saúde, foi atribuído no ordenamento brasileiro, tal responsabilidade à Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) com a missão de regular e fiscalizar os produtos que impactam a saúde, bem como os medicamentos e novos procedimentos.

5. DA JURISPRUDÊNCIA: OS ENTENDIMENTOS NOS TRIBUNAIS SOBRE O DIREITO À SAÚDE

O Supremo Tribunal Federal, a partir de julgamentos emblemáticos como a Tema 1.091 de Repercussão Geral, consolidou a exigência de que o demandante comprove a efetiva incapacidade econômica, a negativa administrativa prévia pelo SUS e a existência de prescrição médica específica, além de priorizar medicamentos e tratamentos incluídos em políticas públicas e protocolos clínicos.

A Corte tem limitado a judicialização ao impor a observância da lista de medicamentos do SUS e de protocolos clínicos como parâmetro de razoabilidade, restringindo decisões que determinem tratamentos puramente experimentais ou sem comprovação científica, salvo em situações excepcionais de última ratio, visando preservar a equidade e a racionalidade técnica e orçamentária do sistema.

Desta forma, é preciso analisar as limitações impostas pelo Supremo Tribunal Federal à judicialização do direito à saúde e seus impactos na efetivação dos direitos fundamentais sociais para identificar as principais decisões do STF relacionadas à judicialização da saúde.

É imprescindível examinar os fundamentos jurídicos utilizados pela Corte na fixação de limites verificando se as restrições impostas contribuem para a efetividade do direito à saúde e a racionalidade das políticas públicas e avaliar qual o impacto das decisões do STF na atuação das instâncias inferiores do Judiciário.

Trata-se de um tema de extrema relevância e atualidade, que se situa na interseção entre direitos fundamentais, políticas públicas e a atuação do Poder Judiciário. A judicialização da saúde é um fenômeno que impacta diretamente a vida de milhares de cidadãos, a gestão da saúde pública e as finanças do Estado. Compreender os limites traçados pela mais alta Corte do país é fundamental para a segurança jurídica e para a correta aplicação do direito.

Busca-se o aprofundamento do debate sobre a eficácia e a efetividade dos direitos sociais, a separação de poderes e os limites da atuação judicial em matéria de políticas públicas. A análise da jurisprudência do STF permite verificar como princípios constitucionais aparentemente conflitantes – como a dignidade da pessoa humana e a reserva do possível – são harmonicamente interpretados e aplicados.

É importante elucidar os caminhos e obstáculos para a concretização do direito à saúde, um dos mais sensíveis e demandados pela população. Ao esclarecer os

critérios adotados pelo STF, o trabalho pode orientar tanto os operadores do direito quanto os gestores públicos e a sociedade civil, fomentando um debate mais qualificado e contribuindo para a busca de soluções que conciliem o atendimento às necessidades individuais urgentes com a construção de um sistema de saúde público, universal e sustentável.

As limitações impostas pelo Supremo Tribunal Federal à judicialização do direito à saúde contribuem para o equilíbrio entre a efetividade dos direitos fundamentais e o respeito aos princípios da administração pública e da separação de poderes.

A atuação judicial na concretização do direito à saúde nem sempre é isenta de críticas. De acordo com Sarlet e Figueiredo (2018, p.2), “[...] decisões judiciais que impõem ao Estado a obrigação de fornecer medicamentos de alto custo ou tratamentos experimentais podem violar os princípios da reserva do possível e da isonomia, uma vez que atendem interesses individuais em detrimento da coletividade”.

O STF, em importantes precedentes, como o RE 566.471/RN (Tema 6 de Repercussão Geral), firmou o entendimento de que o Estado não é obrigado a fornecer medicamento de alto custo não registrado na Anvisa, salvo em hipóteses excepcionais, quando comprovada a inexistência de alternativa terapêutica e a inércia administrativa.

