

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
CURSO DE DIREITO BACHARELADO

WANUZZA DE SOUZA CUNHA

**RESPONSABILIDADE SOLIDÁRIA DOS ENTES FEDERATIVOS NO DIREITO À
SAÚDE:** análise do fornecimento de medicamentos não incorporados ao SUS à luz do Tema
1234 do STF

Bacabal/MA

2026

WANUZZA DE SOUZA CUNHA

**RESPONSABILIDADE SOLIDÁRIA DOS ENTES FEDERATIVOS NO DIREITO À
SAÚDE:** análise do fornecimento de medicamentos não incorporados ao SUS à luz do Tema
1234 do STF

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de
Direito, da Universidade Estadual do Maranhão (UEMA)
como requisito para obtenção do grau de Bacharel em
Direito.

Orientador: Prof. Esp. Carlos Vinicius Feitoza dos Passos.

Bacabal/MA

2026

Cunha, Wanuzza de Souza.

Responsabilidade solidária dos entes federativos no direito à saúde: análise do fornecimento de medicamentos não incorporados ao SUS à luz do Tema 1234 do STF / Wanuzza de Souza Cunha. - Bacabal - MA, 2026.

68 f.

Monografia (Graduação em Direito Bacharelado) - Universidade Estadual do Maranhão, Campus Bacabal, 2026.

Orientador: Prof. Esp. Carlos Vinicius Feitoza dos Passos.

1. Responsabilidade solidária. 2. Entes federativos. 3. Medicamentos não incorporados. 4. Tema 1234. I. Título.

CDU: 34:614(81)

WANUZZA DE SOUZA CUNHA

**RESPONSABILIDADE SOLIDÁRIA DOS ENTES FEDERATIVOS NO DIREITO À
SAÚDE:** análise do fornecimento de medicamentos não incorporados ao SUS à luz do Tema
1234 do STF

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de
Direito, da Universidade Estadual do Maranhão como
requisito para obtenção do grau de bacharel.

Aprovada em: 14/07/2026

BANCA EXAMINADORA

Documento assinado digitalmente
 **CARLOS VINICIUS FEITOZA DOS PASSOS**
Data: 27/07/2026 11:50:24-0300
Verifique em <https://validar.itl.gov.br>

Prof. Esp. Carlos Vinicius Feitoza dos Passos

Orientador

Universidade Estadual do Maranhão

Documento assinado digitalmente
 **MEIRELENE PEREIRA FROES LIMA**
Data: 27/07/2026 14:34:03-0300
Verifique em <https://validar.itl.gov.br>

Prof.^a Esp. Meirilene Pereira Fróes Lima,

Universidade Estadual do Maranhão

Documento assinado digitalmente
 **GABRYEL CORTEZ GOMES**
Data: 27/07/2026 15:26:05-0300
Verifique em <https://validar.itl.gov.br>

Prof. Esp. Gabryel Cortez Gomes,

Universidade Estadual do Maranhão

AGRADECIMENTOS

À minha mãe, Maria Vulda, dedico meu primeiro e mais profundo agradecimento. Obrigada por todo o seu apoio, por sua garra, por sua esperança e por nunca deixar que eu esquecesse da minha própria força. Sua presença foi abrigo nos dias difíceis e impulso nos momentos em que pensei em desacreditar, muito do que sou e do que conquistei carrega a marca do seu amor, da sua luta e da sua fé em mim. Esta conquista também é sua.

Ao meu pai, Francisco, agradeço pelo cuidado, pelo incentivo e por fazer parte da minha caminhada. Sua presença, à sua maneira, também contribuiu para que eu chegasse até este momento tão importante da minha vida.

Às minhas amigas, Juliana, Juliane, Karine, Paula, Laryssa e Tamara, que tornaram a caminhada mais leve, deixo minha gratidão sincera. Obrigada por cada conversa, cada palavra de apoio, cada riso compartilhado e cada gesto de carinho nos momentos em que a vida acadêmica exigiu mais do que eu imaginava poder oferecer. Ter vocês ao meu lado fez toda diferença.

Aos professores que contribuíram para minha formação, em especial ao meu orientador Prof.^a Carlos Vinicius, deixo meu reconhecimento e respeito. Cada ensinamento, orientação e exigência teve papel importante na construção da profissional que estou me tornando. Agradeço, especialmente, àqueles que exerceram a docência com compromisso, humanidade e inspiração.

Agradeço, ainda, a Deus, por ter me sustentado até aqui, mesmo nos dias em que o caminho pareceu pesado demais. Foi pela fé que encontrei forças para continuar, coragem para recomeçar e esperança para acreditar que cada esforço teria seu tempo de florescer.

