

idp

idn

MESTRADO PROFISSIONAL EM ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

**IMPACTOS DA JUDICIALIZAÇÃO NAS POLÍTICAS PÚBLICAS
DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE QUIXADÁ-CE (2019–2023)**

**ANTÔNIO CARLOS FERNANDES PINHEIRO
JÚNIOR**

Brasília-DF, 2025

ANTÔNIO CARLOS FERNANDES PINHEIRO JÚNIOR

IMPACTOS DA JUDICIALIZAÇÃO NAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE QUIXADÁ-CE (2019–2023)

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Administração Pública, do Instituto Brasileiro de Ensino, Desenvolvimento e Pesquisa, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre.

Orientador

Professor Doutor Fernando Boarato Meneguim

Brasília-DF 2025

ANTÔNIO CARLOS FERNANDES PINHEIRO JÚNIOR

IMPACTOS DA JUDICIALIZAÇÃO NAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE QUIXADÁ-CE (2019–2023)

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Administração Pública, do Instituto Brasileiro de Ensino, Desenvolvimento e Pesquisa, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre.

Aprovado em 24 / 11 / 2025

Banca Examinadora

Prof. Dr. Fernando Boarato Meneguim- Orientador

Prof. Dr. Luiz Ricardo Mattos Teixeira Cavalcante

Prof. Dr. Pedro Fernando de Almeida Nery Ferreira

Código de catalogação na publicação – CIP

P654i Pinheiro Júnior, Antônio Carlos Fernandes
Impactos da judicialização nas políticas públicas de saúde
no município de Quixadá-CE (2019-2023) / Antônio Carlos
Fernandes Pinheiro Júnior. — Brasília: Instituto Brasileiro
Ensino, Desenvolvimento e Pesquisa, 2025.

87 f. : il.

Orientador: Prof. Dr. Fernando Boarato Meneguim

Dissertação (Mestrado Profissional em Administração
Pública) — Instituto Brasileiro Ensino, Desenvolvimento e
Pesquisa – IDP, 2025.

1. Judicialização da saúde. 2. Políticas públicas. 3. Direito à
saúde . I.Título

CDD 350

Elaborada pela Biblioteca Ministro Moreira Alves

AGRADECIMENTOS

A Deus, fonte de toda sabedoria e força, pela presença constante em minha vida, pela luz nos momentos de dúvida e pelo amparo nas horas de dificuldade.

À minha esposa Liana Maria, companheira fiel de todas as jornadas, pelo amor, paciência e apoio incondicional em cada etapa deste caminho. Às minhas filhas Lia Maria e Laís Maria, que são o verdadeiro sentido da minha existência e a inspiração diária para seguir em frente com esperança e propósito.

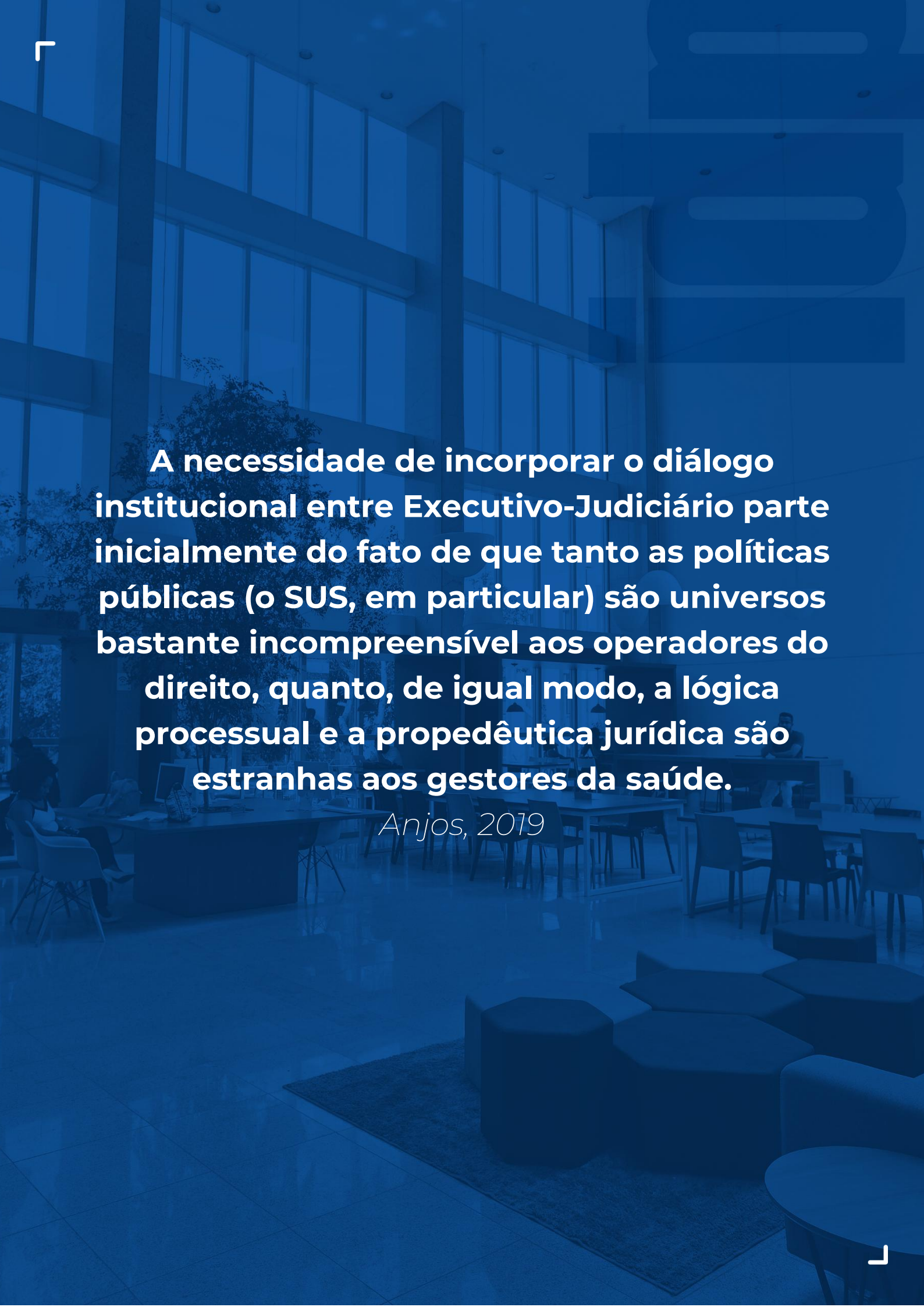
Aos meus pais, que me ensinaram o valor do trabalho honesto, da fé e da perseverança, e aos meus irmãos, pelo companheirismo e incentivo constante.

Ao meu orientador, professor Fernando Meneguim, pela orientação firme e generosa, pela confiança depositada e pelos valiosos ensinamentos que contribuíram, de forma decisiva, para a realização deste trabalho.

Aos meus colegas de turma, que tornaram o percurso do mestrado mais leve e enriquecedor, pelas trocas de experiências, apoio mútuo e amizade sincera.

Aos funcionários do IDP São Paulo, pela dedicação, presteza e cordialidade, sempre dispostos a colaborar para que nossa jornada acadêmica fosse mais fluida e produtiva.

A todos que, de alguma forma, auxiliaram no desenvolvimento deste trabalho.



A necessidade de incorporar o diálogo institucional entre Executivo-Judiciário parte inicialmente do fato de que tanto as políticas públicas (o SUS, em particular) são universos bastante incompreensível aos operadores do direito, quanto, de igual modo, a lógica processual e a propedêutica jurídica são estranhas aos gestores da saúde.

Anjos, 2019

RESUMO

A judicialização da saúde consolidou-se como um dos fenômenos mais relevantes e desafiadores para a gestão pública brasileira, especialmente em municípios de pequeno e médio porte, nos quais as decisões judiciais produzem impactos financeiros diretos e desproporcionais sobre o orçamento local. O presente estudo tem como objetivo analisar os efeitos da judicialização das políticas públicas de saúde no município de Quixadá-CE, com especial atenção às suas repercussões orçamentárias e administrativas. Trata-se de pesquisa de natureza aplicada, com abordagem quali-quantitativa, que combina análise documental, levantamento de dados financeiros e processuais, bem como revisão bibliográfica sobre o tema. A partir da análise dos relatórios do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), da Secretaria Municipal de Saúde e de dados extraídos do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), buscou-se compreender as causas e as consequências do fenômeno. A pesquisa propõe a adoção de um modelo cooperativo e condicional de governança interfederativa da judicialização da saúde, baseado na coordenação técnica, transparência e corresponsabilidade entre União, Estados e Municípios, e apoiado em instrumentos como os pareceres técnico-científicos do NAT-Jus, as diretrizes da CONITEC e as Câmaras de Conciliação em Saúde. O modelo sugerido substitui a lógica compensatória por uma abordagem preventiva e regulatória, que induz maior eficiência administrativa, fortalece a cooperação federativa e promove o uso racional dos recursos públicos. Os resultados apontam que a adoção desse arranjo de governança pode contribuir para reduzir os efeitos da judicialização sobre os orçamentos municipais, preservar a equidade no financiamento do SUS e garantir maior efetividade ao direito fundamental à saúde.

Palavras chave: Judicialização. Políticas públicas de saúde. Financiamento. Sistema Único de Saúde. Quixadá-CE.

ABSTRACT

The judicialization of healthcare has become one of the most significant and challenging phenomena in Brazilian public administration, particularly for small and medium-sized municipalities, where court decisions produce direct and disproportionate financial impacts on local budgets. This study aims to analyze the effects of healthcare judicialization on the municipality of Quixadá, Ceará, focusing on its budgetary and administrative repercussions. This is an applied research with a qualitative and quantitative approach, combining documentary analysis, financial and judicial data collection, and an extensive literature review on the subject. Using data from the National Council of Justice (CNJ), the Municipal Health Department, and the Public Health Budget Information System (SIOPS), the research seeks to understand the causes and consequences of this phenomenon. The study proposes the adoption of a cooperative and conditional model of inter-federative governance for healthcare judicialization, grounded in technical coordination, transparency, and shared responsibility among the federal, state, and municipal levels. This model is supported by technical-scientific opinions from the NAT-Jus, the guidelines of CONITEC, and Health Conciliation Chambers, which aim to strengthen evidence-based decision-making and prevent unnecessary litigation. The proposed model replaces the compensatory logic with a preventive and regulatory approach, fostering administrative efficiency, federative cooperation, and rational allocation of public resources. The results suggest that such a governance framework may mitigate the budgetary effects of judicialization, enhance equity in SUS financing, and promote greater effectiveness of the constitutional right to health.

Keywords: Health judicialization. Public budget. Public health policies. Unified Health System (SUS); Quixadá-CE.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|------------------------|--|
| ALMT | Assembleia Legislativa de Mato Grosso |
| APLIC | Sistema de Auditoria Pública Informatizada de Contas |
| BSB | Metodologia Balanced Scorecard |
| Conex-e | Sistema de Controle Externo Eletrônico (|
| DASP | Departamento de Administração do Serviço Público |
| EC | Emenda Constitucional |
| FIA | Fundação Instituto de Administração |
| GEO-Obras | Sistema de Gerenciamento de Obras Públicas |
| GESPÚBLIC A | Programa Nacional de Gestão Pública e Desburocratização |
| GPE | Gerenciamento de Planejamento Estratégico) |

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1

Litigiosidade por tipo de demanda, número de processos novos, Brasil, 2020-2023

44

Gráfico 2

Litigiosidade por tipo de demanda (saúde pública), número de processos novos, Quixadá-CE, 2020-2023

51

Gráfico 3

Litigiosidade por tipo de demanda (saúde pública), número de decisões, Quixadá-CE, 2020-2023

55

Gráfico 4

Distribuição dos medicamentos judicializados segundo sua conformidade com a Rename e a Conitec, Varas Cíveis de Quixadá-CE, 2019 a 2023

60

LISTA DE TABELAS

Tabela 1

Recursos destinados às despesas com ações e serviços de saúde no município de Quixadá-CE, período de 2019 a 2023

.....51

Tabela 2

Perfil sociodemográfico dos demandantes: associação entre faixa etária e ocupação/vínculo empregatício, Varas Cíveis de Quixadá-CE, 2019 a 2023

.....53

Tabela 3

Perfil processual das demandas judiciais segundo ente responsável e representante legal, Varas Cíveis de Quixadá-CE, 2019 a 2023

.....56

Tabela 4

Classificação e frequência dos objetos de pedido nas ações judiciais de saúde, Varas Cíveis de Quixadá-CE, 2019 a 2023

.....58

Tabela 5

Correlação entre despesa ordinária e extraordinária com ações e serviços de saúde, município de Quixadá-CE, 2019 a 2023

.....62

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO 15

2. ASPECTOS METODOLÓGICOS 21

2.1 OBJETIVOS DA PESQUISA 23

2.2 ABORDAGEM OU MÉTODO DA PESQUISA..... 23

2.2.1 ABORDAGEM OU MÉTODO QUANTITATIVO 23

2.2.2 ABORDAGEM OU MÉTODO QUALITATIVO 24

2.3 PROCEDIMENTOS TÉCNICOS 25

3. FUNDAMENTOS JURÍDICOS, PRINCIPAIS TIPOS DE DEMANDAS E PADRÕES INCIDENTES NO SUS 29

3.1 O DIREITO SOCIAL À SAÚDE COMO DIREITO FUNDAMENTAL E OS LIMITES DA ATUAÇÃO JUDICIAL 30

3.2 PRESSUPOSTOS JURÍDICOS E LEGAIS DA JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE E A INTERSEÇÃO ENTRE O MÍNIMO EXISTENCIAL E A RESERVA DO POSSÍVEL NO ORDENAMENTO JURÍDICO PÁTRIO 34

3.3 FUNCIONAMENTO INSTITUCIONAL: REGULAÇÃO DO ACESSO ADMINISTRATIVO ÀS TECNOLOGIAS DA SAÚDE E A CLASSIFICAÇÃO DAS DEMANDAS JUDICIAIS NO SUS 39

4. O COMPLEXO E MULTIFACETADO FENÔMENO DA JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE: SUJEITOS, ATUAÇÃO DO PODER JUDICIÁRIO E OS IMPACTOS ORÇAMENTÁRIOS E FISCAIS 48

4.1 ANÁLISE DOS DADOS EMPÍRICOS SOBRE A JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE EM QUIXADÁ-CE 52

4.2 CONVERGÊNCIA ENTRE A JUDICIALIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS E AS POLÍTICAS DE INCORPORAÇÃO TECNOLÓGICA DO SUS CONFORME A RENAME E A CONITEC 59

4.3 O TEMA 123 DO STF COMO FUNDAMENTO CONSTITUCIONAL DA GOVERNANÇA COOPERATIVA DA JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE..... 64

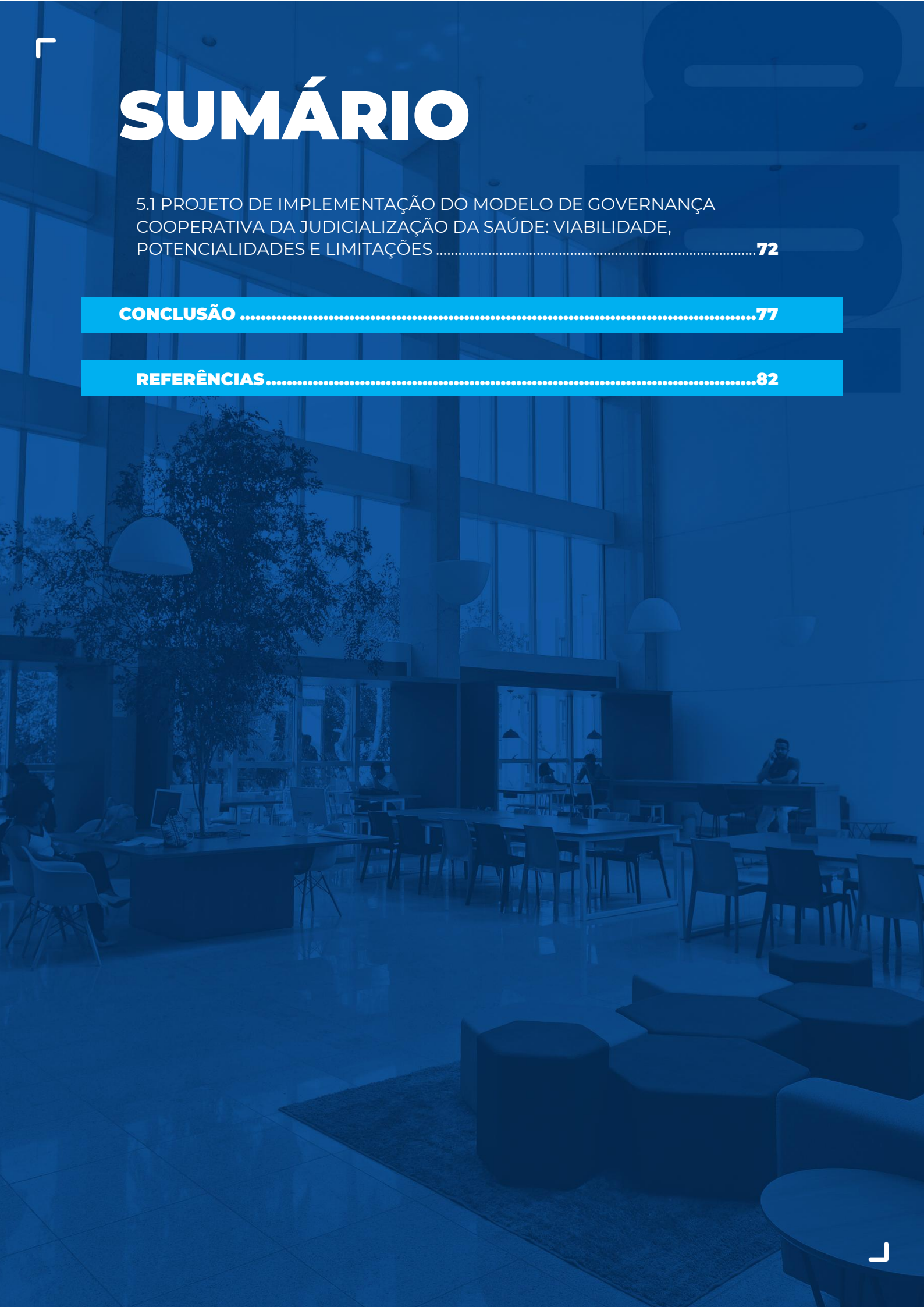
5. GOVERNANÇA COOPERATIVA E CONDICIONAL DA JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE: FUNDAMENTOS NORMATIVOS, ARQUITETURA INSTITUCIONAL E OPERACIONALIZAÇÃO À LUZ DO TEMA 123 DO STF 68

SUMÁRIO

5.1 PROJETO DE IMPLEMENTAÇÃO DO MODELO DE GOVERNANÇA
COOPERATIVA DA JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE: VIABILIDADE,
POTENCIALIDADES E LIMITAÇÕES72

CONCLUSÃO77

REFERÊNCIAS.....82





1

INTRODUÇÃO

O Brasil tem como conquista central de política de saúde o Sistema Único de Saúde (SUS), que oferta serviços de saúde cujo acesso é universal, integral e equitativo para todos os cidadãos. O SUS, reconhecido internacionalmente e elogiado por entidades de prestígio, como o *The New England Journal of Medicine*,¹ destaca-se como uma estrutura robusta e abrangente. No entanto, apesar de sua importância e alcance, o SUS enfrenta desafios significativos que comprometem sua capacidade de oferecer um atendimento pleno e equitativo à população brasileira.