O direito à saúde está constitucionalmente consagrado como um direito social fundamental, integrando o conceito de mínimo existencial para uma vida digna. Conforme ensina José Afonso da Silva, os direitos sociais “[...] são prestações positivas proporcionadas pelo Estado direta ou indiretamente, enunciadas em normas constitucionais, que possibilitam melhores condições de vida aos mais fracos” (Silva, 2013, p. 305). Nessa esteira, a saúde não é apenas a ausência de doença, mas um estado de completo bem-estar físico, mental e social.

A Constituição Federal de 1988 inaugurou um modelo de Estado Social comprometido com a efetivação dos direitos fundamentais. Segundo Sarlet (2012, p, 212), “[...] os direitos sociais representam a face positiva da dignidade humana, impondo ao Estado o dever de garantir condições materiais mínimas para uma vida digna”.

No campo da saúde, o artigo 196 da Constituição Federal estabelece que a saúde é “[...] direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas”. (Brasil, 1988, p.5). Contudo, a insuficiência do Estado em cumprir esse

mandamento originou a chamada judicialização da saúde, definida por Machado (2015, p.56) como “[...] a interferência do Poder Judiciário na implementação de políticas públicas de saúde diante da omissão ou ineficiência do Executivo”.

Importante decisão encontra-se no julgamento do Recurso Especial 1715798 / RS sobre aplicação de percentual de reajuste decorrente da idade do assegurado em Plano de saúde.

4. Caso concreto do RESP 1.715.798/RS: REAJUSTE DE 40% NA ÚLTIMA FAIXA ETÁRIA. EXCLUSÃO DO REAJUSTE PELO TRIBUNAL DE ORIGEM. DESCABIMENTO. RAZOABILIDADE DO ÍNDICE E DO PREÇO DA MENSALIDADE PRATICADOS. DESNECESSIDADE DE PROVA ATUARIAL.
- 4.1. Validade do reajuste pactuado no percentual de 40% para a última faixa etária, pois esse percentual se encontra aquém da média de mercado praticada pelas operadoras, como também se encontra aquém da média o preço fixado para a mensalidade da última faixa etária, não se verificando abusividade no caso concreto.
- 4.2. Desnecessidade de produção de prova atuarial no caso concreto.
5. Caso concreto do RESP 1.716.113/DF: PLANO COLETIVO DE AUTOGESTÃO. REAJUSTE DE 67,57%. REVISÃO PARA 16,5%. SOMA ARITMÉTICA DE ÍNDICES. APLICAÇÃO EQUIVOCADA DA RN ANS 63/2003. APLICABILIDADE AOS PLANOS DE AUTOGESTÃO. CÁLCULO MEDIANTE VARIAÇÃO ACUMULADA. DESCABIMENTO DA MERA SOMA DE ÍNDICES.
- 5.1. Aplicabilidade da RN ANS 63/2003 aos planos de saúde operados na modalidade de autogestão, tendo em vista a ausência de ressalva quanto a essa modalidade de plano no teor dessa resolução normativa.
- 5.2. Aplicação da tese “b”, fixada no item 2, supra, para se afastar o critério da mera soma de índices, determinando-se o retorno dos autos ao Tribunal de origem para que se calcule a variação acumulada de acordo com a respectiva fórmula matemática.
6. Caso concreto do RESP 1.873.377/SP: IRDR 11/TJSP. REAJUSTE POR FAIXA ETÁRIA. DETERMINAÇÃO DE RETORNO DOS AUTOS AO JUÍZO DE ORIGEM. AUSÊNCIA DE IMPUGNAÇÃO PELOS RECORRENTES. ÔBICE DA SÚMULA 283/STF. PARCIAL PROVIMENTO DOS RECURSOS QUANTO AO CRITÉRIO DA ALEATORIEDADE DO ÍNDICE. DESPROVIMENTO QUANTO AO PLEITO DE INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA, NOS TERMOS DO VOTO DO MIN. RICARDO VILLAS BOAS CUEVA (Brasil, 2022, p.3)