A todos que, de alguma forma, estiveram presentes nesta trajetória, seja com apoio, conselho, paciência ou incentivo, meu sincero agradecimento. Este trabalho representa não apenas o encerramento de uma etapa acadêmica, mas também a soma de muitas renúncias, aprendizados, desafios e afetos que me acompanharam até aqui.

"O correr da vida embrulha tudo, a vida é assim:
esquenta e esfria, aperta e daí afrouxa, sossega e
depois desinquieta. O que ela quer da gente é
coragem."

(João Guimarães Rosa)

RESUMO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso tem como objetivo analisar a responsabilidade solidária dos entes federativos no fornecimento judicial de medicamentos não incorporados ao Sistema Único de Saúde, à luz do Tema 1234 do Supremo Tribunal Federal. Para tanto, examina-se a evolução do direito à saúde, a organização do SUS, a competência comum dos entes federativos e o entendimento consolidado no Tema 793. O trabalho foi desenvolvido por meio de revisão bibliográfica, legislativa e jurisprudencial, com enfoque nos precedentes do STF sobre a matéria. Verificou-se que o Tema 1234 não extinguiu a responsabilidade solidária, mas reorganizou sua aplicação ao estabelecer critérios mais objetivos quanto à legitimidade passiva, à competência jurisdicional, ao custeio e ao ressarcimento entre os entes públicos. Conclui-se que o novo marco jurisprudencial busca compatibilizar a efetividade do direito fundamental à saúde com a racionalidade administrativa e financeira do SUS, preservando a proteção do cidadão sem desconsiderar os limites do pacto federativo.

Palavras-chave: Responsabilidade solidária; entes federativos; medicamentos não incorporados; Tema 1234.

ABSTRACT

This study aims to analyze the joint responsibility of federative entities in the judicial provision of medicines not incorporated into the Brazilian Unified Health System, in light of Theme 1234 of the Brazilian Federal Supreme Court. To this end, it examines the development of the right to health, the organization of the Unified Health System, the common competence of federative entities, and the understanding established under Theme 793. The research was conducted through bibliographic, legislative, and jurisprudential review, focusing on Supreme Court precedents on the subject. The study found that Theme 1234 did not eliminate joint responsibility, but reorganized its application by establishing more objective criteria regarding passive legitimacy, jurisdictional competence, funding, and reimbursement among public entities. It concludes that the new precedent seeks to reconcile the effectiveness of the fundamental right to health with the administrative and financial rationality of the Unified Health System, preserving citizen protection without disregarding the limits of the federative pact.

Keywords: Solidarity responsibility; federative entities; non-incorporated medicines; Theme 1234.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Quantidade de novos processos relacionados à saúde por ano (2026 até maio)	42
--	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CEAF	Componente Especializado da Assistência Farmacêutica
CESAF	Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica
CF/88	Constituição Federal de 1988
CMED	Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos
CNJ	Conselho Nacional de Justiça
CONITEC	Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde
IAC	Incidente de Assunção de Competência
NATJUS	Núcleo de Apoio Técnico do Poder Judiciário
OMS	Organização Mundial da Saúde
PCDT	Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas
PMVG	Preço Máximo de Venda do Governo
RE	Recurso Extraordinário
REMUME	Relação Municipal de Medicamentos Essenciais
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
RESME	Relação Estadual de Medicamentos Essenciais
RG	Repercussão Geral
RMS	Recurso em Mandado de Segurança
RPV	Requisição de Pequeno Valor
STF	Supremo Tribunal Federal
STJ	Superior Tribunal de Justiça
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	12
2 O DIREITO À SAÚDE NA CONSTITUIÇÃO DE 1988 E ESTRUTURA DO SUS.....	15
2.1 Evolução do direito à saúde na Constituição de 1988	15
2.2 Competência comum dos entes federativos (art. 23, II, CF/88)	18
2.3 Organização e princípios do Sistema Único de Saúde.....	22
3 RESPONSABILIDADE SOLIDÁRIA DOS ENTES FEDERATIVOS NO DIREITO À SAÚDE	26
3.1 Federalismo cooperativo e a repartição de competências na efetivação do direito à saúde.....	26
3.2 Mínimo existencial e reserva do possível como balizas da responsabilidade estatal	30
3.3 A consolidação da responsabilidade solidária pelo STF no Tema 793	34
4 O TEMA 1234 DO STF COMO MARCO RECONFIGURADOR DA RESPONSABILIDADE SOLIDÁRIA DOS ENTES FEDERATIVOS	40
4.1 O Tema 1234 do STF: origem, repercussão geral e os requisitos cumulativos para o fornecimento judicial de medicamentos não incorporados ao SUS.....	41
4.2 O direito de ressarcimento entre os entes federativos e seus reflexos na responsabilidade solidária	51
4.3 Repercussões do Tema 1234 no pacto federativo e na concretização do direito à saúde	56
5 CONCLUSÃO.....	59
REFERÊNCIAS.....	63