Dentre os desafios enfrentados, destaca-se a crescente judicialização da saúde. Trata-se de fenômeno no qual, ante as limitações do próprio sistema, cidadãos recorrem ao sistema judiciário para obter medicamentos e tratamentos que o SUS não fornece adequadamente. Conquanto a judicialização seja uma saída para sanar as limitações do sistema, importa em implicações financeiras e administrativas que afetam a eficiência e a alocação de recursos.

A judicialização tem acarretado distorções nas prioridades do sistema de saúde, na iminência de comprometer a sustentabilidade financeira. As decisões judiciais frequentemente desconsideram limitações orçamentárias, o que impõe uma carga financeira não prevista, cujo impacto redireciona recursos de forma ineficiente, privilegia ações individuais e gera desigualdades, posto que, em geral, grande parte das demandas judiciais são propostas por pessoas com acesso à representação legal particular (Acosta Vinholes *et al.*, 2021; Wang *et al.*, 2014).

No contexto nacional, a partir dos dados do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), verifica-se o crescimento das ações dessa natureza a um percentual de mais de 130% entre 2008 e 2017. Entre os anos de 2020 e 2023, a tendência se intensificou, no painel de judicialização, especificamente na aba “Litigiosidade por Tipo de Demanda”. Em relação à Saúde Pública, registrou-se que, em 2020, foram propostos

¹ MANCINKO, James; HARRIS, Matthew D. **Brazil's Family Health Strategy** - Delivering Community-Based Primary Care in a Universal Health System. Disponível em: <http://www.nejm.org/doi/fukk/10.10.56/NEJMp1501140>. Acesso em: 20 out. 2024.

223.630 novos casos; em 2021, esse número aumentou para 273.400; em 2022, para 312.360 e, em 2023, para 351.680 processos (Conselho Nacional de Justiça, 2024).

O crescimento do fenômeno revela a pressão sobre o SUS e destaca a importância de uma análise mais acurada e profunda sobre a sustentabilidade do sistema no nível nacional e, para fins deste trabalho, no nível da municipalização — mais especificamente, no município de Quixadá-CE. O objetivo deste estudo é analisar os efeitos da judicialização das políticas públicas de saúde no município de Quixadá-CE, entre 2019 e 2023, com ênfase nas implicações financeiras das demandas judiciais no financiamento tripartite do SUS.

Nesse contexto, o estudo busca responder: Como as demandas judiciais afetam o financiamento do SUS em Quixadá-CE? Quais medidas podem ser implementadas para reduzir o impacto financeiro da judicialização e garantir o acesso equitativo aos serviços de saúde?

O estudo se justifica pela necessidade de análise dos impactos financeiros e sociais da judicialização das políticas públicas de saúde sobre o SUS no Brasil. Isso ocorre em razão das implicações substanciais que acarretam financiamento e na equidade do SUS, visto que, em face de demandas judiciais, muitos municípios são forçados a redirecionar recursos para aquisições de medicamentos e tratamentos não previstos no orçamento.

Importa considerar que a escolha do período de 2019 a 2023 reflete o momento em que o aluno atuava como procurador do município de Quixadá-CE. Essa época estava diretamente envolvida com o aumento expressivo das demandas judiciais na área da saúde, consoante os dados do CNJ já noticiados nos parágrafos anteriores.

Ante o cenário atual de judicialização da saúde, levanta-se a hipótese de que a adoção de um modelo cooperativo e condicional de governança interfederativa da judicialização da saúde — com base em mecanismos de coordenação técnica, transparência e corresponsabilidade entre União, Estados e Municípios — contribui para mitigar os impactos orçamentários das decisões judiciais sobre os entes locais. Tal adoção promove maior eficiência administrativa e equidade no financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS).

Nesse modelo, a União desempenha papel de coordenação técnica e regulatória, estabelecendo parâmetros objetivos para a

aferição da capacidade orçamentária municipal e condicionando o apoio técnico e financeiro à adoção de boas práticas de gestão e prevenção da judicialização. Exemplos disso são a implantação das Câmaras de Resolução de Litígios de Saúde, a utilização dos pareceres técnico-científicos do NAT-Jus e a observância das diretrizes da Conitec.

Dessa forma, o modelo proposto atua como instrumento de indução de eficiência e de fortalecimento da cooperação federativa. Isso ocorre porque promove o uso racional e transparente dos recursos públicos, o planejamento preventivo das demandas judiciais e a redução das desigualdades regionais, garantindo maior equilíbrio fiscal e efetividade ao direito fundamental à saúde.

A pesquisa é de natureza aplicada, com uma abordagem quali-quantitativa, com vistas a desenvolver soluções práticas para o problema da judicialização e seu impacto financeiro no SUS em Quixadá-CE. Com a utilização de métodos exploratórios e descritivos, busca compreender as características e as implicações da judicialização, além de detalhar os dados financeiros e de demandas judiciais no período estudado.

Para a pesquisa, ocorreu, como procedimento técnico, o levantamento de dados documentais. Isso foi feito por meio da análise de documentos judiciais, dos registros financeiros e de relatórios de órgãos públicos por intermédio do Sítio Oficial do Tribunal de Justiça do estado do Ceará, do CNJ, Insper, bem como por meio de dados coletados junto às Secretarias Municipais de Saúde, Assistência Social e Finanças do município de Quixadá-CE. Também foi utilizada a análise estatística com vistas a avaliar o impacto financeiro da judicialização. Isso foi feito a partir de dados dos últimos cinco anos. Além disso, foi feita uma revisão bibliográfica, com estudo da literatura existente sobre a judicialização da saúde, da gestão financeira e da equidade no SUS.

Esta pesquisa adota uma abordagem integrada e pragmática da gestão financeira e da saúde pública em Quixadá-CE, visando à obtenção de dados e análises que contribuam para a formulação de políticas sustentáveis e para a ampliação do acesso à saúde.

Para tanto, o trabalho foi dividido em cinco capítulos. O primeiro como introdução do trabalho. O segundo será destinado aos aspectos metodológicos utilizados no trabalho. No terceiro, serão abordados os principais fundamentos legais e jurisprudenciais que sustentam a judicialização da saúde no Brasil, a estruturação das políticas públicas

de saúde no Brasil, a catalogação dos tipos de demandas judiciais frequentes no contexto do SUS no âmbito nacional, além de sua incidência e padrões ao longo do período estudado.

O quarto capítulo servirá à análise dos dados coletados junto aos órgãos públicos do município de Quixadá-CE e junto às informações disponibilizadas em sítios oficiais que trazem informações e dados sobre a judicialização da saúde pública. A abordagem contemplará diferentes perspectivas — sociodemográfica, processual e político-administrativa —, de modo que sejam evidenciados os efeitos concretos da judicialização sobre a gestão da saúde pública.

No quinto e último, será apresentada a proposta de criação de um modelo cooperativo e condicional de gestão interfederativa da judicialização da saúde, no qual a União atue não apenas como ente ressarcidor, mas como coordenadora técnica, fiscalizatória e regulatória. Isso contribuirá para reduzir os impactos financeiros da judicialização sobre os municípios, sem, no entanto, gerar incentivos à ineficiência administrativa.

Esse modelo propõe a integração entre União, Estados e Municípios, com a instituição de parâmetros técnicos de aferição de extrapolamento orçamentário, a exemplo do percentual da Receita Corrente Líquida comprometido com decisões judiciais, bem como a condicionalidade de repasses federais à adoção prévia de boas práticas de gestão e prevenção da judicialização. Exemplos disso são a implantação das Câmaras de Resolução de Litígios de Saúde, a utilização de pareceres do Núcleo de Apoio Técnico do Poder Judiciário e a adesão aos protocolos e às diretrizes da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS.

Dessa forma, o modelo cooperativo e condicional de governança interfederativa da judicialização da saúde deixa de ter natureza meramente compensatória e passa a exercer função regulatória e indutora de eficiência. Desse modo, acaba estimulando os entes federativos a aprimorarem sua gestão e a adotarem medidas preventivas com base em evidências científicas, com vistas a evitar a judicialização.

Ao priorizar a coordenação técnica, a transparência e o uso racional dos recursos públicos, o modelo fortalece o diálogo entre os entes federativos e incentiva a adoção de práticas de gestão integrada. Tais práticas são apoiadas em instrumentos, tais como os pareceres do

NAT-Jus, as recomendações da Conitec e as Câmaras de Conciliação em Saúde.

Assim, promove-se uma estrutura colaborativa que preserva o equilíbrio federativo e reforça os princípios da eficiência, equidade e responsabilidade fiscal. Isso contribui para uma resposta sistêmica e sustentável aos desafios da judicialização no âmbito do SUS.



?

2

ASPECTOS METODOLÓGICOS

Quanto à natureza da pesquisa, ela se caracteriza como uma pesquisa aplicada, visto que sua finalidade é gerar conhecimento voltado para a solução de um problema específico, que, neste caso, é o impacto da judicialização das políticas públicas de saúde no município de Quixadá-CE, entre 2019 e 2023 (Gil, 2008).

A partir do problema identificado — o comprometimento do financiamento adequado do SUS e a distribuição desigual de recursos em razão da judicialização —, a hipótese central desta pesquisa é que a adoção de um modelo cooperativo e condicional de gestão interfederativa da judicialização da saúde, em substituição à mera compensação financeira, reduz os impactos orçamentários sobre os municípios de pequeno e médio porte, ao mesmo tempo em que fortalece a eficiência administrativa e o controle federativo.

Nesse modelo, o papel da União não se limitaria a ressarcir municípios por gastos decorrentes de decisões judiciais, mas a estabelecer diretrizes, indicadores e critérios de aferição da capacidade orçamentária, bem como a vincular qualquer repasse federal ao cumprimento de medidas estruturantes, tais como:

- a) adoção de mecanismos preventivos de judicialização, como as Câmaras de Conciliação em Saúde e o uso dos pareceres técnico-científicos dos NAT-Jus;**
- b) adesão às normas e aos protocolos da Conitec e da Rename para o fornecimento de medicamentos;**
- c) demonstração de eficiência e transparência na execução orçamentária da saúde; e**
- d) participação ativa em programas de cooperação interfederativa e capacitação técnica.**

Dessa forma, o mecanismo nacional sugerido funcionaria como instrumento regulatório e indutor de boas práticas, e não apenas como mecanismo redistributivo. Com isso, evita-se a criação de incentivos perversos e promove-se o equilíbrio entre responsabilidade fiscal, solidariedade federativa e efetividade do direito fundamental à saúde.

Essa hipótese busca, portanto, conciliar a necessidade de mitigar os efeitos financeiros da judicialização com a preservação da autonomia dos entes federativos e a promoção da eficiência administrativa no âmbito do SUS.

Nesse viés investigatório, que propõe soluções práticas, a pesquisa se dirige à busca da verdade em uma situação específica e com aplicação direta. Não se limita somente a compreender o fenômeno, mas também desenvolver estratégias que possam ser implementadas para corrigir ou minimizar os problemas identificados, tomando o município de Quixadá-CE como recorte empírico e como recorte temporal, do período de 2019 a 2023.

A escolha do recorte se justifica pela atuação do pesquisador no contexto do município de Quixadá-CE no período compreendido, no qual atuou como procurador. Essa vivência, em período pré e durante pandemia da Covid-19, proporcionou ao pesquisador subsídios concretos os quais funcionaram como campo privilegiado de observação e reflexão crítica sobre o fenômeno.

Nesse contexto, o estudo busca responder: Como as demandas judiciais afetam o financiamento do SUS em Quixadá-CE? Quais medidas podem ser implementadas para reduzir o impacto financeiro da judicialização e garantir o acesso equitativo aos serviços de saúde?

O estudo se justifica pela necessidade de análise dos impactos financeiros e sociais da judicialização das políticas públicas de saúde sobre o SUS no Brasil. Isso se dá em razão das implicações substanciais que afetam o financiamento e a equidade do SUS, visto que, em face de demandas judiciais, muitos municípios, dentre eles Quixadá-CE, são forçados a redirecionar recursos para aquisições de medicamentos e tratamentos não previstos no orçamento.

Dessa forma, o mecanismo nacional sugerido funcionaria como instrumento regulatório e indutor de boas práticas, e não apenas como mecanismo redistributivo, evitando a criação de incentivos perversos e promovendo o equilíbrio entre responsabilidade fiscal, solidariedade federativa e efetividade do direito fundamental à saúde.

Sinteticamente, o trajeto metodológico percorreu o cumprimento de 7 etapas: (1) formulação do problema; (2) delinear o objetivo da pesquisa; (3) pesquisa na literatura e seleção dos estudos com base nos critérios de elegibilidade e exclusão; (4) avaliação da

qualidade dos estudos selecionados; (5) análise de dados; (6) interpretação de resultados; e (7) apresentação da discussão e conclusões.

2.1 OBJETIVOS DA PESQUISA

Quanto aos objetivos, a pesquisa será exploratória e descritiva. O aspecto exploratório da pesquisa se estabelece ao se perseguir um maior entendimento do fenômeno da judicialização da saúde no município de Quixadá-CE, com a possibilidade de se obter uma melhor definição e um delineamento preciso do problema.

Explorar os conceitos, as informações e a análise de casos relacionados à temática demonstrou ser uma ação útil para delimitação do tema, a fixação dos objetivos e a formulação da hipótese, bem como para a compreensão sobre o objeto de pesquisa.

De igual modo, a pesquisa descritiva será utilizada para que a descrição, o registro e a observação dos fatos ocorram sem a interferência direta do pesquisador. Permitirá identificar a frequência, a natureza e as características das demandas judiciais, bem como suas relações com as variáveis socioeconômicas envolvidas.

2.2 ABORDAGEM OU MÉTODO DA PESQUISA

Quanto à abordagem ou ao método, a pesquisa será quali-quantitativa, combinando os métodos quantitativos e qualitativos com vistas a proporcionar uma análise aprofundada e minuciosa do fenômeno da judicialização da saúde no município de Quixadá-CE. A aplicação combinada de abordagens possibilita a triangulação de dados, viabiliza o exame dos impactos financeiros e sociais, pois captura dimensões objetivas, em termos financeiros/numéricos, e subjetivas, em termos de perspectivas dos atores envolvidos no fenômeno (Gil, 2008).

2.2.1 ABORDAGEM OU MÉTODO QUANTITATIVO

A abordagem ou método quantitativo será aplicado para a análise estatística e descritiva de dados numéricos e financeiros. Isso ocorrerá a partir da coleta de dados secundários extraídos dos sistemas de informações do SUS, CNJ, secretarias municipais de saúde e finanças de Quixadá-CE, além de informações financeiras dos tribunais de

contas estaduais. Por meio do levantamento de 77 ações judiciais apresentadas no município de Quixadá-CE, no período de 2019 a 2023,² será elaborado um quadro com informações dos peticionantes, os valores pecuniários referentes aos medicamentos/procedimentos requeridos, os custos associados ao cumprimento das decisões judiciais para o município, a natureza da demanda e a origem dos pedidos.

Assentada nessa base de dados, serão realizadas inferências aptas a identificar padrões, perfis e tendências no uso dos recursos públicos para atender às decisões judiciais no âmbito da saúde. Isso contribuirá na compreensão do fenômeno e na elaboração da estratégia para mitigar os desafios impostos pela judicialização, a fim de alcançar a sustentabilidade financeira do SUS e a equidade no acesso aos serviços de saúde.

Os dados utilizados nesta pesquisa também foram coletados junto às Secretarias de Finanças, de Assistência Social e de Saúde do Município de Quixadá-CE, com o objetivo de assegurar a abrangência e a fidedignidade das informações referentes à gestão orçamentária e à execução das políticas públicas locais. Essas fontes institucionais possibilitaram o cruzamento de dados financeiros, sociais e de saúde, contribuindo para uma análise mais consistente sobre a alocação de recursos e os impactos da judicialização no contexto municipal.

2.2.2 ABORDAGEM OU MÉTODO QUALITATIVO

Por meio da abordagem ou método qualitativo será realizada a análise interpretativa do fenômeno objeto desta pesquisa. As informações obtidas a partir dos dados quantitativos coletados serão conjugadas com fundamentos teóricos, fornecidos por revisão bibliográfica e documental, para aprofundar a análise qualitativa. A interpretação considerará teorias e estudos previamente estabelecidos sobre judicialização da saúde, com vistas a proporcionar a compreensão das motivações, das dinâmicas e das implicações relacionadas às decisões judiciais no contexto local.

² A Comarca de Quixadá-CE, no âmbito da Justiça Estadual do Ceará, possui as comarcas de **Ibaretama, Ibicuitinga, Choró e Banabuiú** agregadas à sua jurisdição. No período de **2019 a 2023**, o total de ações que tramitaram na Comarca de Quixadá-CE, incluindo os processos oriundos das comarcas agregadas, foi de **282**. Disponível em: <https://portal.tjce.jus.br/uploads/2022/11/Mapa-2022-Divisao-Comarcas-1.pdf>. Acesso em: 15 fev. 2025.

Essa dinâmica proporcionará uma visão mais vigorosa e contextualizada sobre como as decisões judiciais afetam a acessibilidade, a qualidade dos serviços de saúde e a gestão de recursos no município. Com a complementação dos achados quantitativos, por meio da interpretação das consequências da judicialização e compreensão dos significados implícitos às decisões e aos seus impactos, será possível corroborar com a compreensão e com a elaboração da estratégia proposta neste trabalho.

2.3 PROCEDIMENTOS TÉCNICOS

A proposta metodológica desta pesquisa se fundamenta na combinação de Revisão Sistemática da Literatura (RSL) e pesquisa documental, denominada como abordagem mista por Gil (2008) e Marconi e Lakatos (2017).

No procedimento técnico, foi aplicada a combinação de pesquisa bibliográfica e pesquisa documental, com objetivo de obter os dados necessários para a análise da judicialização da saúde no município de Quixadá-CE.

A partir da análise de trabalhos acadêmicos publicados em Revistas Científicas, dissertações, teses de doutorado e livros, bem como de documentos extraídos de fontes abertas, dentre eles sites e sistemas de órgãos governamentais, extraiu-se a base para formulação de um referencial teórico atualizado e consistente. A RSL viabilizou estruturar e analisar criticamente o conteúdo acadêmico encontrado, com vistas a perceber os enfoques, as abordagens não realizadas e as conclusões já estabelecidas.