A Segunda Seção do Superior Tribunal de Justiça, ao apreciar o Recurso Especial n. 1.715.798/RS, consolidou o entendimento acerca do tema envolvendo os limites dos reajustes nos contratos de plano de saúde adotando o parâmetro de faixa etária. A controvérsia apreciada no Tema Repetitivo 952 envolve a possibilidade de revisão judicial dos percentuais de majoração das mensalidades aplicados em razão da mudança de faixa etária do beneficiário, e os parâmetros estabelecidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Esta decisão possui natureza vinculante no âmbito do sistema de precedentes

qualificados e estabelece balizas objetivas que harmonizam a proteção do consumidor com a necessidade de equilíbrio econômico-atuarial dos contratos de saúde suplementar. Basilados pelos princípios da boa-fé objetiva, do equilíbrio contratual e da regulação setorial, esta decisão confere contornos definidores ao controle jurisdicional dos reajustes etários, sobretudo ao distinguir os planos individuais dos planos coletivos e as especificidade das entidades de autogestão.

No mesmo íterim foi apreciado o Recurso Especial 1716113 / DF,

1. Delimitação da controvérsia: Controvérsia pertinente à validade da cláusula de reajuste por faixa etária e ao ônus da prova da base atuarial do reajuste, no contexto de pretensão de revisão de índice de reajuste por faixa etária deduzida pelo usuário contra a operadora, tratando-se de planos de saúde coletivos novos ou adaptados à Lei 9.656/1998.
2. Teses para os efeitos do art. 1.040 do CPC/2015:
 - (a) Aplicabilidade das teses firmadas no Tema 952/STJ aos planos coletivos, ressalvando-se, quanto às entidades de autogestão, a inaplicabilidade do CDC;
 - (b) A melhor interpretação do enunciado normativo do art. 3º, II, da Resolução n. 63/2003, da ANS, é aquela que observa o sentido matemático da expressão 'variação acumulada', referente ao aumento real de preço verificado em cada intervalo, devendo-se aplicar, para sua apuração, a respectiva fórmula matemática, estando incorreta a simples soma aritmética de percentuais de reajuste ou o cálculo de média dos percentuais aplicados em todas as faixas etárias;
3. Desafetação da questão referente à inversão do ônus da prova, nos termos do voto do Min. RICARDO VILLAS BOAS CUEVA.
4. Caso concreto do RESP 1.715.798/RS: REAJUSTE DE 40% NA ÚLTIMA FAIXA ETÁRIA. EXCLUSÃO DO REAJUSTE PELO TRIBUNAL DE ORIGEM. DESCABIMENTO. RAZOABILIDADE DO ÍNDICE E DO PREÇO DA MENSALIDADE PRATICADOS. DESNECESSIDADE DE PROVA ATUARIAL.
 - 4.1. Validade do reajuste pactuado no percentual de 40% para a última faixa etária, pois esse percentual se encontra aquém da média de mercado praticada pelas operadoras, como também se encontra aquém da média o preço fixado para a mensalidade da última faixa etária, não se verificando abusividade no caso concreto.
 - 4.2. Desnecessidade de produção de prova atuarial no caso concreto.
5. Caso concreto do RESP 1.716.113/DF: PLANO COLETIVO DE AUTOGESTÃO. REAJUSTE DE 67,57%. REVISÃO PARA 16,5%. SOMA ARITMÉTICA DE ÍNDICES. APLICAÇÃO EQUIVOCADA DA RN ANS 63/2003. APLICABILIDADE AOS PLANOS DE AUTOGESTÃO. CÁLCULO MEDIANTE VARIAÇÃO ACUMULADA. DESCABIMENTO DA MERA SOMA DE ÍNDICES.
 - 5.1. Aplicabilidade da RN ANS 63/2003 aos planos de saúde operados na modalidade de autogestão, tendo em vista a ausência de ressalva quanto a essa modalidade de plano no teor dessa resolução normativa.
 - 5.2. Aplicação da tese "b", fixada no item 2, supra, para se afastar o critério da mera soma de índices, determinando-se o retorno dos autos ao Tribunal de origem para que se calcule a variação acumulada de acordo com a respectiva fórmula matemática. (Brasil, 2022, p.3).