1 INTRODUÇÃO

O direito à saúde, enquanto direito fundamental de natureza social, impõe ao Estado obrigações de cunho prestacional cuja operacionalização, no plano institucional brasileiro, recai sobre uma pluralidade de entes federativos dotados de autonomia política, administrativa e financeira. Essa característica constitui um dos pontos de maior tensão no federalismo cooperativo inaugurado pela ordem constitucional de 1988, e é precisamente dessa tensão que emerge o problema investigado neste trabalho.

A estrutura tripartite do Sistema Único de Saúde, organizada com base nos princípios da descentralização, da integralidade e da universalidade, atribuiu a cada esfera governamental competências administrativas específicas na execução das políticas públicas de saúde. Contudo, essa repartição interna, concebida para racionalizar a gestão do sistema, revelou-se fonte de controvérsias jurídicas de expressiva repercussão prática quando confrontada com situações não contempladas pelas políticas ordinárias do SUS.

Nesses casos, a delimitação da responsabilidade de cada ente federativo deixa de ser uma questão meramente administrativa e assume relevância constitucional imediata, exigindo do intérprete respostas que o direito positivo, por si só, não oferece de forma inequívoca. Nesse contexto, o fornecimento judicial de medicamentos não incorporados ao SUS constitui o quadro fático a partir do qual a questão da responsabilidade solidária dos entes federativos se manifesta com especial intensidade.

Diante da ausência de cobertura administrativa para determinados tratamentos, fundamentada em critérios técnicos, econômicos ou de gestão, parcela expressiva da população tem recorrido ao Poder Judiciário para obter prestações que o sistema público não disponibiliza por vias ordinárias. Tal fenômeno não configura o objeto central deste trabalho, mas o plano de fundo a partir do qual emerge, de forma mais aguda e visível, o eixo analítico em torno do qual este trabalho se organiza: a configuração e a reconfiguração da responsabilidade solidária dos entes federativos no direito à saúde.

A resposta jurídica inicialmente consolidada pelo Supremo Tribunal Federal, por meio do Tema de Repercussão Geral nº 793, decorrente do julgamento do Recurso Extraordinário nº 855.178/SE, assentou o entendimento de que os entes da Federação são solidariamente responsáveis nas demandas prestacionais de saúde, com fundamento na competência comum prevista no artigo 23, inciso II, da Constituição Federal. Esse precedente representou avanço

considerável na proteção do cidadão, ao assegurar que qualquer ente poderia ser acionado judicialmente independentemente da repartição administrativa interna de atribuições.

Todavia, sua formulação revelou-se insuficiente para solver as controvérsias que se acumulavam nos tribunais, especialmente aquelas relacionadas à composição do polo passivo nas demandas envolvendo medicamentos sem incorporação ao SUS, à definição do ente competente para o cumprimento da obrigação judicial e aos mecanismos de ressarcimento interfederativo, evidenciando que o tema demandava equacionamento jurisprudencial mais preciso.

Foi diante desse quadro de incertezas que o Supremo Tribunal Federal reconheceu a repercussão geral da questão objeto do Tema nº 1234, decorrente do Recurso Extraordinário nº 1.366.243/SC, sob a relatoria do Ministro Gilmar Mendes, julgado em 2024.

A hipótese que orienta o presente trabalho é a de que o Tema 1234 não representa mero refinamento técnico do entendimento anterior, mas uma reconfiguração substantiva do regime de responsabilidade solidária, com repercussões estruturais sobre o pacto federativo e sobre a forma como o direito fundamental à saúde se concretiza no plano jurisdicional.

A relevância acadêmica e prática do tema decorre da força vinculante dos precedentes firmados em sede de repercussão geral, os quais orientam a atuação de toda a magistratura nacional e da Administração Pública, influenciando diretamente a organização orçamentária e a defesa judicial dos entes federativos na efetivação do direito à saúde. Nesse contexto, o problema de pesquisa consiste em indagar: Como se configura a responsabilidade solidária dos entes federativos nas demandas de medicamentos não incorporados ao SUS e de que forma devem ser definidos o cumprimento da obrigação e o respectivo encargo financeiro após o Tema 1234 do STF?