As etapas de levantamento, fichamento e organização do material serviram de base para a construção da introdução teórica do estudo, permitindo sua articulação com os resultados empíricos obtidos a partir da coleta de dados.

Por meio da pesquisa documental, foram examinados documentos oficiais. Dentre eles, estão ações judiciais, relatórios financeiros e administrativos, os quais são provenientes de órgãos como SUS, CNJ, secretarias municipais e tribunais de contas, para fins de viabilizar a análise e a compreensão dos dados empíricos. A análise será de forma primária, pois, por serem escritos sem tratamento

analítico ou sistematizado, é possível a reprodução consoante os objetivos do estudo.

O trabalho foi desenvolvido a partir de quatro proposições, as quais foram a base estruturante da pesquisa, uma vez que orientaram a coleta, a organização e a interpretação dos dados documentais e bibliográficos. A atuação, a partir desse enfoque multidimensional, permitiu a captação mais abrangente e o alcance de uma visão mais crítica do fenômeno da judicialização da saúde, com a articulação de aspectos normativos, empíricos e institucionais.

Na **dimensão jurídico-normativa**, foram abordados fundamentos constitucionais, legais e jurisprudenciais, critérios técnicos e orientações normativas do SUS e da política nacional que rege a saúde pública no Brasil e a inter-relação direito à saúde e a reserva do possível. Na dimensão sociodemográfica, foram captados, a partir das decisões judiciais analisadas, a faixa etária, a ocupação ou vínculo profissional declarado e município de residência, visto que existem municípios agregados à jurisdição de Quixadá-CE. Na perspectiva processual, coletaram-se informações sobre a representação processual do autor (advogado particular, Defensoria Pública ou Ministério Público), sujeito que ocupou o polo passivo (Município, Estado, União).

Por fim, a partir da **dimensão político-administrativa**, buscou-se identificar a proporção de ações judiciais que requisitavam prestações ainda não institucionalizadas como política pública; qual a frequência de requisições administrativas prévias ao ajuizamento da ação; a incidência de utilização da câmara de conciliação prévia; a estimativa do gasto público municipal decorrente do cumprimento das decisões judiciais, considerando medicamentos e serviços não previstos em orçamento; e quais os impactos da judicialização sobre o planejamento orçamentário.

Com a investigação por meio de fontes bibliográficas (estudos científicos disponíveis em bases acadêmicas, abrangendo marcos legais, doutrinários e estatísticos), foram buscados dados de abrangência nacional. No que se refere ao município de Quixadá-CE, procedeu-se ao levantamento documental a partir de decisões judiciais, relatórios institucionais e dados públicos. Isso viabilizou uma análise empírica e comparativa da realidade do município investigado em relação ao cenário nacional. O procedimento adotado proporcionou



a triangulação dos dados e a formação de um diagnóstico crítico e embasado sobre os impactos da judicialização da saúde ao nível municipal.





3

3

FUNDAMENTOS JURÍDICOS, PRINCIPAIS TIPOS DE DEMANDAS E PADRÕES INCIDENTES NO SUS

Nas últimas décadas, a judicialização da saúde no Brasil tomou proporções significativas. Tão logo não se obtenha êxito pela via administrativa, o judiciário desponta como um dos mais recorrentes meios de acesso à saúde manejados pelos cidadãos brasileiros para efetivação do direito fundamental à saúde.

Assentado no “*status*” de direito fundamental e de que é dever do Estado proporcionar meios de efetivação do direito à saúde à população brasileira, a judicialização de demandas relativas à saúde reflete o viés garantista do ordenamento jurídico brasileiro e expõe as debilidades estruturais das políticas públicas de saúde.

Nesse contexto, o Poder Judiciário tornou-se protagonista em razão da sua responsabilidade funcional ao ter que decidir conflitos dessa natureza, competindo-lhe deliberar sobre questões que circunscrevem alocação de recursos públicos e a efetivação do direito à saúde. Isso ocorre por meio de fornecimento de medicamentos, realização de procedimentos cirúrgicos e prestação de serviços contínuos para tratamento de saúde, com vistas a equilibrar a efetiva proteção do direito fundamental à saúde, a separação dos poderes e da reserva do possível.

A partir dessa perspectiva, este capítulo tem por proposta examinar os principais fundamentos constitucionais e legais, bem como os entendimentos jurisprudenciais que norteiam a judicialização da saúde no Brasil. Além disso, pretende trazer o contexto nacional e a realidade do município de Quixadá-CE no contexto da judicialização da saúde, bem como elencar e indicar os tipos mais recorrentes de demandas judiciais, em face do Estado, quanto aos serviços ofertados pelo SUS, a incidência e a distribuição dessas ações no país e, por fim, abordar a complexidade da litigância sanitária, sob os aspectos do ativismo judicial, da efetividade do direito fundamental e a gestão pública da saúde.

3.1 O DIREITO SOCIAL À SAÚDE COMO DIREITO FUNDAMENTAL E OS LIMITES DA ATUAÇÃO JUDICIAL

No período em que os direitos fundamentais primários — os direitos civis e políticos — foram conquistados com a Revolução Francesa, o Estado figurava apenas como peça garantidora da estrutura organizacional — segurança e ordem pública — para o desenvolvimento da sociedade. No entanto, com a acentuada injustiça social proveniente do sistema capitalista de monopólio, isso se mostrou insustentável.

A situação fez a população refém do alvedrio burguês, o que fez, assim, nas palavras de Bobbio (2007, p. 25) com que o Estado tomasse “pouco a pouco do espaço conquistado pela sociedade civil burguesa até absorvê-lo completamente na experiência extrema do Estado total.” Assim, ante a crise sociopolítica e econômica surgiu uma urgente reação contra a concepção liberal do Estado e o nascer do Estado Social ou Estado Providência.

Na lição de Santamaria Pastor *apud* Pereira da Silva (1998, p. 71), o desfecho da guerra franco-prussiana do final do Século XIX é o marco que antevê o modelo de Estado Social. Este, mesmo antes de se consolidar na ordem constitucional, foi submetido a um processo evolutivo, com as crises cíclicas do capitalismo e com as questões de ordem social ocorridas no final do Século XIX e início do Século XX. Essas, por fim, foram as responsáveis por empurrar o Estado para o centro de uma nova realidade que, aos poucos, fez surgir um Estado com novos e mais papéis a desempenhar (Pereira da Silva, 1998, p. 70).

O contexto pugnou para que o Estado legislasse e criasse instituições que fossem capazes de colocar fim ao caos e à miséria social que se instalou nos centros urbanos, mas que, ao mesmo tempo, interviesse na economia a fim de equilibrar as disfunções do mercado. Pereira da Silva (1998, p. 72) explica que o modelo de Estado experimentou um processo evolutivo, de progressivo desenvolvimento e sofisticação, que, segundo a secção feita por Santamaria Pastor, pode-se destacar três etapas distintas nesse processo.

É na terceira fase, na qual se destaca o Estado Democrático de Direito, em que se tem a ascensão de funções inéditas e a aproximação do ente estatal com a população, que questões, como o desenvolvimento urbano, a ordem ambiental e os serviços econômicos

e sociais, e o conseqüente compromisso de garantir o bem-estar dos indivíduos, passam a ser de sua responsabilidade. Isso acarretou mudanças consideráveis em todo o quadro social e administrativo, o que mudou significativamente a relação entre o Estado e a sociedade (Pereira da Silva, 1998, p. 73).

Na ordem mundial, é com a Constituição de Weimar, promulgada em 1919, e a Constituição Mexicana de 1917 que se inicia a incorporação das atribuições do Estado para garantir tanto as liberdades, até então consolidadas, quanto a intervenção na esfera econômica e social a fim de garantir a igualdade material dos indivíduos (Bercovici, 2008a).

Os direitos sociais despontam como direitos que, a fim de serem concretizados, diferentemente dos direitos de primeira dimensão, não sejam limitados à abstenção do Estado em interferir em suas liberdades nem conceder acesso aos direitos políticos. Esses são direitos que vão requerer do Estado a adoção de medidas concretas, de políticas públicas em que o Estado intervenha com vistas a assegurar, em razão do regime democrático, a tutela das minorias, consolidando-se como verdadeiros direitos prestacionais.

No Brasil, a Constituição Federal de 1988, promulgada após um período de regime autoritário, estabelece, como um dos fundamentos da República Federativa do Brasil, a dignidade da pessoa humana (art. 1º, III) e, entre seus objetivos fundamentais, a promoção do bem de todos, conforme previsto no art. 3º, IV. A partir desses postulados constitucionais, extrai-se, por decorrência lógica, o dever do Estado de garantir efetivamente o direito à saúde (Brasil, 1988).

O artigo 5º da Constituição Federal, que inaugura o rol dos direitos e das garantias fundamentais, dispõe, logo em seu *caput*, o compromisso do Estado em assegurar a inviolabilidade do direito à vida, o que, por interpretação sistemática e integradora da ordem constitucional, apresenta-se como fundamento para o pleno exercício do direito à saúde e dever constitucional do Estado em garanti-lo.

Nesse sentido, o artigo 6º traz expressamente o direito à saúde. Nos termos do artigo 196 da Constituição Federal, tal direito é assegurado pela ordem constitucional, que, por meios de políticas sociais e econômicas, visa proporcionar a redução de riscos de doenças e agravamentos. Situa-se, portanto, como norma fundamental de direito social que necessita de uma série de ações positivas do Estado

para que se concretize com acesso universal e igualitário e de prestação integral.

Nessa perspectiva, no plano fático, o Estado se depara com o dever constitucionalmente estabelecido de proporcionar os meios necessários à efetivação do direito à saúde aos indivíduos, o que está em consonância com os fundamentos e os objetivos do Estado Democrático brasileiro. Contudo, esse dever coexiste com as limitações inerentes à estrutura estatal e com as restrições orçamentárias, que são, por natureza, variáveis e finitas, o que termina por exigir do Poder Público a adoção de medidas que conciliam a realização dos direitos fundamentais com a gestão responsável dos recursos públicos.

No Brasil, o Poder Executivo, cuja função típica é a de administrar e executar os programas de governo e as políticas públicas, é prioritariamente o responsável pela implementação das políticas de saúde no país. Isso se concretiza, nos termos do artigo 198 da Constituição Federal, por meio da atuação coordenada da União, dos estados e dos municípios (Brasil, 1988).

Foi durante o governo Collor que surgiram as duas principais leis que disciplinam a saúde no Brasil. As leis n.º 8.080/1990 e n.º 8.142/1990 regulamentam o novo SUS e dispõem sobre a participação da comunidade na gestão dele. No entanto, foi somente no governo de Fernando Henrique Cardoso que o Poder Executivo Federal desempenhou papel relevante no fortalecimento do SUS como instituição. Isso ocorreu por meio da criação das Agências Reguladoras (Anvisa – Lei n.º 9.782/1999; ANS – Lei n.º 9.961/2000)³ bem como pela adoção de estratégias que fortaleceram a atenção básica de saúde, como o Programa Saúde da Família e a Emenda Constitucional n.º 29/2000. Esta última fixou percentuais mínimos de gasto em saúde pelos entes federativos (Brasil, 1990a;1990b; 1999; 2000a; 2000b).

Nos governos seguintes, em destaque os governos de Luiz Inácio Lula da Silva e Dilma Rousseff, a expansão e o fortalecimento do SUS se deu pela ampliação da atenção básica e pela descentralização dos

³ Anvisa (Agência Nacional de Vigilância Sanitária), autarquia federal sob regime especial cuja finalidade é promover a proteção da saúde da população por meio do controle sanitário da produção e comercialização de produtos e serviços, incluindo medicamentos, e ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar), autarquia federal cuja finalidade é regular, normatizar, controlar e fiscalizar o setor de planos de saúde no Brasil. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa> e <https://www.gov.br/ans>. Acesso em: 15 jun. 2025.

serviços, desde a criação do SAMU 192, das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) de saúde até o Programa Mais Médicos. Esse último foi criado para enfrentar a deficiência de profissionais em áreas remotas habitadas por pessoas mais vulneráveis.

Concomitantemente, houve nova regulamentação do financiamento público da saúde por meio da Lei Complementar n.º 141/2012, a qual operacionalizou a Emenda Constitucional n.º 29/2000, com maior transparência e previsibilidade quanto ao orçamento e aos recursos destinados à área da saúde pública. Segundo Paim (2018), as ofertas de novos serviços e ampliações contribuíram significativamente para consolidar o SUS como política pública do Estado. No entanto, os desafios financeiros e orçamentários comprometem a gestão e a equidade para o acesso aos serviços de saúde.

Não obstante, a execução das políticas públicas de saúde encontra obstáculos decorrentes da limitação dos recursos orçamentários e da complexidade administrativa. Tal contexto enseja, muitas vezes, a insatisfação da população diante de ausências na prestação dos serviços. Isso desemboca na busca pela prestação jurisdicional para fins de obtenção da efetiva prestação dos serviços de saúde e para a concretização do direito fundamental.

A questão enfrentada atualmente é do comprometimento, em muitas situações, do planejamento estatal quanto à execução de suas atividades, sobretudo quando, por meio de decisões judiciais individuais, é imposta a destinação de recursos para demandas específicas, com o deslocamento de recursos e insumos, desordenando, com isso, o planejamento técnico elaborado pelo Executivo.

Nos termos do artigo 2º da Constituição Federal de 1988, o Estado brasileiro abriga a separação dos poderes, atribuindo funções típicas e atípicas para cada poder, competindo ao Executivo a gestão administrativa e ao Judiciário a atuação em caso de lesão ou ameaça a direito (Brasil, 1988, art. 5º, XXXV). Nesse sentido, ao passo que o poder judiciário intervém sem considerar os critérios técnicos e coletivos, isso pode acarretar um desarranjo na estrutura administrativa, provocando distorções na alocação de recursos e comprometimento do princípio da isonomia no acesso à saúde bem como no princípio da separação dos poderes, um dos principais fundamentos do Estado Democrático de Direito.

Como assevera Bercovici (2008), a atuação do Poder Judiciário para garantir a efetivação dos direitos fundamentais não pode usurpar a função do Poder Executivo no que se refere tanto a formulação como a execução das suas atividades sob pena de violar o equilíbrio institucional e afetar a legitimidade democrática das decisões administrativas.

Nesse sentido, o paradoxo — instalado no contexto da judicialização da saúde, no que se refere à colisão entre as decisões judiciais individuais e o planejamento das políticas públicas estruturadas pelo Poder Executivo — leva-nos à necessária reflexão que será abordada no tópico seguinte. Nele, serão examinados os pressupostos jurídicos e legais da judicialização, com destaque para o papel da Constituição, da legislação infraconstitucional e da jurisprudência dos tribunais superiores na delimitação legítima da atuação judicial em matéria de saúde pública.

3.2 PRESSUPOSTOS JURÍDICOS E LEGAIS DA JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE E A INTERSEÇÃO ENTRE O MÍNIMO EXISTENCIAL E A RESERVA DO POSSÍVEL NO ORDENAMENTO JURÍDICO PÁTRIO

A base legal assentada no ordenamento jurídico, a qual proporciona a possibilidade de levar ao judiciário demandas concernentes à saúde, é bastante robusta. No âmbito constitucional, o artigo 6º dispõe que a saúde é um direito social, enquanto o artigo 196 impõe ao Estado o dever de assegurá-la por meio de políticas públicas que visem propiciar e proteger o referido bem jurídico.

Não obstante, o ordenamento jurídico consagra, no artigo 5º, inciso XXXV da Constituição Federal, o princípio da inafastabilidade da jurisdição. A previsão constitucional viabiliza o cidadão a provocar o Poder Judiciário sempre que houver ameaça ou lesão a direito. Com fundamento nos referidos dispositivos, a intervenção judicial se torna o recurso para sanar a omissão ou a inadequação das ações estatais voltadas à saúde (Brasil, 1988).

Na esfera infraconstitucional, as Leis n.º 8.080/1990 e n.º 8.142/1990 dispõe acerca da organização do SUS, fixa princípios e estabelece as competências dos entes federativos na execução das ações de saúde e da participação da comunidade e da transferência

intergovernamental de recursos financeiros, respectivamente, concedendo expressividade normativa o direito à saúde e Ambas as normas conferem densidade normativa ao direito à saúde, utilizadas diretrizes legais para a atuação administrativa e judicial (BRASIL, 1990a; 1990b).

Embora a legislação atribua ao direito à saúde “*status*” de direito fundamental, estabelecendo que o Estado, por meio de ações positivas, tem o dever de garantir sua efetividade, o viés prático da aplicação dessa legislação, sobretudo em face da atuação do poder judiciário, implica o surgimento de contornos no plano jurisprudencial. Estes devem ser considerados para fins de assentar os limites da atuação do Poder Judiciário nas questões que versam sobre a saúde pública.

A título ilustrativo, o Supremo Tribunal Federal (STF) e o Superior Tribunal de Justiça (STJ) têm desempenhado papel relevante na construção de critérios para a atuação judicial em saúde. As recorrentes demandas, as quais estão aportadas nos tribunais superiores, conduziram o julgamento do Tema 793 (RE 657.718/MG). Nele, o STF definiu que a concessão judicial de medicamentos não incorporados pelo SUS deve observar critérios como a inexistência de substituto terapêutico e a comprovação da eficácia do tratamento, reforçando, desse modo, a necessidade de deferência às escolhas técnicas da administração (STF, RE 657.718/MG, Tema 793).

No que se refere ao STJ, seu posicionamento reiterado é pela responsabilidade solidária dos entes federativos nos casos em que o objeto da demanda seja o fornecimento de medicamentos e tratamentos, desde que observados os requisitos como prescrição médica e ausência de alternativa disponível na rede pública (STJ, REsp 1.657.156/RJ).

Nessa perspectiva, é evidente que a problemática entre a necessária efetivação do direito à saúde em cumprimento do dever imposto ao Estado em fornecer os meios necessários para concretizá-lo e as limitações práticas enfrentadas pelo Estado em cumprir traz, em última instância, para o campo do direito, com a atuação do Poder Judiciário, a incumbência de dirimir o impasse.

A tensão entre o que é demandado pelo cidadão e o que o Estado alega ter condições de suprir, em termos conceituais, mostra-se como o mínimo existencial correspondente ao núcleo essencial de prestações estatais indispensáveis à dignidade humana, enquanto a

reserva do possível traduz limites de disponibilidade financeira, administrativa e técnica, a serem demonstrados concretamente pelo Estado quando opostos à pretensão individual ou coletiva (Leny Pereira, s.d.; Martins, 2015).

A partir dessa realidade, Sarmiento (2007) assevera que a judicialização de direitos sociais, dentre eles o direito à saúde, se reveste de legitimidade ao passo que visa assegurar o conteúdo essencial desses direitos. Apesar disso, exige critérios jurídicos objetivos para evitar que se instaure desordem da política pública e desrespeito à independência de cada Poder do Estado.