Evidencia-se que a judicialização surge como um mecanismo de efetivação desses direitos quando o Estado se omite. Contudo, essa intervenção judicial não é

ilimitada. O princípio da separação de poderes, pedra angular do Estado Democrático de Direito, impõe que o Judiciário atue com autocontenção, especialmente em áreas que demandam alocação de recursos e escolhas trágicas, típicas da administração pública.

O Agravo Interno no Recurso Especial 1553112 / CE, do Superior Tribunal de Justiça firmou entendimento sobre a judicialização nos seguintes termos:

2. O Estado (as três esferas de Governo) tem o dever de assegurar a todos os cidadãos, indistintamente, os direitos à dignidade humana, à vida e à saúde, conforme inteligência dos arts. 1º, 5º, caput, 6º, 196 e 198, I, da Constituição da República.
3. A ausência de previsão do medicamento em protocolos clínicos de diretrizes terapêuticas do Ministério da Saúde não tem o condão de eximir os entes federados do dever imposto pela ordem constitucional, porquanto não se pode admitir que regras burocráticas, previstas em portarias ou normas de inferior hierarquia, prevaleçam sobre direitos fundamentais do cidadão.
4. Hipótese em que o Tribunal de origem evidenciou a necessidade e adequação do fármaco pleiteado para o tratamento da patologia da paciente, acentuando que o produto, apesar de não incorporado à lista do SUS, já se encontra registrado na ANVISA.
5. A inversão do julgado demandaria a análise do conjunto fático-probatório, o que é inviável em sede de recurso especial, nos termos da Súmula 7 do STJ.
6. A intervenção do Judiciário na implementação de políticas públicas, notadamente para garantir a prestação de direitos sociais, como a saúde, não viola o princípio da separação de poderes (Brasil, 2017, p.2).

Os fundamentos apontados pelo Tribunal no acórdão em exame partem de premissa constitucional e internacional considerando os tratados assumidos pelo Brasil inafastável sobre o dever do Estado, em suas três esferas de governo em assegurar a todos os cidadãos, de forma indistinta, os direitos à dignidade humana, à vida e à saúde.

Conforme já argumentado, esta compreensão encontra respaldo no texto constitucional, nos artigos 1º, inciso III, que estabelece a dignidade da pessoa humana como fundamento da República; no artigo 5º, *caput*, que consagra o princípio da igualdade; em consonância com o artigo 6º, que elenca a saúde como direito social fundamental e por fim, nos artigos 196 e 198, inciso I, que definem a saúde como direito de todos e dever do Estado, estruturado por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), organizado com base na descentralização político-administrativa.

Por força destas normativas constitucionais combinadas com o Pacto Civil de Direitos constitucionais impõe a compreensão da saúde como direito fundamental de caráter prestacional, cuja efetivação reclama atuação coordenada entre os entes

federados. A descentralização prevista no art. 198, inciso I, da Constituição, ao mesmo tempo em que distribui competências, estabelece responsabilidade solidária dos entes políticos na concretização do direito à saúde.

Nesse contexto, a omissão de qualquer dos entes federados na prestação do serviço ou no fornecimento do tratamento necessário configura violação direta ao ordenamento constitucional, independentemente da distribuição formal de atribuições prevista na legislação infraconstitucional.

A Corte Superior reafirma o entendimento já consolidado em sua jurisprudência, no sentido de que a responsabilidade dos entes federados em matéria de saúde é solidária, podendo o beneficiário da prestação demandar qualquer deles, isolada ou conjuntamente, para obter a satisfação do direito lesado.