O objetivo geral deste trabalho é analisar a configuração da responsabilidade solidária dos entes federativos no fornecimento judicial de medicamentos não incorporados ao SUS à luz do Tema 1234 do STF, examinando em que medida esse precedente reconfigurou o entendimento firmado no Tema 793 e quais são suas repercussões sobre o pacto federativo e sobre a concretização do direito à saúde. São objetivos específicos: (i) examinar os fundamentos constitucionais do direito à saúde e a organização do SUS; (ii) sistematizar os alicerces teóricos e jurisprudenciais da responsabilidade solidária dos entes federativos, culminando na análise do Tema 793; e (iii) analisar o Tema 1234 em seus elementos estruturais, com atenção aos requisitos cumulativos, ao direito de ressarcimento interfederativo e às suas repercussões sobre o pacto federativo.

A análise é conduzida a partir da interpretação sistemática dos precedentes à luz dos princípios que regem o federalismo cooperativo e a proteção dos direitos fundamentais sociais. Para tanto, adotou-se como procedimento metodológico o levantamento e a revisão bibliográfica e jurisprudencial, o que permitiu mapear os principais fundamentos, controvérsias e desdobramentos relacionados à responsabilidade solidária dos entes federativos no direito à saúde, conferindo à pesquisa base analítica suficiente para o exame crítico do problema proposto.

O trabalho está estruturado em quatro capítulos. O Capítulo 2 examina o direito à saúde na Constituição de 1988 e a organização do SUS, com ênfase na competência comum dos entes federativos e nos fundamentos da gestão descentralizada e tripartite. O Capítulo 3 analisa os fundamentos da responsabilidade solidária dos entes federativos, abordando o federalismo cooperativo, os princípios constitucionais que sustentam a solidariedade, as balizas do mínimo existencial e da reserva do possível e a consolidação desse regime pelo STF no Tema 793.

O Capítulo 4 é dedicado ao Tema 1234 como marco reconfigurador da responsabilidade solidária, examinando seus requisitos cumulativos, a redefinição da legitimidade passiva, o direito de ressarcimento interfederativo e as repercussões do precedente sobre o pacto federativo e sobre a concretização do direito à saúde. O Capítulo 5 apresenta as considerações finais, retomando a hipótese central para verificar em que medida o Tema 1234 efetivamente reconfigurou o regime de responsabilidade solidária, e indicando os limites e as implicações desse reposicionamento jurisprudencial para o federalismo cooperativo brasileiro e para a efetivação do direito fundamental à saúde.

Por fim, espera-se que este trabalho ofereça contribuição consistente ao debate jurídico em torno da responsabilidade solidária dos entes federativos, lançando luz sobre os desdobramentos do Tema 1234 e suas implicações para a repartição de competências, para o equilíbrio do pacto federativo e para a efetivação do direito à saúde, matéria que, pela sua dimensão constitucional e pelo seu impacto direto sobre a vida dos cidadãos, permanece entre as mais relevantes e urgentes do direito público brasileiro.

2 O DIREITO À SAÚDE NA CONSTITUIÇÃO DE 1988 E ESTRUTURA DO SUS

A compreensão do direito à saúde no Brasil exige a análise de sua dupla dimensão: de um lado, trata-se de uma garantia individual indispensável à preservação da vida e da dignidade humana; de outro, constitui política pública de alcance coletivo, dependente de planejamento, financiamento e atuação organizada do Estado. Sua proteção envolve condições materiais de existência, prevenção de riscos, acesso a serviços públicos adequados e organização institucional capaz de responder às necessidades da população. Nessa perspectiva, a saúde não se limita à ausência de doenças, mas envolve um estado de bem-estar físico, mental e social, conforme a concepção difundida pela Organização Mundial da Saúde (1946).

No plano constitucional brasileiro, a Constituição Federal de 1988 conferiu novo sentido jurídico à matéria ao reconhecer a saúde como direito de todos e dever do Estado, a ser assegurado por meio de políticas sociais e econômicas voltadas à redução do risco de doenças e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde (Brasil, 1988). Essa previsão não permaneceu isolada no texto constitucional, pois foi acompanhada da criação de uma estrutura pública destinada a concretizar esse direito: o Sistema Único de Saúde. O SUS, nesse contexto, representa o principal instrumento institucional de realização da política sanitária brasileira, organizado a partir da universalidade, da integralidade, da equidade, da descentralização e da participação social.