Para o autor, “não se pode ignorar os limites orçamentários do Estado, mas também não se pode permitir que esses limites sirvam de alibi para a omissão sistemática” (Sarmiento, 2007). Nessa ótica, sustenta a necessidade da atuação judicial de modo subsidiário e vinculada, inafastável da razoabilidade, sobretudo em casos de omissão injustificável do Executivo.

Assim, a jurisprudência tem se posicionado no sentido de que a teoria da reserva do possível não pode se justapor ao mínimo existencial. Portanto, ao invocar limitações orçamentárias, o Estado não pode fazê-lo de forma genérica, de modo a justificar sua inércia frente a uma prestação positiva imposta ao poder público pela Constituição Federal. É preciso, para isso, que comprove a impossibilidade orçamentária de cumprir com sua obrigação.

Nessa toada, o mínimo existencial age como limite à invocação da reserva do possível. Não se trata de uma relação de simples prevalência automática do mínimo existencial sobre toda e qualquer alegação de reserva do possível. O STJ aborda o assunto em duas frentes principais: (i) normativa, qual é o conteúdo e alcance do mínimo existencial?; e (ii) procedimental/controlado, em que condições a alegação de impossibilidade orçamentária pode ser legitimamente aceita? Nesse sentido, a judicialização exige que o ente público demonstre que os recursos realmente não existem, ou que a destinação dos recursos seguiu prioridades razoáveis, sob pena de violação dos deveres constitucionais (Superior Tribunal de Justiça, 2023a).

Há ainda que se considerar uma dimensão político-institucional desse embate, que é a escolha orçamentária estatal (quanto investir em saúde, educação, infraestrutura ou outros setores), o que culmina na inevitável escassez para outras áreas. É exatamente nesse ponto que a

tese da reserva do possível enfrenta crítica. Isso se dá em razão da alegada escassez decorrente das escolhas políticas e não de uma impossibilidade objetiva, em razão de priorização de outras rubricas. Assim, a alegação de “escassez” não pode ser aceitável se resultante de opção do administrador (Superior Tribunal de Justiça, 2023b).

Apesar desse posicionamento, nos precedentes recentes do STF sobre judicialização da saúde, sobretudo nos Temas 6 e 1234 de Repercussão Geral, percebe-se a busca por uma postura que não considera apenas os aspectos normativos constitucionais que envolvem o tema, mas tem sido considerada uma racionalização decisória. O STF fixou critérios e deveres procedimentais ao magistrado e às partes para a concessão judicial de medicamentos não incorporados ao SUS e, simultaneamente, homologou acordos interfederativos para padronizar fluxos e competências (RE 566.471 – Tema 6; RE 1.366.243 – Tema 1234). Tal postura busca conciliar a tensão entre o demandado e o ofertado.

Nessa perspectiva, a Corte estabeleceu que: (i) a concessão de medicamento fora das listas do SUS exige requisitos cumulativos, tais como registro na Anvisa; inexistência de substituto terapêutico incorporado; demonstração de imprescindibilidade/ineficácia das alternativas; incapacidade econômica do paciente; tentativa administrativa prévia; (ii) há parâmetros obrigatórios de fundamentação judicial sob pena de nulidade; (iii) e para fins de competência e legitimidade, ações sobre fármacos não incorporados (inclusive oncológicos) devem tramitar, em regra, na Justiça Federal, com coordenação interfederativa entre União, estados e municípios (solidariedade na prestação), seguindo diretrizes pactuadas e homologadas no próprio julgamento (Mattos Filhos, 2024; Notícias STF, 2024a; Notícias STF, 2024b).

Na literatura, tem-se o registro de que o Tema 1234 trouxe uma alteração de paradigma ao vincular a apreciação judicial a evidências técnico-científicas, fluxos administrativos e instâncias de avaliação, tais como Conitec e NAT-Jus. Assevera-se que o STF redimensionou os limites entre proteção do mínimo existencial e consideração às escolhas públicas, com vistas a reduzir a variabilidade decisória e a internalizar custos no planejamento setorial (Paiva *et al.*, 2024).

Não obstante os avanços apresentados com o Tema do STF, as situações fáticas são extremamente diversas, e nem todos os casos

concretos se ajustam plenamente aos parâmetros estabelecidos. Cenários com realidades locais diferentes, as especificidades clínicas e as desigualdades estruturais podem se apresentar como dificuldade de aplicação uniforme da Tese. Assim, embora o precedente seja um importante passo de racionalização, ele não exaure a complexidade das demandas reais, tampouco ocupa o lugar de respostas articuladas entre o Judiciário, o Executivo e o sistema de saúde.

A questão da judicialização é que, na prática, a busca pela prestação do serviço de saúde por tal meio, sobretudo quanto às decisões judiciais individuais e pontuais, tomou proporções que atingem o planejamento de políticas públicas do setor, com interferências do Poder Judiciário na esfera Executiva que podem infringir o princípio republicano e prejudicar a isonomia na realização dos direitos sociais.

Na lógica do planejamento das políticas públicas de saúde, a demanda coletiva obedece às escolhas respaldadas. A partir do levantamento das necessidades concretas da população, as quais, uma vez identificadas, conduzem a uma estrutura pensada e direcionada para se obter uma cobertura ampla, isonômica e efetiva dos serviços ofertados pelo Estado e, assim, atender aos ditames constitucionais.

Portanto, a consagração do direito à saúde como direito social fundamental albergado na Constituição Federal, com previsão expressa de que compete ao Estado promovê-lo, não pode nem deve ser compreendido apenas sob a perspectiva da legalidade, mas também à luz da reserva do possível e do respeito às escolhas da Administração Pública, que são planejadas e estruturadas a partir de uma lógica vinculada às necessidades concretas da população.

Nessa ótica, o Poder Judiciário, ao atuar com vistas à proteção e à efetividade do direito fundamental à saúde, sobretudo nas ações de interesses individuais, impacta diretamente no perfil da judicialização da saúde, acarretando, muitas vezes, situações em que o acesso ao serviço ou a insumos não são previstos nos protocolos oficiais. Essas demandas judiciais na esfera do SUS, suas naturezas e classificação, merecem análise para que haja a compreensão da dinâmica que se instala entre a atuação do Judiciário e a capacidade do Estado em efetivar o direito à saúde.

3.3 FUNCIONAMENTO INSTITUCIONAL: REGULAÇÃO DO ACESSO ADMINISTRATIVO ÀS TECNOLOGIAS DA SAÚDE E A CLASSIFICAÇÃO DAS DEMANDAS JUDICIAIS NO SUS

O SUS se caracteriza como modelo de atendimento limitado, pensado e estruturado a partir de uma política pública norteada por meio de bases técnicas, legais e econômicas que delineiam a integração de serviços, procedimentos e medicamentos. Embora a Constituição Federal assegure o direito à saúde, sua efetivação depende da formulação de políticas públicas. Desse modo, a partir da percepção da diversidade e da quantidade de demandas da população, são necessárias escolhas administrativas legítimas, racionais e responsáveis.

As escolhas dos procedimentos e dos medicamentos que integram o rol das ofertas do SUS são definidas por legislação infraconstitucional e são submetidas a um processo técnico rigoroso. Com base em estudos que evidenciam cientificamente a eficácia, bem como uma análise de custo-efetividade e o impacto orçamentário dos procedimentos e medicamentos, é que os insumos ofertados e os serviços prestados pelo SUS são delimitados (Brasil, 2022).

Essas escolhas são circunscritas por normas infraconstitucionais. Dentre elas, está a Lei n.º 12.401/2011, por meio da qual é conferida à Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec) a função de avaliar, com base em estudos e análises que englobam a eficácia, o custo e o orçamento, quais tecnologias devem integrar a oferta pública, com vistas a garantir a aplicação racional dos recursos, conciliando o atendimento isonômico da população e capacidade do Estado (Brasil, 2011).

O processo de inserção de medicamentos, procedimentos e serviços no SUS compreende etapas específicas, iniciando com análise da eficácia e segurança sanitária de medicamentos e produtos, a qual é realizada pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), cujo objetivo é a concessão do registro sanitário e a definição do preço máximo permitido a ser cobrado, o que está sob o encargo da Câmara de regulação do Mercado de Medicamentos (CMED) (Brasil, 2022).

Todavia, mesmo com o registro sanitário e a permissão para a comercialização dos medicamentos, esses não são incorporados no rol do SUS e disponibilizados de forma automática. Por meio da Comissão

Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec), órgão colegiado vinculado ao Ministério da Saúde, é que será decidido o ingresso desses medicamentos, bem como a exclusão ou a alteração das tecnologias em saúde. São ainda responsáveis pela elaboração e atualização dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDTs) os documentos que orientam o diagnóstico e o tratamento padronizado das doenças na rede pública (Brasil, 2022).

Ao realizar a análise sobre as tecnologias, a Conitec verifica a eficácia clínica por meio de ensaios controlados, os efeitos a partir da prática médica, bem como a segurança e os impactos éticos, legais, sociais e econômicos. Nesse sentido, o princípio que rege a avaliação é, ao fim, o do custo-efetividade, com vistas a intensificar o uso dos recursos públicos com atenção, também, à qualidade da atenção à saúde (Brasil, 2022).

Após a etapa de avaliação, é aberta uma consulta pública sobre a tecnologia para posterior deliberação com recomendação final, para, então, obter-se a decisão do Ministério da Saúde. Acatada, será feita a publicação da decisão e a atualização dos PCDTs, para que, em seguida, a tecnologia seja executada na rede pública (Brasil, 2022).

O processo é respaldado por intermédio da metodologia específica, compreende uma estruturação técnico-científica e econômica, com finalidade particular, sem aleatoriedade nas escolhas das tecnologias de saúde do SUS. Porém, todo esse procedimento e toda essa estruturação meticulosa não impedem que os cidadãos busquem, por meio judicial, obter tecnologias extras, ou seja, medicamentos, procedimentos e serviços fora do catálogo do SUS. Respaldados por laudos médicos particulares, pleiteiam, sobretudo sob o manto da urgência, decisões liminares para situação clínica individual.

Para compreender as principais demandas judiciais na esfera da saúde pública, importa destacar, no que se refere aos fármacos, que existe distinção entre o que é incorporado ao SUS e o que consta na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename). O Rename é um instrumento normativo central da política farmacêutica brasileira, cuja previsão encontra guarida na Política Nacional de Medicamentos (Brasil, 2022).

O Rename é submetido regularmente a uma atualização feita pelo Ministério da Saúde, cujo objetivo é orientar a seleção e a

padronização dos medicamentos reputados essenciais à resolução dos problemas recorrentes de saúde da população, os quais são elencados com base em padrões de eficácia, segurança, qualidade e custo-efetividade. Os medicamentos que constam nesta relação possuem relevância terapêutica e prevalecem sobre os demais no processo de aquisição, distribuição e dispensação no âmbito do SUS (Brasil, 2022a).

Embora essa relação esteja diretamente vinculada ao trabalho da Conitec, visto que a essa compete recomendar a inclusão de medicamentos na Rename, especialmente quando se trata de fármacos destinados a condições de elevada prevalência ou impacto em saúde pública, importa destacar que nem todo medicamento aprovado pela Conitec e incorporado ao SUS irá integrar a Rename (Brasil, 2022).

Os medicamentos constantes na Rename são considerados os essenciais, indicados para uso primário e voltados para uma uniformização nacional mínima. Os medicamentos incorporados, por sua vez, são aqueles para uso especializado, hospitalar ou em situações clínicas específicas, que podem constar apenas de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas (PCDTs), podendo, ou não, ser inseridos no Rename.

No aspecto prático, essa diferença é relevante, sobretudo quanto à judicialização da saúde por medicamentos, pois as demandas podem ter como objeto medicamentos registrados e disponíveis no país, mas que não integram o rol daqueles que foram incorporados ao SUS ou não constam na Rename. Isso vindica do julgador o conhecimento e a compreensão da complexidade e da racionalidade da estrutura do sistema público de saúde.

Esse descompasso entre o que é planejado pelo poder executivo quanto à política pública na saúde e o que se determina por meio da intervenção judicial no âmbito da saúde pública tensiona a lógica distributiva e o fundamento do planejamento sanitário. No entanto, faz-se necessário estabelecer uma distinção entre as principais demandas que tem como base a inércia administrativa daquelas que buscam alterar, por via judicial, os parâmetros de escolha das políticas públicas.

Dentre as demandas recorrentes em ações judiciais, encontram-se o fornecimento de medicamentos, os procedimentos cirúrgicos e terapêuticos e os tratamentos experimentais. Quanto aos

medicamentos, segundo estudo feito pelo Insper⁴ em parceria com o Conselho Nacional de Justiça, giram, em torno de 60%, as ações judiciais envolvendo medicamentos que não foram incorporados ao SUS pela Conitec (Conselho Nacional de Justiça; Insper, 2019).

No mesmo estudo, inferiu-se que os medicamentos requeridos, em sua maioria, são de alto custo, importados, ou, ainda, que ainda não transpuseram a fase dos experimentos. Isso, além de não observar os critérios técnicos e científicos aplicados pelo Ministério da Saúde, provocaria impacto considerável nas contas públicas.

A partir de um levantamento a nível nacional, segundo Silva *et al.* (2020), cerca de 60,7% das demandas judiciais que tinham por objeto o fornecimento de fármacos, esses não estavam na Rename, e, em torno de 75%, o SUS disponibiliza alternativa terapêutica para o tratamento do paciente demandante.

A judicialização individualista, nos contextos acima mencionados, não considera as alternativas terapêuticas disponibilizadas pelo SUS. Desse modo, despreza a lógica elaborada pelo Poder Executivo na dinâmica das Políticas Públicas de saúde, seja do ponto de vista científico ou orçamentário, e, a partir de imposições judiciais, imposição de fornecimentos pontuais e descoordenados, instaura-se a fragilização da política pública coletiva (Ferraz, 2011).

Outras demandas recorrentes são as que envolvem medicamentos de uso “*off label*”. O levantamento realizado pelo CNJ e Insper apresentou um expressivo aumento nas demandas envolvendo medicamentos de usos “*off label*”: em 2002, foi registrado apenas um caso, já, em 2015, o número de decisões judiciais ficou na casa de 3.919, o que representa 18% do total de decisões proferidas na área da saúde naquele ano (Conselho Nacional de Justiça; Insper, 2019).

A solicitação de procedimentos, tais como terapias e tratamentos de média e alta complexidade e custos elevados e não incorporados ao SUS pela Conitec, tem crescido consideravelmente. No entanto, a Conitec tem publicado, entre os anos de 2023 e 2024,

⁴ A sigla Insper significa “Instituto de Ensino e Pesquisa”. A instituição surgiu como sucessora do IBMEC-SP (Instituto Brasileiro de Mercado de Capitais - São Paulo) e se consolidou como centro de ensino superior sem fins lucrativos, sendo voltado à formação em economia, administração, direito, engenharia e políticas públicas, com forte atuação em pesquisa aplicada e impacto institucional. Disponível em: <https://www.insper.edu.br/sobre/>. Acesso em: 12 jul. 2025.

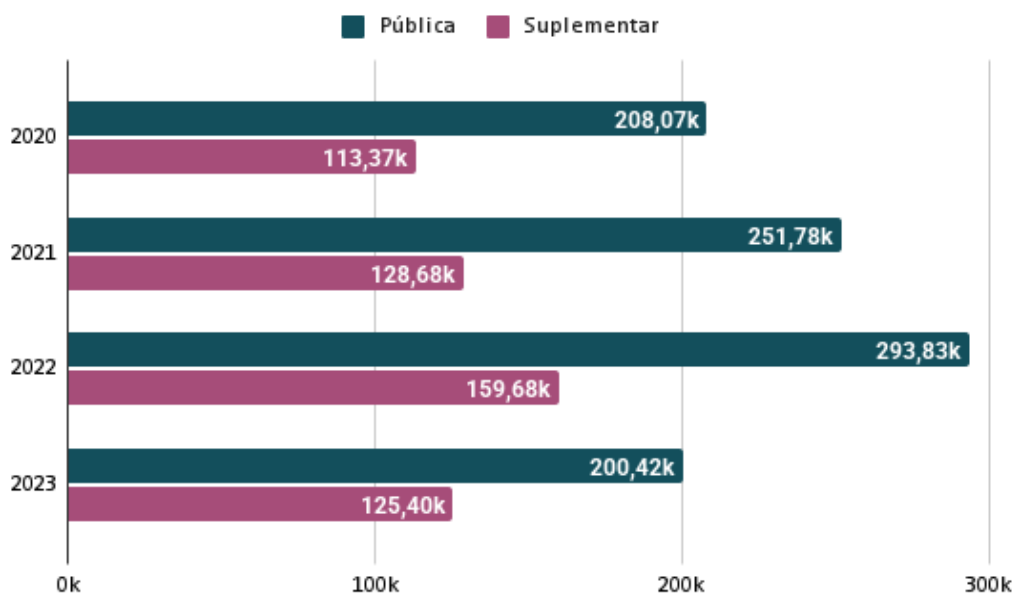
pareceres desfavoráveis à incorporação de algumas terapias, a exemplo da estimulação magnética transcraniana para depressão resistente, a terapia com células-tronco para esclerose múltipla e tratamentos de reabilitação virtual pós-AVC (Brasil, 2024).

A não inclusão pela Conitec de tais terapias e procedimentos não tem impedido a propositura de demandas judiciais individuais para obtenção dos serviços. Segundo Gomes *et al.* (2014), uma parte significativa das demandas judiciais por saúde no SUS está ligada a procedimentos de alta complexidade e elevado custo, algo estimada em torno de 44%.

O CNJ (2023) aponta que, em 2022, mais de 157 mil ações judiciais relacionadas a tratamento médico-hospitalar foram ajuizadas, muitas delas compreendendo terapias complexas e não padronizadas. Mesmo sem estatísticas consolidadas que mostram quantas dessas ações envolvem tecnologias não incorporadas pela Conitec, atualmente mais de 780 tecnologias já foram avaliadas e não recomendadas para inclusão no SUS. Esse é um total que representa o universo direto de tratamentos potencialmente judicializados (CNJ; Insper, 2019).

Atualmente, o número total de processos judiciais anuais que tratam de saúde pública atinge a casa de centenas de milhares, tendo como principal requerido o Poder Público em suas três esferas. Conforme dados do CNJ, nos últimos quatro anos, os casos que envolvem a saúde pública chegaram a 952 mil novos :

Gráfico 1 – Litigiosidade por tipo de demanda, número de processos novos, Brasil, 2020-2023



Fonte: CNJ (2023).

Tal cenário desorganiza a programação orçamentária da saúde e atinge, de forma considerável, os recursos financeiros do Estado. A busca por soluções para o problema culminou na criação das Câmaras de Resolução de Litígios de Saúde em diversos estados da federação, como Bahia, Rio de Janeiro, Distrito Federal e Ceará.