Destaca-se o Tema Repetitivo 793 do Superior Tribunal de Justiça que reflete a compreensão de que a repartição de competências estabelecida na Lei Orgânica da Saúde (Lei n. 8.080/1990) não tem o condão de transferir ao cidadão o ônus de identificar, em cada caso concreto, qual ente federativo seria responsável pela prestação do serviço, sob pena de tornar inefetivo o direito fundamental à saúde.

O acórdão anteriormente mencionado enfrentou ainda a questão de relevância ímpar para a definição dos limites da judicialização da saúde sobre a força vinculante dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) elaborados pelo Ministério da Saúde. A decisão estabeleceu que a ausência de previsão do medicamento em tais protocolos não tem o condão de eximir os entes federados do dever imposto pela ordem constitucional, porquanto não se pode admitir que regras burocráticas, previstas em portarias ou normas de hierarquia inferior, prevaleçam sobre direitos fundamentais do cidadão.

Os protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas mencionados na decisão, portanto são revestidos de importância inegável para a organização racional e equânime do sistema de saúde, constituem atos normativos secundários, editados no âmbito do Poder Executivo, que não podem prevalecer sobre a norma constitucional que garante o direito fundamental à saúde.

A rigidez constitucional e a supremacia da Constituição sobre os demais atos normativos impõem que qualquer restrição ao acesso a medicamentos, tratamentos ou procedimentos deve ser aferida à luz dos valores constitucionais, não podendo ser justificada exclusivamente pela ausência de inclusão em listas ou protocolos administrativos.

A jurisprudência do Supremo Tribunal Federal, em sede de repercussão geral (ARE 1.164.961/RS, Tema 1066), tem reconhecido que a não incorporação de determinado medicamento ao SUS não constitui, por si só, óbice absoluto ao fornecimento judicial, quando demonstrada a necessidade do tratamento, a eficácia do fármaco, a aprovação pela ANVISA e a impossibilidade de substituição por outro produto já incorporado. O acórdão ora comentado alinha-se a essa diretriz, conferindo ao direito fundamental à saúde primazia sobre as normas infraconstitucionais que disciplinam a organização do sistema público de saúde.

Por fim, ficou evidente a exigência da necessidade e da adequação do fármaco pleiteado para o tratamento da patologia da paciente, acentuando, ainda, que o produto, embora não incorporado à lista do SUS, já se encontra registrado na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

Nesse contexto, emerge ainda o princípio da reserva do possível, argumento frequentemente invocado pelo Estado para limitar a concessão de prestações em face da escassez de recursos. Para Virgílio Afonso da Silva, “[...] a reserva do possível não pode ser um obstáculo intransponível, mas deve ser sopesada com a fundamentalidade do direito pleiteado, exigindo-se do Estado a comprovação da efetiva indisponibilidade orçamentária” (Silva, 2009, p. 162).

O STF, ao longo dos anos, construiu um referencial teórico-prático para lidar com essa tensão. Inicialmente, prevalecia a primazia absoluta do direito à vida, como se observa em julgados que determinavam o fornecimento de medicamentos independentemente de registro na ANVISA ou de inclusão em protocolos do SUS. Porém, uma guinada jurisprudencial começou a se delinear, buscando maior racionalidade.

O marco teórico mais importante foi estabelecido no julgamento do Tema 1.091 de Repercussão Geral, onde o STF fixou a tese de que

É direito do cidadão e dever do Estado o fornecimento de medicamentos, ainda que não registrados na ANVISA, desde que haja previsão em lista do SUS ou em protocolos clínicos, ou, excepcionalmente, mediante comprovação da incapacidade financeira, da existência de prescrição médica e da efetiva necessidade do produto para o tratamento (Brasil, 2020, p.4).

O Supremo Tribunal Federal, ciente das implicações dessa atuação, fixou parâmetros jurisprudenciais relevantes. No RE 566.471/RN (Tema 6, julgado em 2019), relator Ministro Marco Aurélio, a Corte estabeleceu que

O Estado não pode ser compelido a fornecer medicamento experimental ou não registrado pela Anvisa, salvo em casos excepcionais, mediante comprovação de ineficácia das alternativas terapêuticas existentes e incapacidade financeira do paciente. (Brasil, 2020,p.7).