É importante ressaltar que essas Câmaras se consolidaram como uma ferramenta eficaz na solução de conflitos, apresentando resultados positivos, principalmente ao oferecerem alternativas terapêuticas equivalentes, capazes de atender às necessidades dos pacientes e que constam na lista da Rename, evitando, assim, a judicialização (Ceará, 2023; CNJ, 2019).

Contudo, tais medidas ainda não são suficientes para evitar as demandas judiciais e, conseqüentemente, o impacto orçamentário nos municípios, sobretudo os de pequeno porte. Isso se dá em decorrência de dificuldades financeiras e orçamentárias próprias enfrentadas por esses entes.

Constata-se, ainda, a recorrência de bloqueios judiciais nas contas públicas a fim de serem cumpridas as decisões proferidas em ações que envolvem saúde. No entanto, as constringões não observam as divisões do orçamento, tampouco as das unidades orçamentárias.

Desse modo, percebe-se que a judicialização da saúde tem várias implicações que afetam outras áreas da administração pública. Os recursos destinados à saúde são limitados, e as decisões judiciais muitas vezes exigem a alocação de fundos significativos para casos individuais. Isso pode levar à redistribuição de recursos, afetando o orçamento e a capacidade de atender às necessidades coletivas de saúde.

Ademais, a necessidade de cumprir decisões judiciais imprevistas pode desestabilizar o planejamento e a gestão dos serviços de saúde. Isso pode resultar em desorganização e ineficiência, com recursos sendo alocados de maneira reativa ao invés de ser seguido um planejamento estratégico. Poderá, além disso, intensificar as desigualdades no acesso à saúde. Indivíduos com maior conhecimento dos seus direitos ou com melhor acesso a recursos jurídicos conseguem obter tratamentos específicos, enquanto outros podem não ter o mesmo sucesso.

A variabilidade nas decisões judiciais pode gerar insegurança e inconsistência nas políticas de saúde. Isso dificulta a criação de diretrizes claras e estáveis, impactando a governança e a previsibilidade na área da saúde. Vale destacar que as decisões judiciais frequentemente interferem na formulação e implementação de políticas públicas de saúde, limitando a autonomia dos gestores na definição de prioridades e na alocação de recursos.

Observa-se ainda que a judicialização gera um custo administrativo, pois a administração pública precisa investir em pessoal e infraestrutura para gerenciar e responder às ações judiciais, o que representa um custo adicional para o poder público. Por fim, é possível afirmar que os recursos realocados para cumprir decisões judiciais na saúde podem reduzir investimentos em outras áreas cruciais, como educação, segurança e infraestrutura.

A dinâmica da judicialização da saúde é multifacetada e não se limita à atuação do magistrado. Envolve diversos atores, pacientes, profissionais da saúde, advogados, Ministério Público e gestores, que, em razão do papel que desempenham, influenciam no curso e desfecho do fenômeno. A atuação de cada um dos agentes mobiliza o Poder Judiciário, define os contornos das decisões e impacta a conjuntura da saúde pública.

A compreensão da atuação desses agentes é elementar para avaliar a dinâmica do fenômeno, sobretudo quanto ao alcance do garantismo constitucional. Este tem sido usado como fundamento legítimo de proteção de direitos. No entanto, essa base tem sido invocada de modo desvirtuado, com padrões que se aproximam do ativismo judicial.

Nesse contexto, importa trazer, além de considerações teóricas fundamentais que circundam a orientação do Poder Judiciário no tocante às demandas que envolvem saúde pública, sob o aspecto normativo, que ampara as decisões judiciais em vistas à proteção dos direitos fundamentais, sob uma perspectiva garantista constitucional, as consequências da atuação ativista, que finda por acarretar, em alguns casos, a substituição de decisões administrativas legítimas por ordens judiciais individualizadas.

Assim, a próxima seção se destina a especificar e a examinar os principais sujeitos enredados no processo de judicialização da saúde, com vistas a mapear os perfis e os padrões da atuação de cada um, com ênfase nas decisões judiciais, de como se comporta o Poder Judiciário, com abordagem inicial em âmbito nacional. Em seguida, com enfoque no município de Quixadá-CE, serão apresentados os impactos financeiros resultantes dessas atuações sobre o modelo de financiamento do sistema público de saúde, particularmente à realidade local.



4

4

O COMPLEXO E MULTIFACETADO FENÔMENO DA JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE: SUJEITOS, ATUAÇÃO DO PODER JUDICIÁRIO E OS IMPACTOS ORÇAMENTÁRIOS E FISCAIS

O cenário que circunda a judicialização da saúde no Brasil envolve uma série de fatores e atores. Com repercussões que não se limitam à relação Estado e cidadãos, englobam a atuação de magistrados, advogados, membros do Ministério Público, defensores públicos e médicos prescritores, os quais são corresponsáveis dentro da dinâmica do atual cenário da judicialização da saúde no país.

No contexto da judicialização da saúde, cada sujeito envolvido ocupa posições estratégicas e convergentes cujas decisões repercutem para além da esfera clínica e jurídica individual. O profissional da saúde, ao indicar um determinado medicamento ou tratamento, em especial nos casos em que estes não estão previstos pelo SUS, pode ensejar o encadeamento de decisões que, ao final, repercutem no âmbito orçamentário e acarretam impactos fiscais consideráveis ao ente demandado.

Já os profissionais do campo jurídico, ao analisarem demandas sob a ótica da proteção imediata do direito à saúde — seja por meio de pareceres opinativos ou decisões judiciais — muitas vezes o fazem sem respaldo em um conjunto probatório mínimo, com pouca ou nenhuma consideração dos aspectos técnico-científicos envolvidos e sem avaliar os possíveis impactos orçamentários e fiscais. Essa atuação reverbera de forma significativa sobre as condições fiscais do ente público demandado.

Nessa ótica, o desafio que se instaura é o de que ambos os profissionais atuem com consciência ampliada de seu papel institucional. Embora atuem em suas áreas específicas, percebam a situação a partir de uma visão que considere a sustentabilidade de políticas públicas que sejam capazes de planejar para atender coletivamente milhares de usuários. O não uso de filtros técnico-científicos e a desarticulação entre o saber médico e a função judicial

podem culminar em uma alocação ineficiente, concentração de recursos e desequilíbrio federativo, sobretudo em municípios de menor porte.

Assim, imprescindível é o fomento formativo desses atores e sua integração a espaços institucionais de diálogo intersetorial, como os NAT-Jus e os Comitês Estaduais de Saúde, com vistas a promover decisões mais alinhadas à política pública estabelecida e aos princípios da eficiência e da equidade.

No município de Quixadá-CE, localizado no sertão central do Ceará, o SUS opera dentro das realidades e dos desafios específicos da região. Quixadá-CE, com sua população diversificada, incluindo áreas urbanas e rurais, enfrenta desafios únicos em termos de prestação de serviços de saúde.

Quixadá-CE, para atender às necessidades da população local, dispõe de uma estrutura limitada a 15 unidades básicas de saúde; um Caps AD; um Caps; um Caps infantil; um hospital municipal; um centro de especialidades médicas; uma unidade de pronto atendimento – UPA; e um hospital privado sem fins lucrativos, o qual mantém convênio com o poder público para atender pacientes do SUS. Essas unidades são fundamentais para garantir o acesso à saúde, especialmente em comunidades rurais mais isoladas (Secretaria de Saúde de Quixadá-CE, 2024).

Alinhado com as diretrizes nacionais, o SUS em Quixadá-CE implementa programas de saúde pública adaptados às necessidades locais. Isso inclui programas de saúde da família, os quais são essenciais para a atenção primária, focando na prevenção de doenças e na promoção da saúde.

Dada a localização geográfica e as condições socioeconômicas, Quixadá-CE enfrenta desafios como a prevalência de doenças específicas, questões de acesso em áreas remotas e limitações de recursos. O SUS local busca adaptar-se a esses desafios, implementando estratégias para uma cobertura de saúde mais eficaz e equitativa, porém, reiteradas vezes, o Município não consegue arcar sozinho com todas as demandas apresentadas pela população local.

O financiamento do SUS de maneira tripartite, conforme estabelece a Constituição Federal, englobando as três instâncias governamentais, nacional, estadual e municipal, deve prover fundos

para o SUS. Para isso, deve criar recursos financeiros suficientes para cobrir gastos com atividades e com serviços de saúde públicos.

A tarefa de organizar esse financiamento, assegurando arrecadação e distribuição de fundos de maneira a manter a universalidade e a completude do sistema, apresenta-se como um desafio complexo. As limitações orçamentárias no setor, principalmente a escassez de verbas nas prefeituras, e a urgência em superar tais desafios, fazem com que o tema do financiamento esteja frequentemente em pauta entre grupos sociais e políticos que defendem o SUS.

Atualmente, os índices de contribuição financeira dos municípios, dos estados e do Governo Federal para o SUS são regulados pela Lei Complementar n.º 141, de 13 de janeiro de 2012, aprovada após a ratificação da Emenda Constitucional 29. Segundo essa lei, municípios e o Distrito Federal devem destinar, anualmente, ao menos 15% da sua receita tributária para as Ações e os Serviços Públicos de Saúde (ASPS), enquanto os estados devem alocar 12%. Quanto ao Governo Federal, o valor investido deve ser equivalente ao comprometido no ano fiscal anterior, mais um acréscimo com base na variação do Produto Interno Bruto (PIB) do ano que precede a lei orçamentária anual (Brasil, 2012).

O Governo Federal é o principal responsável pelo financiamento do SUS, destinando a maioria dos recursos a programas nacionais, aquisição de vacinas, medicamentos e equipamentos, os quais são repassados a estados e municípios por meio de transferências fundo a fundo. No estado do Ceará, esse financiamento é complementado com recursos próprios, aplicados na manutenção e na expansão dos serviços de saúde estaduais, como hospitais e clínicas especializadas, além de apoio financeiro e técnico aos municípios para atender demandas específicas e fortalecer a rede pública de saúde.

O município de Quixadá-CE também participa do financiamento do SUS com recursos próprios, os quais são essenciais para a manutenção da infraestrutura local, especialmente das unidades básicas de saúde e de programas voltados às demandas específicas da região. Observa-se que uma parcela expressiva do orçamento municipal é destinada às ações e aos serviços públicos de saúde, conforme demonstram os relatórios de execução orçamentária de 2019 a 2023, evidenciando o compromisso do município com o

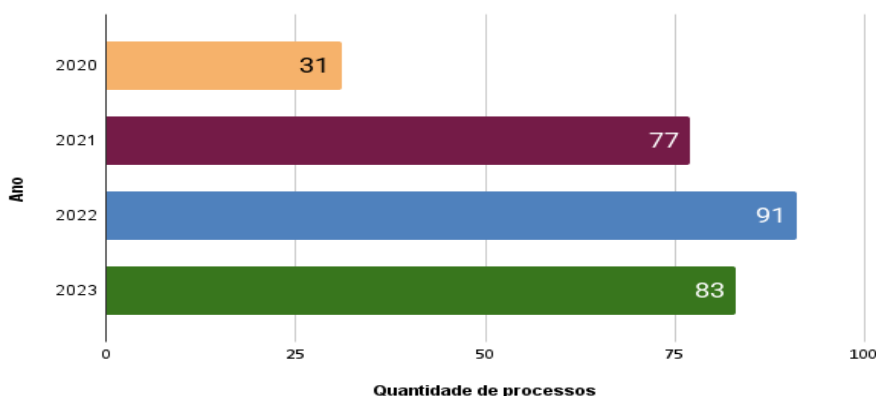
fortalecimento da atenção básica e a sustentabilidade do sistema de saúde local.

| Tabela 1 – Recursos destinados às despesas com ações e serviços de saúde no município de Quixadá-CE, período de 2019 a 2023 | |
|---|---|
| Ano | Despesa com ações e serviços de saúde (R\$) |
| 2019 | 15.817.003,01 |
| 2020 | 16.856.359,40 |
| 2021 | 15.771.898,89 |
| 2022 | 28.436.883,60 |
| 2023 | 30.609.660,87 |
| Total | R\$ 107.491.660, 87 |

Fonte: Elaborado pelo autor por meio de dados extraídos da página da prefeitura de Quixadá (Prefeitura de Quixadá-CE, 2024). Disponível em: <https://quixada.ce.gov.br/lrf.php?cat=7>. Acesso em: 18 fev. 2025.

O município de Quixadá-CE não possui recursos suficientes para arcar com os custos de demandas decorrentes de decisões judiciais que determinam o fornecimento de tratamentos de alto custo sem comprometer o orçamento municipal. Isso ocorre porque os recursos possuem vinculação legal, ou seja, o destino dos valores é estabelecido de forma específica e eles já estão comprometidos com despesas contínuas e obrigatórias nas áreas de saúde, educação e assistência social.

Gráfico 2 – Litigiosidade por tipo de demanda (saúde pública), número de processos novos, Quixadá-CE, 2020-2023



Fonte: CNJ (2023).

A tendência nacional de judicialização da saúde pública também se manifesta de forma significativa no município de Quixadá-CE. Conforme dados do CNJ, entre 2020 e 2023, foram ajuizadas 282 novas ações relacionadas à área da saúde (Gráfico 2), refletindo a crescente busca do cidadão pelo Poder Judiciário como meio de garantir o acesso a serviços e a tratamentos médicos.

No mesmo período, o número de decisões judiciais proferidas sobre o mesmo tema chegou a 504 (Gráfico 3), com predominância de sentenças desfavoráveis ao Município de Quixadá-CE. A maioria dessas decisões determinou o fornecimento de medicamentos ou a realização de tratamentos médicos individuais, evidenciando o impacto direto da judicialização sobre a gestão municipal de saúde e a necessidade de aperfeiçoamento das políticas públicas para reduzir a dependência de medidas judiciais.

4.1 ANÁLISE DOS DADOS EMPÍRICOS SOBRE A JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE EM QUIXADÁ-CE

Para a realização da presente investigação, o discente procedeu à coleta direta de dados primários junto a fontes oficiais. Foram protocolados requerimentos formais às Secretarias de Assistência Social e de Finanças do município de Quixadá-CE, visando à obtenção de informações específicas sobre o perfil dos litigantes e os impactos orçamentários da judicialização da saúde para os cofres municipais. De modo complementar, foram utilizados dados abertos que foram disponibilizados pelo Tribunal de Justiça do Estado do Ceará e pelo Portal Oficial da Prefeitura de Quixadá-CE, tendo sido acessados por meio das respectivas plataformas digitais.

Dos 282 casos identificados no levantamento inicial, apenas 75 apresentaram informações completas e consistentes, aptas à utilização em procedimentos de tratamento e análise estatística. Os demais registros foram excluídos da amostra analítica por ausência de elementos essenciais — como dados processuais, financeiros ou clínicos —, inconsistências nos campos extraídos ou impossibilidade de padronização das variáveis. Assim, o universo de 75 casos corresponde à amostra efetivamente validada para fins de análise quantitativa e inferência estatística, estando em conformidade com os critérios de integridade e confiabilidade dos dados adotados na pesquisa.

O estudo concentrou-se na dinâmica processual das 1ª e 2ª Varas Cíveis de Quixadá-CE, analisando uma amostra representativa de 75 processos judiciais propostos no período de 2019 a 2023. Os dados foram mapeados, de modo estruturado, coletando o perfil dos demandantes e sua representação processual, bem como o perfil dos demandados e o objeto do pedido.

Buscou-se ainda aferir em quantos litígios foram realizadas tentativas prévias de resolução administrativa e obter uma estimativa de gasto público municipal decorrente do cumprimento das decisões judiciais, considerando medicamentos e serviços não previstos na política de saúde pública, portanto, fora do orçamento. Objetivando mensurar os impactos da judicialização sobre o planejamento orçamentário, realizou-se a análise de um conjunto robusto de variáveis agrupadas em três dimensões:

a) Dimensão 1 - Perfil sociodemográfico - este eixo buscou caracterizar o perfil do demandante mediante a análise das seguintes variáveis: Faixa Etária e Ocupação/Vínculo Empregatício.

| Tabela 2 – Perfil sociodemográfico dos demandantes: associação entre faixa etária e ocupação/vínculo empregatício, Varas Cíveis de Quixadá-CE, 2019 a 2023 | | | |
|--|--|-------------------|-------------------|
| Faixa Etária | Ocupação/Vínculo Empregatício | Contagem de Casos | % do Total (N=75) |
| Menor | Não informado / Sem vínculo | 9 | 12% |
| Idoso (igual ou superior a 60 anos) | Aposentado / Advogado / Agricultor / Desempregado / Do lar / Pensionista / Professor | 32 | 42,6% |
| Idoso (igual ou superior a 60 anos) | Não informado / Sem vínculo | 5 | 6,7% |
| Adulto (30-59 anos) | Aposentado / Agricultor / Analista de redes / Autônomo / Desempregado / Do lar / Enfermeira / Motorista / Servidor Público / Pescador / Professora / Vendedora | 18 | 24% |
| Adulto (30-59 anos) | Não informado / Sem vínculo | 6 | 8% |

| | | | |
|---------------------------|--|-----------|-------------|
| Jovem Adulto (18-29 anos) | Agricultor / Desempregado / Doméstica / Preparador de calçados | 5 | 6,7% |
| Total | | 75 | 100% |

Fonte: elaborado pelo autor (2025).

A análise da Dimensão 1 permite compreender as características básicas dos demandantes envolvidos no processo de judicialização, com foco na faixa etária e na ocupação ou vínculo empregatício. A partir da Tabela 2, observa-se que há uma predominância expressiva de idosos, os quais representam 49,3% dos casos (42,6% com ocupação declarada e 6,7% sem vínculo informado).

Esse dado sugere que o público idoso constitui o principal grupo social que recorre às vias judiciais, possivelmente em razão de maior vulnerabilidade socioeconômica, necessidades contínuas de acesso a serviços públicos, especialmente na área da saúde, e limitações relacionadas à renda ou à mobilidade. Em contrapartida, os adultos de 30 a 59 anos representam 32% dos casos, enquanto jovens adultos e menores têm participação reduzida, somando apenas 18,7% do total.

No que se refere à ocupação ou vínculo empregatício, nota-se uma diversidade de situações, com destaque para categorias como aposentados, agricultores, servidores públicos e autônomos, além de um número significativo de casos sem vínculo formal ou com a ocupação não informada. Essa heterogeneidade indica que a judicialização não se restringe a um grupo profissional específico, mas abrange diferentes perfis socioeconômicos, o que reforça o caráter transversal do fenômeno.

No entanto, a presença marcante de aposentados e trabalhadores informais sugere que a vulnerabilidade econômica e a falta de estabilidade laboral são fatores associados à busca pelo Judiciário como via de efetivação de direitos. A ausência de informações sobre o vínculo empregatício em 26,7% dos casos também aponta limitações na coleta ou no registro de dados administrativos, o que pode comprometer a elaboração de diagnósticos mais precisos.