Já no RE 657.718/MG (Tema 500), de relatoria do Ministro Luís Roberto Barroso, o Tribunal determinou que o fornecimento de medicamentos não incorporados ao SUS exige a observância de critérios técnicos e a demonstração de excepcionalidade, reafirmando a necessidade de preservar a racionalidade do sistema público.

Essas decisões refletem uma transição da postura ativista para uma atuação de deferência técnica, conforme leciona Barroso (2021, p.76), ao afirmar que “[...] o controle judicial das políticas públicas deve ser exercido com autocontenção, mas sem abdicação do dever de garantir direitos fundamentais”.

Esse entendimento reflete uma ponderação sofisticada. Ao priorizar os medicamentos listados pelo SUS, a Corte respeita as escolhas técnicas e democráticas do gestor público, valorizando a equidade – princípio que visa garantir que recursos limitados sejam distribuídos de forma justa, atendendo prioritariamente aos que mais necessitam.

Conforme leciona Ana Paula de Barcellos (2011, p. 188), “[...] a judicialização desmedida pode gerar iniquidades, beneficiando aqueles que têm acesso à Justiça em detrimento da maioria que depende exclusivamente do sistema”.

Portanto, a atuação atual do STF é multifacetado, combinando a garantia incondicional do núcleo essencial do direito à saúde com a deferência aos critérios técnico-administrativos e orçamentários, sempre em busca de um equilíbrio que preserve a integridade do SUS como política pública universal.

6. CONCLUSÃO

A presente pesquisa alcançou seus objetivos ao demonstrar que o Supremo Tribunal Federal, no exercício de sua função jurisdicional, tem delineado contornos precisos para a judicialização da saúde, afastando o ativismo judicial irrestrito como também a omissão absoluta diante de demandas individuais.

A análise empreendida permitiu identificar que a Corte construiu, ao longo das últimas décadas, um arcabouço jurisprudencial sólido, cujo principal expoente é o Tema 1.091 da Repercussão Geral, decisão que estabeleceu critérios objetivos para a concessão de medicamentos e tratamentos não incorporados ao SUS.

Os fundamentos jurídicos utilizados pelo Supremo Tribunal Federal revelam uma ponderação constitucional sofisticada, que articula princípios aparentemente antagônicos. De um lado, o princípio da dignidade da pessoa humana e o direito à vida impõem ao Estado o dever de garantir prestações positivas, especialmente quando comprovada a hipossuficiência do demandante e a imprescindibilidade do bem pleiteado. De outro lado, os princípios da separação de poderes, da reserva do possível e da isonomia funcionam como balizas que impedem a transformação do Judiciário em gestor indireto da saúde pública, preservando a competência técnica e democrática do Executivo na alocação de recursos escassos.

Verificou-se que as restrições impostas pela Corte, longe de representarem retrocesso na proteção do direito fundamental à saúde, contribuem decisivamente para a racionalização das políticas públicas. Ao exigir a comprovação de negativa administrativa prévia, a prescrição médica fundamentada, a ausência de substituto terapêutico no SUS e, nos casos excepcionais de medicamentos não registrados na Anvisa, a demonstração cabal da necessidade, o STF impede que o sistema público seja capturado por interesses individuais que comprometam a universalidade e a equidade que informam o Sistema Único de Saúde.

Essa postura assegura que o direito à saúde seja efetivado não apenas para o indivíduo que litiga, mas para toda a coletividade que é dependente das políticas públicas estruturadas.

Quanto ao impacto das decisões do Supremo Tribunal Federal nas instâncias inferiores foi constatado que os precedentes vinculantes têm exercido sua função essencial, reduzindo a dispersão jurisprudencial e conferindo maior previsibilidade às demandas judiciais em saúde. Os Juízes e os tribunais passaram a observar os parâmetros fixados pela Corte, exigindo a demonstração concreta dos requisitos objetivos

e subjetivos que servem para autorizar a intervenção judicial, contribuindo para a segurança jurídica e para a redução de decisões que sejam contraditórias sobre situações análogas.