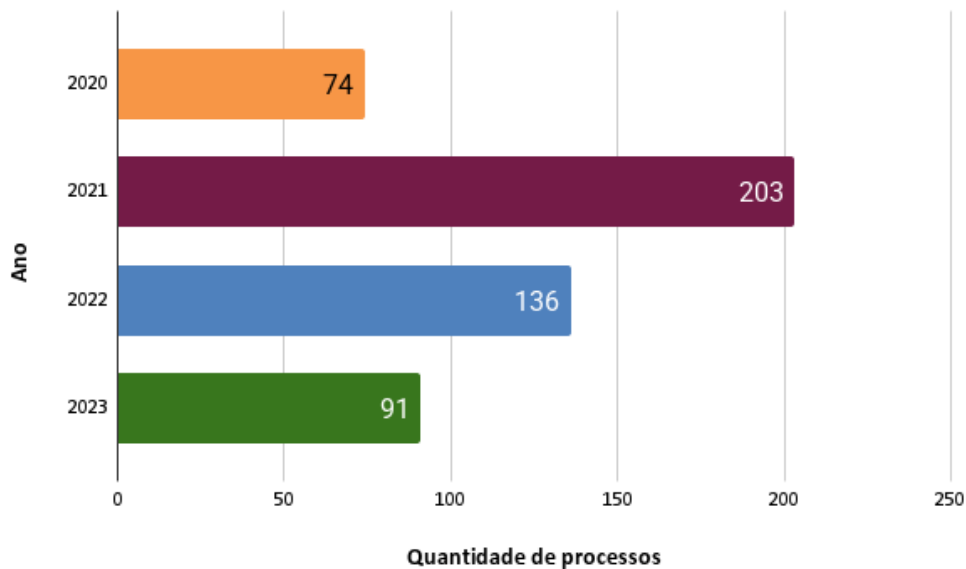
Conclui-se que a judicialização, sob o prisma sociodemográfico, está fortemente relacionada a grupos em situação de maior vulnerabilidade e dependência de políticas públicas, especialmente os idosos. A predominância desse segmento evidencia a necessidade de políticas inclusivas, acompanhadas de estratégias administrativas

voltadas à prevenção de litígios e articuladas a mecanismos de compensação, de modo que, nos casos em que a judicialização se mostre inevitável, seja possível assegurar a efetividade do direito à saúde, mas sem comprometer o equilíbrio orçamentário dos municípios.

Além disso, a diversidade de ocupações reforça a importância de uma abordagem intersetorial e que seja capaz de integrar aspectos sociais, econômicos e de saúde na formulação de políticas públicas, reduzindo a necessidade de recorrer ao sistema judicial como principal meio de acesso a direitos fundamentais.

b) Dimensão 2 - Perfil processual: este eixo buscou caracterizar a representação processual dos demandantes, bem como identificar o polo passivo das ações, verificando se as ações foram propostas em face da União, do Estado ou do Município.

Gráfico 3 – Litigiosidade por tipo de demanda (saúde pública), número de decisões, Quixadá-CE, 2020-2023



Fonte: (CNJ, 2023).

Tal circunstância compromete a execução de outras políticas públicas, uma vez que o Município, na maioria dos casos, é compelido a custear medicamentos de alto valor, muitas vezes não previstos no RENAME ou ainda não incorporados pela Conitec. Esse cenário desconsidera a estruturação da política pública definida em lei e ocasiona desequilíbrio fiscal e orçamentário para o ente municipal.

A abordagem do Judiciário se baseia no entendimento de que a Constituição Federal de 1988 elevou a saúde e a vida ao patamar de direitos fundamentais. Considerando a inegável relevância desses direitos e a autoridade que a Constituição lhes confere, logo a questão da limitação de recursos se torna secundária. Para a maioria dos tribunais, os interesses financeiros do Estado não podem prevalecer sobre a primazia da saúde e da vida.

Nesse sentido, com o escopo de oferecer uma perspectiva dos impactos econômico-orçamentários da judicialização da saúde no SUS, especificamente no município de Quixadá-CE, foi estruturada uma investigação organizada em três dimensões analíticas que se complementam e dialogam entre si.

Tabela 3 – Perfil processual das demandas judiciais segundo ente responsável e representante legal, Varas Cíveis de Quixadá-CE, 2019 a 2023

| Ente responsável pela execução | Representante processual | Contagem de casos | % do Total (N=75) |
|--------------------------------|--------------------------|-------------------|-------------------|
| Município | Defensoria Pública (DP) | 34 | 45,3% |
| Município | Advogado particular | 16 | 21,3% |
| Estados | Defensoria Pública (DP) | 13 | 17,3% |
| União | Advogado particular | 4 | 5,4% |
| União | Defensoria Pública (DP) | 3 | 6,7% |
| Estados | Advogado particular | 3 | 4% |
| Total | | 75 | 100% |

Fonte: elaborado pelo autor (2025).

A análise da Dimensão 2 demonstra importantes aspectos sobre a estrutura de representação jurídica e a responsabilização dos entes federativos nas ações judiciais. Observa-se que o município é o ente mais demandado, concentrando 66,6% dos casos (somando-se 45,3% com atuação da Defensoria Pública e 21,3% com advogado particular).

Esse predomínio municipal indica que grande parte das demandas judiciais está relacionada a serviços de execução direta e local, como saúde básica, assistência social e fornecimento de medicamentos. O papel de destaque da Defensoria Pública na

representação dos demandantes (presente em 69,3% dos casos, considerando todos os entes) reforça o perfil de vulnerabilidade socioeconômica dos autores das ações, os quais recorrem a uma representação processual gratuita como meio de efetivação de direitos.

No caso dos estados e da União, o número de ações é significativamente menor, respectivamente 21,3% e 12,1% do total, o que sugere uma menor judicialização direta dessas esferas ou uma concentração das demandas em áreas mais específicas de competência compartilhada, como fornecimento de medicamentos de alto custo ou tratamentos não disponíveis no nível municipal.

A presença equilibrada de representantes públicos e privados entre as ações contra os estados e a União aponta para um público mais heterogêneo, incluindo tanto cidadãos com menor poder aquisitivo quanto aqueles que podem arcar com representação particular. Isso indica que a judicialização, ainda que predominantemente associada à população vulnerável, também abrange outros segmentos sociais quando se trata de políticas públicas de maior complexidade ou alto custo.

Dessa forma, conclui-se que o perfil processual da judicialização reforça a centralidade dos municípios como principal polo passivo, enquanto a Defensoria Pública é a principal instituição a viabilizar o acesso à justiça. O predomínio desse eixo denota não apenas a pressão exercida sobre a gestão local, mas também a centralidade do aparato público de assistência jurídica como instrumento de acesso à justiça. Tal configuração evidencia a condição de vulnerabilidade social dessa parcela da população, cuja efetivação do direito à saúde em Quixadá-CE depende, em grande medida, da atuação institucional do poder público.

As informações da Tabela 3 destacam a necessidade de fortalecer as resoluções administrativas e a capacidade de resposta dos municípios, por meio de articulação interfederativa, em caráter excepcional, que possam socorrer os entes locais diante de demandas judiciais inadiáveis em saúde.

c) Dimensão 3 - Perfil político-administrativo: este eixo buscou identificar a proporção de ações que requeriam prestações não institucionalizadas como política pública e a estimativa do gasto municipal com decisões judiciais que impuseram

medicamentos e serviços fora da política de saúde, bem como seus impactos no planejamento orçamentário.

Por fim, a frequência de tentativas de conciliação prévia não apresentou influência estatisticamente significativa sobre o impacto financeiro das ações judiciais. A correlação entre o impacto financeiro estimado e a tentativa de resolução administrativa ou extrajudicial revelou coeficiente praticamente nulo ($r \approx 0,0008$), indicando a ausência de associação entre as variáveis.

Assim, ainda que importante do ponto de vista da resolução consensual de conflitos e para a gestão administrativa das demandas em saúde, essa variável não foi considerada na correlação entre estimativa de gastos e fornecimento de medicamentos fora das políticas públicas de saúde. Isso se deu por essa variável não repercutir de forma mensurável na dimensão orçamentária.

Tabela 4 – Classificação e frequência dos objetos de pedido nas ações judiciais de saúde, Varas Cíveis de Quixadá-CE, 2019 a 2023

| Objeto do pedido | Quantidade (N) |
|---|----------------|
| Obrigação de Fazer - Fornecimento de medicamentos | 35 |
| Obrigação de Fazer - Procedimento cirúrgico | 8 |
| Obrigação de Fazer - Fornecimento de insumos | 7 |
| Obrigação de Fazer - Vaga para internação | 4 |
| Obrigação de Fazer - Suplementação alimentar e outros | 1 |
| Obrigação de Fazer - Exame | 1 |
| Obrigação de Fazer - Fornecimento de medicamentos, materiais e equipamentos | 1 |
| Obrigação de Fazer - Tratamento fonoaudiológico | 1 |
| Obrigação de Fazer - Fornecimento mensal de insumos | 1 |
| Obrigação de Fazer - Fornecimento de consulta médica | 1 |
| Obrigação de Fazer - Fornecimento de suplementos | 1 |
| Obrigação de Fazer - Fornecimento de transporte | 1 |
| Obrigação de Fazer - Fornecimento de suplementação alimentar | 1 |

| | |
|---|-----------|
| Obrigação de Fazer - Tratamento de saúde e internação | 1 |
| Total de registros analisados | 64 |

Fonte: elaborado pelo autor (2025).

A análise dos dados apresentados na Tabela 4 evidencia que aproximadamente 54,68% (N=35) das ações judiciais concentram-se em solicitações de fornecimento de medicamentos. Esse resultado confirma a centralidade dessa categoria no contexto da judicialização da saúde e demonstra que a maior parcela das demandas está relacionada à busca de fármacos que, idealmente, deveriam ser disponibilizados de forma regular pelo SUS. Além disso, observa-se que cerca de 12,5% (N=8) dos pedidos referem-se a procedimentos cirúrgicos, internações e tratamentos especializados, refletindo a ampliação do fenômeno da judicialização para demandas de média e alta complexidade. Em termos operacionais, essa situação demonstra que o sistema de saúde enfrenta dificuldades na gestão dos fluxos assistenciais e na garantia da integralidade do cuidado, o que acaba por impulsionar o aumento do número de ações judiciais.

Por fim, os 32,82% (N=21) restantes abrangem demandas relacionadas a exames, transporte sanitário, suplementação alimentar e outros insumos de menor complexidade, mas de alta relevância para o tratamento contínuo dos pacientes. Em síntese, os dados revelam que a judicialização da saúde, no caso analisado, reflete carências estruturais e ausência de mecanismos eficazes de regulação e prevenção, tornando imprescindível o fortalecimento da governança interfederativa e da capacidade institucional de resposta do sistema público de saúde.

4.2 CONVERGÊNCIA ENTRE A JUDICIALIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS E AS POLÍTICAS DE INCORPORAÇÃO TECNOLÓGICA DO SUS CONFORME A RENAME E A CONITEC

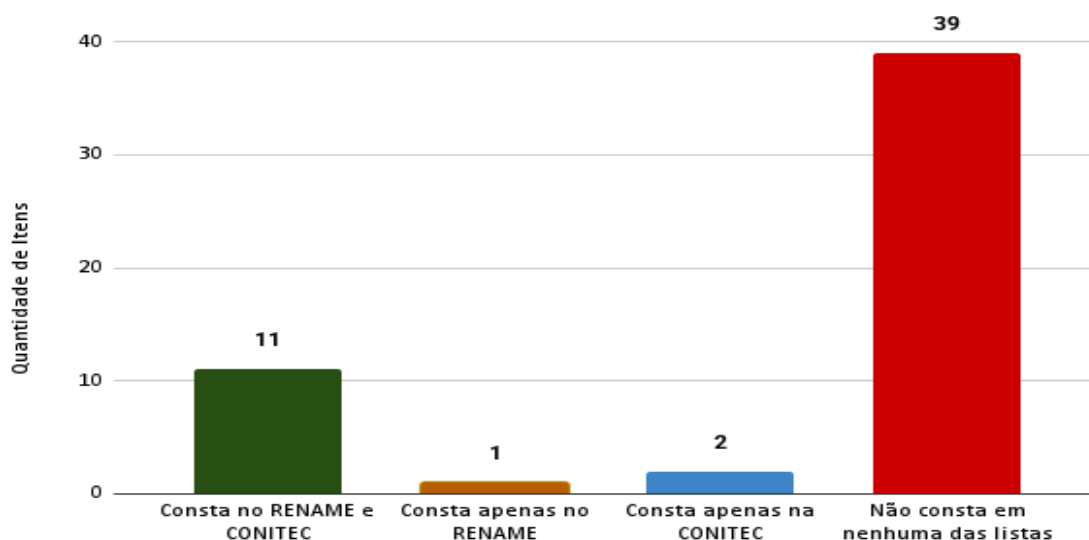
A judicialização da saúde, especialmente quanto ao fornecimento de medicamentos, revela-se um fenômeno de grande impacto para a gestão pública e para a efetividade das políticas do SUS. Ao mesmo tempo em que expressa a busca da população pela efetivação do direito à saúde, evidencia tensões entre demandas

individuais e os limites orçamentários e técnicos que orientam as políticas públicas.

No município de Quixadá-CE, observa-se que a maioria das ações judiciais envolve medicamentos não incorporados ao SUS e ausentes da Rename e das recomendações da Conitec. Essa realidade demonstra o descompasso entre as demandas judiciais e as diretrizes técnico-normativas do sistema público, refletindo a dificuldade dos gestores locais em conciliar a garantia do acesso individual com a sustentabilidade financeira e a equidade das políticas de saúde.

Desse modo, este subitem tem por objetivo analisar a correspondência entre os medicamentos judicializados e as políticas de incorporação tecnológica do SUS, verificando sua presença nas listas da Rename e da Conitec. A análise busca evidenciar os impactos dessas demandas no orçamento municipal e a necessidade de construção de soluções estruturais que auxiliem os municípios a enfrentarem os efeitos financeiros da judicialização, garantindo a continuidade das políticas públicas de saúde com sustentabilidade e equidade.

Gráfico 4 – Distribuição dos medicamentos judicializados segundo sua conformidade com a Rename e a Conitec, Varas Cíveis de Quixadá-CE, 2019 a 2023



Fonte: elaborado pelo autor (2025)

A análise dos dados do Gráfico 4 contabilizou um montante de 53 tipos de medicamentos, demonstrando um desequilíbrio expressivo na conformidade dos medicamentos judicializados com as listas oficiais de padronização do SUS. Do total de itens analisados, apenas 20,75% (N=11) constam simultaneamente na Rename e na Conitec, demonstrando que uma parcela minoritária das demandas judiciais se

refere a medicamentos já avaliados e incorporados de forma regular às políticas públicas de saúde. Esse cenário indica que a predominância dos pleitos não se encontra amparada por protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas nacionais.

A presença de apenas dois medicamentos exclusivos em uma das listas, um na Rename e outro na Conitec, reforça a existência de lacunas de alinhamento entre as instâncias de padronização. Essa desconexão sugere que a atualização das listas ou a integração entre os processos de incorporação tecnológica ainda enfrenta desafios operacionais e institucionais. Ademais, a ocorrência de itens aprovados apenas pela Conitec pode representar medicamentos recentemente avaliados, mas ainda não incorporados à Rename, enquanto o oposto pode indicar descompasso na revisão periódica das listas essenciais. Embora se trate de dinâmica técnico-institucional, seus efeitos repercutem diretamente no planejamento fiscal local, ampliando a incerteza das previsões de gasto e a necessidade de provisão para despesas imprevistas.

Os resultados evidenciam implicações diretas na gestão orçamentária municipal. A elevada proporção de medicamentos judicializados não contemplados nas listas oficiais da Rename e da Conitec, 73,58% (N=39) indica que os municípios, como Quixadá-CE, são frequentemente compelidos a custear tratamentos fora das previsões orçamentárias e sem respaldo técnico do SUS. Essa realidade impõe pressões fiscais significativas, comprometendo a execução das despesas planejadas e a manutenção de outros serviços essenciais.

A análise dos 53 tipos de medicamentos revela que o Pembrolizumabe apresenta um acentuado descompasso entre as demandas judiciais e as diretrizes técnico-normativas distintas daquelas observadas em casos de medicamentos comuns. Embora esse medicamento não conste na Rename, já foi incorporado ao SUS pela Conitec para indicações oncológicas específicas.

O impacto financeiro do Pembrolizumabe demonstra a diferença fundamental entre o volume de processos e o volume de gastos na judicialização da saúde. Enquanto a maioria dos processos judiciais envolve medicamentos de baixo custo, como Esomeprazol ou Sertralina, que geram um alto volume, os medicamentos de alto custo, como o Pembrolizumabe, são os grandes responsáveis pelo ônus orçamentário.

Com um custo estimado de R\$ 78.000,00 em um único caso, o impacto financeiro de uma única decisão judicial é 33 vezes maior do que o pedido médio de um medicamento comum. Essa disparidade evidencia que a maior parte do dinheiro gasto com a judicialização está concentrada em poucos casos de alto custo, os quais geralmente são pedidos de tecnologias oncológicas ou medicamentos biológicos fora das indicações aprovadas.

Diante desse cenário, torna-se imprescindível a criação de mecanismos de suporte financeiro e administrativo que sejam capazes de auxiliar os entes locais no enfrentamento dessas demandas excepcionais. A ausência de instrumentos de compensação ou de repasse específico para cumprimento de decisões judiciais em saúde evidencia a vulnerabilidade fiscal dos municípios e reforça a urgência de soluções estruturais que permitam compatibilizar o atendimento às ordens judiciais com o equilíbrio das contas públicas.

| Tabela 5 – Correlação entre despesa ordinária e extraordinária com ações e serviços de saúde, município de Quixadá-CE, 2019 a 2023 | | |
|---|--|---|
| Ano | Despesa Ordinária com Ações e Serviços de Saúde (R\$) | Despesa Extraordinária com Ações e Serviços de Saúde (R\$) |
| 2019 | 15.817.003,01 | 626.742,42 |
| 2020 | 16.856.359,40 | 104.796,58 |
| 2021 | 15.771.898,89 | 973.910,91 |
| 2022 | 28.436.883,60 | 1.292.939,30 |
| 2023 | 30.609.660,87 | 121.226,64 |
| Total | 107.491.806,00 | 3.119.615,8 |

Fonte: elaborado pelo autor (2025).

A análise correlacionou os valores anuais de Despesa Ordinária e Extraordinária com Ações e Serviços de Saúde, no período de 2019 a 2023. Os dados evidenciam um coeficiente de correlação positiva forte ($r \approx 0,8955$) entre as duas variáveis, indicando que o aumento dos investimentos em saúde tende a acompanhar, proporcionalmente, o crescimento das despesas extraordinárias associadas.

Observou-se que os anos de 2022 e 2023 registraram os maiores volumes de despesa, com destaque para 2022, que também apresentou o maior impacto financeiro. Já em 2020 e 2023, mesmo com despesas elevadas, os gastos extraordinários foram relativamente menores, sugerindo maior controle, eficiência administrativa ou redução de demandas judiciais e extrajudiciais.

O comportamento geral demonstra que os custos financeiros decorrentes das ações de saúde não ocorrem de forma isolada: eles refletem a pressão sobre o orçamento público e a necessidade de planejamento preventivo. Esse resultado permite orientar decisões para alinhar gastos assistenciais com estratégias de redução de passivos e otimização do uso de recursos.

A judicialização da saúde, no município de Quixadá-CE, tem provocado despesas extraordinárias que não são previstas na Lei Orçamentária Anual nem no planejamento setorial. Entre 2019 e 2023, foram gastos mais de R\$ 3,1 milhões apenas com cumprimento de ordens judiciais, muitas delas referentes a medicamentos de alto custo não incorporados pela Rename ou Conitec. Esse cenário compromete a execução das políticas públicas essenciais e cria desequilíbrios fiscais, sobretudo em municípios com baixa capacidade arrecadatória.

Esse cenário compromete a execução das ações planejadas, afeta a continuidade dos serviços essenciais e cria riscos fiscais para a gestão municipal, especialmente diante do aumento do número de ações judiciais e da limitação orçamentária do ente local. A forte associação entre os gastos ordinários e as despesas judiciais, a qual é demonstrada por correlação positiva elevada ($r \approx 0,8955$), reforça que o impacto financeiro da judicialização não é episódico, mas estrutural e crescente.

Diante desse cenário, a judicialização da saúde assume contornos estruturais, exigindo resposta institucional capaz de considerar seus impactos sistêmicos e orçamentários. É nesse contexto que o Supremo Tribunal Federal, ao julgar o Tema 123 da repercussão geral, redefine os limites da intervenção judicial em políticas públicas, impondo deferência ao planejamento estatal e análise objetiva da capacidade administrativa e financeira.

4.3 O TEMA 123 DO STF COMO FUNDAMENTO CONSTITUCIONAL DA GOVERNANÇA COOPERATIVA DA JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE.

O Tema 123 da repercussão geral, julgado pelo Supremo Tribunal Federal, representa um ponto de inflexão qualitativo na jurisprudência constitucional brasileira sobre controle judicial de políticas públicas. Distintivo de precedentes anteriores, que convergem, em grande parte, na afirmação do direito subjetivo individual, o Tema 123 move o centro da análise para uma perspectiva institucional, estrutural e sistêmica, compele o Poder Judiciário para uma atuação que considere não apenas o caso isolado, ali em julgamento, mas também os efeitos globais da decisão sobre a política pública envolvida.

O primeiro ponto normativo explicitado no Tema 123 é a exigência de respeito qualificado ao planejamento estatal, com reconhecimento de que políticas públicas, sobretudo em esferas complexas e alto impacto financeiro, como a saúde, sucedem de escolhas administrativas que envolvem questões múltiplas como análise técnica, programação orçamentária e definição de prioridades coletivas. Nesse sentido, o Judiciário não pode ignorar planos, programas e protocolos regularmente instituídos, exceto quando patente omissão inconstitucional, desvio de finalidade ou violação manifesta ao núcleo essencial do direito fundamental (STF, Tema 123).

A partir desse eixo, o Tema 123 demanda que a decisão judicial dialogue com os instrumentos de planejamento existentes, tais como planos setoriais, protocolos clínicos, diretrizes terapêuticas e leis orçamentárias. Sem tal análise, resta configurado déficit de fundamentação constitucionalmente relevante, pois o precedente estabelece que a legitimidade da intervenção judicial depende da demonstração de que a decisão não desorganiza a política pública nem substitui arbitrariamente o gestor (STF, Tema 123).

O segundo ponto que estrutura o Tema 123 é a admissão de que a capacidade administrativa e financeira é elemento jurídico significativo, e não como argumento meramente retórico. A ideia é coadunar a “reserva do possível” associada com as condições reais de execução pelo Estado. Assim, o precedente impõe é que a capacidade orçamentária seja analisada com base em dados objetivos, auditáveis e transparentes, afastando alegações genéricas de insuficiência financeira.

Essa exigência tem consequências diretas para a governança da judicialização da saúde. A tese firmada pelo STF exige que o Poder Judiciário deve considerar aspectos além do jurídico, tais como o impacto fiscal da decisão, inclusive em termos de efeitos distributivos, por exemplo, como a imposição de uma obrigação individual pode comprometer políticas universais destinadas a um número muito maior de beneficiários. Tal aspecto busca barrar o risco de replicação da demanda, o efeito multiplicador de precedentes e o potencial de indução de comportamentos oportunistas (BRASIL, STF, Tema 123).

Esse aspecto é mormente relevante no âmbito da saúde, em que decisões judiciais individuais tendem a estimular novas ações e ampliar significativamente o impacto financeiro. O Precedente, ao exigir essa análise prospectiva, aproxima-se claramente de uma racionalidade estrutural e econômica, passa a exigir do Judiciário uma postura institucionalmente responsável e consciente de seus efeitos regulatórios indiretos.

Outro aspecto relevante da Tese é o prestígio de soluções institucionais cooperativas em detrimento de comandos judiciais unilaterais. Nesse contexto, embora o STF não utilize a expressão “governança cooperativa”, o Tema 123 deixa claro que a atuação judicial deve, sempre que possível, estimular a coordenação entre órgãos e entes federativos e evitar decisões isoladas que desorganizem o pacto federativo ou transfiram ônus excessivos a um único ente (STF, Tema 123).

O Tema 123 também impõe um ônus argumentativo qualificado ao Poder Judiciário. Decisões que interfiram em políticas públicas devem demonstrar, de forma explícita e fundamentada: (i) a inadequação ou insuficiência da política existente para atender ao direito fundamental; (ii) a razoabilidade da medida imposta; (iii) a compatibilidade da decisão com a capacidade administrativa e financeira do ente; e (iv) a inexistência de alternativa menos gravosa ao interesse público. Trata-se de verdadeira densificação do dever de fundamentação, alinhada aos princípios da proporcionalidade e da separação funcional de poderes (STF, Tema 123).

Dessa forma, o precedente não apenas autoriza, mas exige a adoção de modelos estruturais de governança da judicialização da saúde, baseados em critérios objetivos, coordenação interfederativa, deferência técnica e análise sistêmica de impactos. A proposta de

governança cooperativa e condicional insere-se exatamente nesse espaço normativo delineado pelo Supremo Tribunal Federal, funcionando como resposta institucional adequada às exigências constitucionais contemporâneas de racionalidade, eficiência e sustentabilidade na efetivação do direito à saúde, abordado no capítulo seguinte.



5

GOVERNANÇA COOPERATIVA E CONDICIONAL DA JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE: FUNDAMENTOS NORMATIVOS, ARQUITETURA INSTITUCIONAL E OPERACIONALIZAÇÃO À LUZ DO TEMA 123 DO STF

A judicialização da saúde, ao deslocar decisões distributivas para o Poder Judiciário, passou a produzir impactos estruturais sobre o financiamento, o planejamento e a continuidade das políticas públicas do Sistema Único de Saúde (SUS). Esse fenômeno, embora historicamente relevante para a afirmação do direito fundamental à saúde, revelou limites institucionais significativos, sobretudo quando decisões individualizadas impõem ônus financeiros expressivos a entes federativos com baixa capacidade fiscal e administrativa.

Nesse contexto, o Supremo Tribunal Federal, por meio do Tema 123 da repercussão geral, estabeleceu marco constitucional fundamental ao reconhecer que a intervenção judicial em políticas públicas deve observar limites institucionais, especialmente quando houver impacto orçamentário relevante ou necessidade de reorganização administrativa.

O Tema 123 não nega a justiciabilidade do direito à saúde, mas redefine seus contornos, exigindo que a atuação judicial considere o planejamento estatal, a capacidade administrativa e a disponibilidade orçamentária do ente demandado, desde que aferidas por critérios objetivos e transparentes. Essa diretriz constitucional confere base normativa sólida para a construção de um modelo cooperativo e condicional de governança da judicialização da saúde, afastando soluções meramente compensatórias e legitimando respostas estruturais, sistêmicas e coordenadas.

O modelo proposto é compatível com a própria lógica constitucional do SUS, fundada nos princípios da descentralização, regionalização e cooperação interfederativa. A Constituição Federal, ao atribuir competências comuns aos entes federativos na promoção da

saúde, pressupõe coordenação e solidariedade institucional, e não a transferência desordenada de encargos financeiros decorrentes de decisões judiciais isoladas.

A disciplina infraconstitucional do financiamento da saúde, especialmente a Lei Complementar nº 141/2012, reforça essa lógica ao impor deveres de planejamento, transparência e prestação de contas, condicionando a regularidade fiscal e sanitária à alimentação de sistemas oficiais como o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS).

Além disso, o próprio desenho institucional do SUS já prevê instrumentos formais de articulação interfederativa, como o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP), voltado à organização de redes de atenção, definição de responsabilidades e pactuação regional. A proposta ora desenvolvida não cria estrutura paralela, mas acrescenta ao SUS uma camada específica de governança da judicialização, acoplada aos instrumentos existentes, destinada a ordenar a execução das decisões judiciais e a prevenir litígios futuros.

No plano técnico-científico, a centralidade da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec) constitui eixo fundamental do modelo. Ao estruturar a incorporação de tecnologias com base em evidências de eficácia, segurança, custo-efetividade e impacto orçamentário, a Conitec reduz assimetria de informação e amplia previsibilidade decisória. A utilização sistemática de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) como referência obrigatória para decisões administrativas, conciliações e notas técnicas encontra respaldo direto na legislação que reformou a Lei nº 8.080/1990, sendo plenamente compatível com a diretriz do Tema 123 do STF de deferência ao planejamento e à expertise técnica do Executivo.

No âmbito do Poder Judiciário, o modelo aproveita estrutura já existente e consolidada, composta pelo Fórum Nacional do Judiciário para a Saúde (Fonajus), pelos Comitês Estaduais de Saúde, pelos Núcleos de Apoio Técnico do Poder Judiciário (NAT-Jus) e pela plataforma e-NatJus. Esse ecossistema funciona como verdadeira infraestrutura epistêmica, permitindo que decisões judiciais sejam fundamentadas em pareceres técnicos padronizados, reduzindo variabilidade decisória e mitigando o risco de decisões descoladas da realidade sanitária e orçamentária.

A convergência com precedentes qualificados do STF e do STJ reforça a legitimidade do modelo. O Tema 793 do STF, ao reconhecer a responsabilidade solidária dos entes federativos, admite o direcionamento da execução conforme as atribuições administrativas e a organização do SUS, afastando a sobrecarga automática dos municípios. O Tema 500 do STF estabelece a regra geral de não fornecimento de medicamentos sem registro na Anvisa, ressalvadas hipóteses excepcionais, reforçando a centralidade da regulação sanitária. O Tema 106 do STJ, por sua vez, consolida critérios cumulativos rigorosos para o fornecimento de medicamentos não incorporados, funcionando como matriz decisória técnica. Todos esses precedentes dialogam diretamente com a diretriz do Tema 123, que exige racionalidade, objetividade e análise estrutural do impacto das decisões judiciais.

A operacionalização do modelo exige arquitetura institucional clara, distribuída em camadas de governança. No nível estratégico, propõe-se a criação do Comitê Nacional de Governança em Saúde Judicializada (CNGSJ), vinculado ao Ministério da Saúde. Esse colegiado teria como função definir padrões nacionais, governar indicadores, revisar parâmetros técnicos e disciplinar o funcionamento da plataforma digital integrada.

Sua composição plural assegura equilíbrio federativo e técnico: o Ministério da Saúde exerce a coordenação e integra as diretrizes da Conitec; o Ministério da Fazenda valida parâmetros de sustentabilidade e risco fiscal; o CNJ e o CNMP garantem transparência, governança de dados e monitoramento dos padrões decisórios; a Conitec e o NAT-Jus Nacional padronizam critérios técnico-científicos; Conass e Conasems asseguram viabilidade regional; e o Ministério Público atua como instância de controle externo e indutor de soluções extrajudiciais. O produto normativo esperado é ato infralegal conjunto, capaz de instituir o comitê, definir competências, criar protocolos integrados de decisão e disciplinar a plataforma tecnológica.

No nível tático, os Comitês Estaduais de Saúde, já previstos pelo CNJ, funcionam como núcleos de governança local. Compete a eles implementar protocolos integrados, coordenar a atuação entre NAT-Jus e gestores estaduais e municipais, monitorar padrões regionais de litigância e estruturar rotas de prevenção.

No nível operacional, as Câmaras de Conciliação em Saúde (CCS) assumem papel central como porta de entrada preferencial das demandas. Antes ou paralelamente ao processo judicial, o pedido é submetido a triagem rápida, com consulta obrigatória às evidências da Conitec e do e-NatJus. A partir dessa análise, formula-se proposta administrativa — fornecimento, substituição terapêutica, encaminhamento na rede ou aquisição regional — cujo resultado é registrado de forma estruturada, alimentando a base de dados e reduzindo reincidência.

O modelo opera por adesão voluntária, mas condicionada. Não se trata de auxílio financeiro automático, mas de pacto cooperativo com contrapartidas claras. A cooperação técnica e a priorização de suporte ficam condicionadas ao cumprimento de quatro blocos de conformidade: regularidade fiscal e sanitária (alimentação do SIOPS e cumprimento do piso constitucional); capacidade técnico-institucional mínima (NAT-Jus próprio ou conveniado); planejamento e previsibilidade (plano anual de contingência para judicialização); e eficiência administrativa (participação em compras regionais e consórcios).

Em lugar de compensação financeira, o modelo induz fortalecimento institucional, reduz custo marginal dos litígios e evita decisões disfuncionais por ausência de informação — exatamente a lógica de indução de eficiência compatível com o Tema 123 do STF.

Para operacionalizar a análise da capacidade orçamentária, exigida pelo Tema 123, o modelo define gatilhos técnicos verificáveis. Considera-se extrapolação quando a despesa judicial em saúde superar 0,8% da Receita Corrente Líquida municipal ou exceder 150% da média trienal apurada no SIOPS. Esses critérios podem ser cumulativos ou alternativos, sempre auditáveis. Para evitar distorções, o Comitê Nacional publica manual de cálculo detalhado, definindo itens elegíveis, critérios contábeis e exclusões.

Somente são considerados gastos elegíveis aqueles juridicamente estabilizados (trânsito em julgado ou liminar confirmada) e tecnicamente justificados (nota técnica do NAT-Jus ou evidência Conitec). Esse filtro concretiza a diretriz do CNJ de qualificação técnica das decisões e impede que medidas precárias desorganizem o orçamento público.

Os protocolos integrados de decisão estruturam uma trilha única para demandas recorrentes. Um catálogo nacional, atualizado periodicamente, identifica principais CIDs, medicamentos e procedimentos, alternativas terapêuticas incorporadas, rotas assistenciais e notas técnicas mais utilizadas. Para itens não incorporados, aplica-se matriz decisória mínima baseada nos Temas 106/STJ e 500/STF, incorporando análise de custo-efetividade e impacto orçamentário.

A plataforma digital integra SIOPS, Painéis do CNJ e e-NatJus, permitindo monitoramento automatizado, rastreabilidade completa das demandas, detecção de reincidência, alertas de risco fiscal e auditoria em tempo real. Trata-se de instrumento central de governança por dados, reduzindo assimetria informacional e custos de transação.

Para evitar risco moral, o modelo privilegia incentivos positivos não financeiros: prioridade em cooperação técnica, acesso a módulos avançados da plataforma, apoio à conciliação e reconhecimento de boas práticas. Essa lógica preventiva é coerente com as diretrizes do CNJ e com o próprio Tema 123, ao induzir planejamento e eficiência, e não dependência.

À luz do Tema 123, a proposta se mostra constitucionalmente legítima, pois não nega o direito à saúde, mas o organiza de forma racional, objetiva e cooperativa. Ao integrar planejamento, evidência científica, corresponsabilidade federativa e governança por dados, o modelo transforma a judicialização de fator de desorganização em instrumento indutor de eficiência institucional. Trata-se de resposta sistêmica, exequível e juridicamente robusta aos desafios contemporâneos da judicialização da saúde no Brasil.

5.1 PROJETO DE IMPLEMENTAÇÃO DO MODELO DE GOVERNANÇA COOPERATIVA DA JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE: VIABILIDADE, POTENCIALIDADES E LIMITAÇÕES

A consolidação de um modelo cooperativo e condicional de governança da judicialização da saúde demanda a tradução do arcabouço normativo e institucional proposto em um projeto de implementação gradual, tecnicamente viável e compatível com as capacidades administrativas dos entes federativos.

Não se trata de criação de nova política pública autônoma, mas de reorganização funcional de estruturas já existentes, com base em coordenação, interoperabilidade de dados e indução de boas práticas, em consonância com as exigências constitucionais delineadas pelo Tema 123 do Supremo Tribunal Federal.

A operacionalização do modelo pode ser estruturada em três fases progressivas, reduzindo riscos institucionais e permitindo ajustes incrementais.

Fase I – Institucionalização normativa e governança mínima

Nesta etapa, o foco recai sobre a edição de atos infralegais (portaria do Ministério da Saúde e ato conjunto com o CNJ), instituindo formalmente o Comitê Nacional de Governança em Saúde Judicializada, definindo suas competências, parâmetros iniciais e regras de adesão voluntária dos entes federativos. Paralelamente, seriam definidos os critérios técnicos mínimos para utilização do SIOPS, do e-NatJus e dos Painéis do CNJ como base oficial de monitoramento.

Fase II – Projetos-piloto regionais

A segunda fase envolveria a implementação do modelo em municípios de médio porte com alta incidência de judicialização, selecionados a partir de critérios objetivos (volume de ações, proporção da despesa judicial em relação à RCL e capacidade administrativa). Esses pilotos permitiriam testar os gatilhos de extrapolação orçamentária, os protocolos integrados de decisão e o funcionamento das Câmaras de Conciliação em Saúde, com acompanhamento técnico do Comitê Nacional.

Fase III – Consolidação e expansão escalonada
Com base na avaliação dos resultados dos projetos-piloto, o modelo seria progressivamente expandido para outras regiões, com ajustes nos parâmetros técnicos, aperfeiçoamento da plataforma digital integrada e fortalecimento dos incentivos positivos. Essa fase permitiria padronização gradual, respeitando as assimetrias regionais e evitando imposições uniformes incompatíveis com a realidade local.

Uma das potencialidades do projeto reside na conformidade constitucional do modelo. Ao incorporar expressamente as exigências do Tema 123 do STF — deferência ao planejamento estatal, análise objetiva da capacidade orçamentária e avaliação estrutural dos

impactos — a proposta reduz significativamente o risco de questionamentos jurídicos e reforça a legitimidade das soluções adotadas.