Portanto, a atuação do Supremo Tribunal Federal na judicialização da saúde revela o amadurecimento institucional necessário ao equilíbrio entre a efetividade dos direitos fundamentais e a sustentabilidade do sistema público.

Ao estabelecer limites claros e tecnicamente fundamentados, a Corte não apenas protege o direito individual do cidadão que comprovadamente necessita da tutela jurisdicional, mas também resguarda a própria existência do Sistema Único de Saúde como uma política pública universal, impedindo que demandas que sejam pontuais comprometam a racionalidade alocativa e a igualdade para o acesso que constituem a espinha dorsal do sistema constitucional de saúde.

7. REFERÊNCIAS

BARROSO, Luís Roberto. **O novo direito constitucional brasileiro: contribuições para a construção teórica e prática da jurisdição constitucional no Brasil**. 3. ed. São Paulo: Saraiva, 2021.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Recurso Extraordinário n. 566.471/RN**, Rel. Min. Marco Aurélio, julgado em 22 mai. 2019 (Tema 6 da Repercussão Geral).

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Recurso Extraordinário n. 657.718/MG**, Rel. Min. Luís Roberto Barroso, julgado em 11 mar. 2021 (Tema 500 da Repercussão Geral).

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. **Recurso Especial n. 1.715.798/RS**, relator Ministro Paulo de Tarso Sanseverino, Segunda Seção, julgado em 23 de março de 2022, publicado no DJe em 8 de abril de 2022. (Tema Repetitivo 1016). Disponível em: <https://scon.stj.jus.br>. Acesso em: 22 mar. 2026.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. **Recurso Especial n. 1.716.113/DF**, relator Ministro Paulo de Tarso Sanseverino, Segunda Seção, julgado em 23 de março de 2022, publicado no DJe em 8 de abril de 2022. (Tema Repetitivo 952). Disponível em: <https://scon.stj.jus.br>. Acesso em: 22 mar. 2026.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. **Agravo Interno no Recurso Especial n.**

1.553.112/CE, relator Ministro Gurgel de Faria, Primeira Turma, julgado em 16 de fevereiro de 2017, publicado no **DJe** em 10 de março de 2017. Disponível em: <https://scon.stj.jus.br>. Acesso em: 22 mar. 2026.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Tema 1.091 de Repercussão Geral**. Relator: Min. Dias Toffoli. Julgado em: 12/03/2020. Disponível em: <http://portal.stf.jus.br/jurisprudenciaRepercussao/verAndamentoProcesso.asp?incidence=5832797&numeroProcesso=566471&classeProcesso=RE&numeroTema=1091>. Acesso em: 15 out. 2024.

CARBONARI, Paulo César (org.). **Recomendações internacionais sobre direito humano à saúde**. Passo Fundo: Saluz, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/assuntos/noticias/arquivos/recomendacoes-internacionais-sobre-direitos-humanos-a-saude> Acesso em: 22 de fev. 2026.

MACHADO, Marta. **Judicialização da saúde no Brasil: o papel do Judiciário na concretização de políticas públicas**. Revista de Direito Público, v. 12, n. 46, 2015.

SARLET, Ingo Wolfgang; FIGUEIREDO, Mariana Filchtiner. **Direito à Saúde e Judicialização: uma análise à luz da Lei nº 8.080/90 e da jurisprudência do STF**. Revista de Direito do Estado, v. 14, p. 45-78, 2019. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=537153033003>. Acesso em: 15 out. 2024.

SILVA, José Afonso da. **Curso de Direito Constitucional Positivo**. 37. ed. São Paulo: Malheiros, 2013.

SILVA, Virgílio Afonso da. **Direitos Fundamentais: conteúdo essencial, restrições e eficácia**. 2. ed. São Paulo: Malheiros, 2009.