Outro aspecto positivo é a utilização de estruturas já existentes, como Conitec, NAT-Jus, Fonajus, SIOPS e Painéis do CNJ, o que diminui custos de implementação e evita a criação de novas burocracias. O modelo opera por integração e coordenação, e não por sobreposição institucional, o que aumenta sua viabilidade administrativa.

A redução da assimetria informacional constitui vantagem central. A articulação entre evidência científica, dados orçamentários e decisões judiciais tende a elevar a qualidade decisória, reduzir a variabilidade jurisprudencial e mitigar decisões disfuncionais que desconsideram alternativas terapêuticas ou impactos sistêmicos.

Sob a perspectiva da Análise Econômica do Direito, o modelo promove internalização de custos sistêmicos, reduzindo externalidades negativas e desestimulando comportamentos oportunistas. Ao substituir a lógica compensatória por incentivos positivos e condicionalidades administrativas, diminui-se o risco moral associado à judicialização estratégica.

Destaca-se, ainda, o fortalecimento do pacto federativo, pois o modelo organiza a corresponsabilidade entre União, Estados e Municípios, evitando a sobrecarga desproporcional dos entes locais e promovendo soluções cooperativas compatíveis com a regionalização do SUS.

Apesar de suas potencialidades, o modelo apresenta limitações que devem ser reconhecidas de forma crítica. A primeira delas refere-se à heterogeneidade da capacidade administrativa municipal. Municípios de pequeno porte ou com estrutura técnica reduzida podem enfrentar dificuldades para cumprir todas as condicionalidades exigidas, o que demanda políticas complementares de capacitação e apoio técnico contínuo.

Outra limitação reside na dependência de dados confiáveis e atualizados. A efetividade dos gatilhos orçamentários e da governança por dados pressupõe alimentação regular e fidedigna do SIOPS e correta classificação das despesas judiciais, o que nem sempre ocorre de forma homogênea entre os entes federativos.

Há também o risco de resistência institucional, tanto no âmbito do Executivo quanto do Judiciário. Parte da magistratura pode interpretar o modelo como limitação indevida da independência judicial, enquanto gestores podem resistir às condicionalidades e à maior transparência exigida. A superação desse obstáculo depende de diálogo institucional e da demonstração empírica dos ganhos de eficiência.

Outro ponto sensível é o tempo de maturação dos resultados. Trata-se de modelo estrutural, cujos efeitos positivos — redução de litigiosidade, previsibilidade orçamentária e melhoria da qualidade decisória — não são imediatos, o que pode gerar frustração de expectativas no curto prazo.

Por fim, o modelo não elimina integralmente a judicialização, nem pretende fazê-lo. Demandas excepcionais e situações de urgência continuarão a exigir resposta judicial imediata, o que impõe cuidado para que os protocolos e filtros não se convertam em barreiras indevidas ao acesso à justiça.

O projeto de governança cooperativa e condicional da judicialização da saúde apresenta elevado grau de exequibilidade, pois se ancora em bases normativas consolidadas, estruturas institucionais existentes e diretrizes jurisprudenciais claras, especialmente aquelas firmadas no Tema 123 do STF. Seus pontos positivos superam suas limitações, desde que implementado de forma gradual, dialogada e tecnicamente assistida.

Ao reconhecer suas deficiências e riscos, a proposta evita soluções simplificadoras e se apresenta como instrumento realista de aprimoramento institucional. Trata-se, portanto, de modelo apto a contribuir para a racionalização da judicialização da saúde, a preservação da sustentabilidade fiscal do SUS e o fortalecimento da cooperação federativa, sem comprometer a efetividade do direito fundamental à saúde.



CONCLUSÃO
CONCLUSÃO

CONCLUSÃO

O estudo realizado demonstrou que a judicialização da saúde, firmou-se como um dos fenômenos mais significativos da relação entre o Poder Judiciário e as políticas públicas no Brasil. Sob o fundamento da saúde como direito social e fundamental, garantido pelos artigos 6º e 196 da Constituição Federal de 1988, esse cenário reflete tanto a credibilidade que o cidadão deposita no Poder Judiciário quanto às limitações do Estado na efetivação desse direito pela via administrativa. Assim, a via judicial se tornou um mecanismo de concretização da cidadania, mas também um fator de tensão entre o garantismo e os limites orçamentários da gestão pública.

Do ponto de vista metodológico, a pesquisa aplicada, com abordagem quali-quantitativa, revelou-se apropriada à compreensão do fenômeno em sua integralidade. A conjugação de métodos exploratórios e descritivos viabilizou correlacionar os dados financeiros e processuais, proporcionando identificar o crescimento quantitativo de ações, a natureza das demandas e os desdobramentos na esfera orçamentária gerados em um período de cinco anos. A utilização de fontes oficiais, como relatórios do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), dados do município de Quixadá-CE e registros da Secretaria Municipal de Saúde, conferiu solidez empírica às conclusões e assegurou o rigor científico da investigação.

Do ponto de vista teórico, o estudo dialogou com a literatura contemporânea sobre judicialização e gestão pública, reforçou que a efetividade dos direitos sociais exige uma atuação estatal integrada, com base em critérios técnicos e em instrumentos de controle e avaliação. Constatou-se que o crescimento das demandas judiciais envolvendo o fornecimento de medicamentos, procedimentos e tratamentos médicos mostra uma desarmonia entre as carências individuais e a lógica coletiva que orienta o Sistema Único de Saúde (SUS).

Foi identificado que as decisões judiciais, muitas vezes proferidas com base em prescrições médicas particulares e sem observância dos protocolos técnico-científicos definidos pela Conitec e pela Rename, acarretam repercussões orçamentárias expressivas, sobretudo em

municípios de médio e pequeno porte. Assim, ao passo em que garantem concretização do direito à saúde em casos concretos, essas decisões acarretam desajuste fiscal, redirecionamento de recursos e comprometimento de outras áreas essenciais da administração pública.

A investigação evidenciou que a judicialização é um processo multifacetado que envolve diversos atores institucionais, magistrados, defensores públicos, advogados, promotores e médicos prescritores, cujas decisões e condutas repercutem além do caso individual. A falta de integração entre o saber médico e o conhecimento jurídico, culminam em aplicação ineficiente de recursos e concentração de gastos em demandas particulares, comprometendo as políticas públicas de alcance coletivo.

No município de Quixadá-CE, observou-se um cenário característico de sobrecarga orçamentária. Entre 2019 e 2023, o município destinou mais de R\$ 107 milhões às ações e serviços de saúde, o que evidencia seu comprometimento com a área. Contudo, as decisões judiciais impuseram o fornecimento de medicamentos e tratamentos de alto custo, em geral, fora da Rename e não incorporados pela Conitec, o que acarretou um peso adicional às contas públicas, culminando em desequilíbrio no planejamento e na execução orçamentária.

A partir da análise processual verificou-se que o município é o ente mais demandado, com dois terços das ações judiciais, em que a maioria dos autores era representada pela Defensoria Pública, o que aponta para um perfil de vulnerabilidade econômica da maioria dos litigantes. Quanto ao perfil dos demandantes, verificou-se que os idosos representam o principal grupo social que se encontra no polo ativo desses pleitos, correspondendo a quase metade dos casos analisados. Tais dados indicam que a judicialização da saúde, além de expressão da desigualdade social, é também um mecanismo de busca de amparo por grupos dependentes de políticas públicas e de maior vulnerabilidade social.

Os resultados mostraram ainda que mais da metade das ações judiciais se refere ao fornecimento de medicamentos, sendo que 73,58% desses fármacos não constam nas listas oficiais do SUS. Essa desconexão revela a fragilidade dos mecanismos de incorporação tecnológica e o distanciamento entre o planejamento técnico-

administrativo e a resposta judicial. A análise do caso do medicamento Pembrolizumabe evidenciou que poucos processos de alto custo são responsáveis pela maior parte dos gastos com judicialização, enquanto a maioria das demandas envolve medicamentos de baixo custo e alto volume de processos. Isso comprova que o impacto orçamentário é desproporcional à quantidade de litígios e se concentra em decisões específicas.

Ante esse contexto, constata-se que a judicialização da saúde é uma realidade inevitável, mas que precisa ser reequilibrada por meio da ação conjunta entre as esferas do Estado. O robustecimento de instâncias técnicas como os NAT-Jus e os Comitês Estaduais de Saúde, assim como o incremento de espaços de diálogo entre o Poder Judiciário, os profissionais da saúde e os gestores públicos, é para que as decisões judiciais sejam baseadas em critérios técnico-científicos, eficiência e equidade.

Em perspectiva final, a questão central reside em conjugar o garantismo constitucional, que assegura a proteção do direito fundamental à saúde, com a manutenção do equilíbrio orçamentário e a concretização coletiva das políticas públicas. O estudo demonstrou que a judicialização da saúde consolidou-se como fenômeno estruturante na relação entre o Poder Judiciário e as políticas públicas. Contudo, a superação de seus efeitos nocivos exige soluções cooperativas e preventivas, baseadas em governança interfederativa e gestão técnica de recursos.

A proposta aqui apresentada prioriza um arranjo de coordenação interfederativa condicional e regulatória, no qual a União, os Estados e os Municípios compartilham responsabilidades e informações, orientados por evidências científicas da CONITEC e pelos pareceres técnicos do NAT-Jus. A implementação desse modelo contribui para o fortalecimento da capacidade administrativa local, aprimora a segurança fiscal e preserva o princípio da eficiência e da equidade no SUS.

A adoção de mecanismos cooperativos de governança, em substituição a medidas meramente financeiras, representa avanço na concretização do direito fundamental à saúde e reforça a solidariedade federativa no enfrentamento da judicialização. Dessa forma, reafirma-se que a efetivação do direito à saúde depende não apenas da atuação judicial, mas de uma governança integrada, capaz de articular o

conhecimento técnico, a gestão responsável dos recursos e o compromisso com a justiça social. Somente por meio desse alinhamento interinstitucional será possível garantir que o direito à saúde seja exercido de forma justa, sustentável e igualitária, consolidando o SUS como expressão concreta da dignidade da pessoa humana e do pacto federativo brasileiro.



REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

ACOSTA VINHOLES, Beatriz; THOMASI JAHNKE BOTTON, Luiza; HIRDES, André. Judicialization of drugs for treatment of hepatitis C in Rio Grande do Sul State, Brazil. **SciELO Preprints**, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.3107>. Acesso em: 6 nov. 2025.

BERCOVICI, Gilberto. Constituição e políticas públicas: uma relação conflituosa? *In*: SARMENTO, Daniel; BARROSO, Luís Roberto (org.). **Direitos sociais**: fundamentos, judicialização e políticas públicas. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2008.

BERCOVICI, Gilberto. **Soberania e Constituição**: para uma crítica do constitucionalismo. São Paulo: Quartier Latin do Brasil, 2008.

BOBBIO, Norberto. **Estado, governo e sociedade**: para uma teoria geral da política. Tradução de Marco Aurélio Nogueira. 15. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2007.

BRASIL. [Constituição (1988)]. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília: Senado Federal, 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm . Acesso em: 14 jun. 2025.

BRASIL. Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000. Acrescenta dispositivos aos arts. 6º, 198 e 200 da Constituição Federal. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm. Acesso em: 15 jun. 2025.

BRASIL. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 16 jan. 2012. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm. Acesso em: 15 jul. 2025.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 15 jun. 2025.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em: 15 jun. 2025.

BRASIL. Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999. Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e cria a ANVISA. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9782.htm. Acesso em: 15 jun. 2025.

BRASIL. Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9961.htm. Acesso em: 15 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS – CONITEC: confira as tecnologias com pareceres não favoráveis da Conitec (2023 até abril de 2024). Brasília: CONITEC, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/conitec/pt-br/midioteca/noticias/confira-as-tecnologias-com-pareceres-nao-favoraveis-da-conitec-2023-ate-abril-de-2024/view>. Acesso em: 12 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: RENAME 2022. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/renome>. Acesso em: 10 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saiba como é o processo de incorporação de um medicamento, equipamento e procedimento ao SUS. 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/abril/saiba-como-e-o-processo-de-incorporacao-de-um-medicamento-equipamento-e-procedimento-ao-sus>. Acesso em: 10 jul. 2025.

CEARÁ (Estado). Tribunal de Justiça (TJCE). Consulta de Processos de 1º Grau – e-SAJ. Fortaleza: TJCE, 2025. Disponível em: <https://esaj.tjce.jus.br/cpopg/open.do>. Acesso em: 4 out. 2025.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. Painel de Estatísticas Processuais de Direito à Saúde. Brasília: CNJ, 2023. Disponível em: <https://paineisanalytics.cnj.jus.br/single/?appid=a6dfbee4-bcad-4861->

98ea-4b5183e29247&sheet=87ff247a-22e0-4a66-ae83-24fa5d92175a.

Acesso em: 12 jul. 2025.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA; INSPER – Instituto de Ensino e Pesquisa. Judicialização da saúde no Brasil: perfil das demandas, causas e propostas de solução. Brasília: CNJ/Insper, 2019. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2018/01/f74c66d46cfea933bf22005ca50ec915.pdf>. Acesso em: 12 jul. 2025.

FERRAZ, Octávio Luiz Motta. The right to health in the courts of Brazil: worsening health inequities? *In*: YAMIN, Alicia Ely; GLOPPEN, Siri (org.). **Litigating health rights**: can courts bring more justice to health? Boston: Harvard University Press, 2011. p. 76–88.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

MANCINKO, J.; HARRIS, M.; PHIL, M. B. S. D. **Brazil's Family Health Strategy**: delivering community-based primary care in a universal health system. Disponível em: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp1501140>. Acesso em: 20 out. 2024. Maravilha! Aqui está o bloco seguinte, com as referências de N a Q, todas ajustadas conforme a NBR 6023:2022:

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos de metodologia científica**. 8. ed. São Paulo: Atlas, 2017.

MARTINS, Estela de Almeida Lima. **Os direitos sociais e o mínimo existencial**: o controle jurisdicional de políticas públicas para a sua concretização. Fortaleza: Universidade Estadual do Ceará, 2015. Disponível em: <https://mpce.mp.br/wp-content/uploads/2018/07/OS-DIREITOS-SOCIAIS-E-O-M%C3%8DNIMO-EXISTENCIAL-O-CONTROLE-JURISDICIONAL.pdf>. Acesso em: 21 out. 2025.

MATTOS FILHO ADVOGADOS. **STF redefine critérios para fornecimento de medicamentos fora das listas do SUS (Temas 6 e 1234)**. São Paulo, 2024. Disponível em: <https://www.mattosfilho.com.br/unico/stf-fixa-criterios-para-medicamentos-nao-incorporados-ao-sus/>. Acesso em: 21 out. 2025.

NOTÍCIAS STF. **STF define critérios para concessão judicial de medicamentos não incorporados ao SUS**. Brasília: Supremo Tribunal Federal, 2024a. Disponível em:

<https://noticias.stf.jus.br/postsnoticias/stf-define-criterios-para-a-concessao-judicial-de-medicamentos-nao-incorporado-ao-sus/>. Acesso em: 21 out. 2025.

NOTÍCIAS STF. **STF homologa acordos interfederativos e conclui julgamento sobre fornecimento de medicamentos de alto custo (Tema 1234)**. Brasília: Supremo Tribunal Federal, 2024b. Disponível em: <https://noticias.stf.jus.br/postsnoticias/stf-celebra-conclusao-de-julgamento-sobre-fornecimento-de-medicamentos-de-alto-custo/>. Acesso em: 21 out. 2025.

OLIVEIRA, Lucas Ribeiro de. A racionalização das decisões judiciais no contexto da judicialização da saúde após o Tema 1234 do STF. **Revista DCS**, Salvador, v. 10, n. 2, p. 1-20, 2024. Disponível em: <https://ojs.revistadcs.com/index.php/revistadcs/article/view/2051>. Acesso em: 21 out. 2025.

PAIM, Jairnilson Silva. O Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1723-1728, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.09172018>. Acesso em: 14 jun. 2025.

PEREIRA DA SILVA, Leny. **Direito à saúde e o princípio da reserva do possível**. Brasília: Supremo Tribunal Federal, 2009. Monografia (Especialização em Direito Público) — Instituto Brasiliense de Direito Público (IDP). Disponível em: https://www.stf.jus.br/arquivo/cms/processoAudienciaPublicaSaude/anexo/DIREITO_A_SAUDE_por_Leny.pdf. Acesso em: 21 out. 2025.

PEREIRA DA SILVA, Vasco Manuel Pascoal Dias. **Em busca do acto administrativo perdido**. Coimbra: Almedina, 1998.

QUIXADÁ (CE). Prefeitura Municipal. Secretaria de Finanças. **Relatório financeiro municipal**: exercícios de 2019 a 2023. Quixadá: Prefeitura Municipal de Quixadá, 2023. Disponível em: <https://quixada.ce.gov.br/despesas.php>. Acesso em: 20 jul. 2025.

QUIXADÁ (CE). Prefeitura Municipal. Secretaria de Saúde. **Relatório de gestão anual**: 2019-2023. Quixadá: Prefeitura Municipal de Quixadá, 2023. Disponível em: <https://www.quixada.ce.gov.br/saude>. Acesso em: 15 jul. 2025.

SARMENTO, Daniel. Direitos sociais e controle judicial de políticas públicas: possibilidades e limites. **Revista de Direito Administrativo**,

Rio de Janeiro, v. 244, p. 91-121, out./dez. 2007. Disponível em: <https://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rda/article/view/46033>. Acesso em: 15 jun. 2025.

SILVA, Rafael da; VIEIRA, Fabiola Sulpino; OSORIO-DE-CASTRO, Claudia Garcia Serpa. Judicialização de medicamentos no Brasil: um mapeamento nacional. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 54, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/rnbBtyWr3j9qfVqSg4d8mZQ/?lang=pt>. Acesso em: 12 jul. 2025.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. REsp 1.185.474/SC. Rel. Min. Humberto Martins, 2ª Turma, julgado em 20 mar. 2001. Revista Eletrônica de Jurisprudência do STJ. Disponível em: <https://www.stj.jus.br/websecstj/cgi/revista/REJ.cgi/ITA?seq=964063&nreg=201000486284&dt=20100429&formato=HTML> . Acesso em: 21 out. 2025.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. RE 657.718/MG, Tema 793 da Repercussão Geral. Rel. Min. Luís Roberto Barroso, julgado em 22 maio 2019. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br> . Acesso em: 15 jun. 2025.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. REsp 1.657.156/RJ. Rel. Min. Benedito Gonçalves, 1ª Seção, julgado em 12 set. 2018. DJe 21 set. 2018. Tema 106 dos recursos repetitivos. Disponível em: <https://www.stj.jus.br/websecstj/cgi/revista/REJ.exe/ITA?seq=1641175&nreg=201700256297&dt=20180504&formato=PDF> . Acesso em: 15 jun. 2025.



idn

Bo
pro
cit
ref
Ness
são e

idp

A ESCOLHA QUE
TRANSFORMA
O SEU CONHECIMENTO