A relevância desse modelo está no fato de que a Constituição de 1988 deslocou a saúde de uma lógica restrita e excludente para uma concepção universal de cidadania. A partir da nova ordem constitucional, a proteção da saúde passou a alcançar toda a coletividade, independentemente de contribuição prévia, vínculo empregatício ou condição econômica. Essa alteração ampliou o dever estatal e exigiu a construção de mecanismos administrativos capazes de articular União, estados, Distrito Federal e municípios na execução das ações e serviços de saúde.

Apesar desse avanço normativo, a efetivação da saúde no Brasil ainda enfrenta entraves estruturais, financeiros e administrativos. A distância entre o comando constitucional e a realidade concreta do sistema público evidencia a complexidade de garantir atendimento universal em um país marcado por desigualdades regionais e limitações orçamentárias. É nesse cenário que se torna necessário compreender a formação histórica do direito à saúde, a estrutura do SUS e a repartição de competências entre os entes federativos, pois esses elementos servem

de base para a análise posterior da responsabilidade estatal nas demandas que envolvem prestações de saúde não disponibilizadas pelas vias administrativas ordinárias.

2.1 Evolução do Direito à Saúde na Constituição de 1988

O reconhecimento do direito à saúde no ordenamento jurídico brasileiro resultou de um processo histórico gradual, marcado por mudanças sociais, políticas e institucionais. Antes da Constituição Federal de 1988, a saúde não era tratada como direito fundamental autônomo, aparecendo nas constituições anteriores de forma limitada e geralmente vinculada à assistência social ou à proteção do trabalhador (Sarlet; Figueiredo, 2008). Essa ausência de previsão constitucional ampla revelava um modelo restritivo, no qual essa proteção não era concebida como dever universal do Estado, mas como prestação voltada a determinados grupos ou situações específicas.

Durante grande parte da história constitucional brasileira, o acesso aos serviços públicos de saúde esteve condicionado à inserção do indivíduo no sistema previdenciário. Trabalhadores formais e contribuintes contavam com maior possibilidade de atendimento, enquanto parcela significativa da população dependia de instituições filantrópicas, ações assistenciais ou serviços públicos fragmentados. Segundo Dallari (2008), as constituições anteriores a 1988 praticamente não reconheceram a saúde como direito subjetivo assegurado a todos os cidadãos.

A Constituição de 1934 representou um avanço inicial ao prever competências relacionadas à saúde pública e ao combate de doenças transmissíveis. No entanto, tal previsão ainda não era suficiente para afirmar a saúde como direito universal, pois se concentrava em medidas administrativas e de higiene pública, sem estabelecer um sistema abrangente de proteção. Nas constituições posteriores, a matéria continuou sendo tratada de maneira dispersa, com referências à competência estatal, à proteção do trabalhador ou ao planejamento de sistemas nacionais, mas sem a amplitude que somente seria alcançada com a Constituição de 1988.

A transformação mais expressiva ocorreu no contexto da redemocratização brasileira, especialmente durante os debates que antecederam a Assembleia Nacional Constituinte de 1987-1988. Nesse período, movimentos sociais, profissionais da saúde, pesquisadores e entidades ligadas à Reforma Sanitária passaram a defender uma concepção mais ampla de saúde pública, fundada na universalidade, na participação popular e na responsabilidade estatal. Conforme destaca Dallari (2008), as discussões promovidas pelo Movimento da Reforma

Sanitária e pela VIII Conferência Nacional de Saúde foram fundamentais para a consolidação da saúde como direito fundamental social.

Essa participação social foi decisiva para que a Constituição de 1988 não apenas mencionasse a saúde entre os direitos sociais, mas também definisse bases concretas para sua implementação. A contribuição dos sanitaristas e dos movimentos populares permitiu que o texto constitucional incorporasse uma visão de saúde vinculada às condições de vida, à organização social e à atuação planejada do Estado. Sobre esse ponto, destaca Dallari:

O forte envolvimento popular e, particularmente, a proposta técnica de um sistema de saúde elaborada pelos sanitaristas, pode explicar porque, contrariando a tradição, desde a promulgação da Constituição, o direito à saúde vem sendo eficaz. Com efeito, diferentemente dos demais direitos sociais ali afirmados, apenas o direito à saúde tem sua garantia claramente vinculada às políticas sociais e econômicas, as diretrizes do sistema expressamente formuladas, envolvendo a participação da comunidade, e suas atribuições enumeradas no próprio texto constitucional (CF, arts. 196, 198 e 200) (Dallari, 2008, p. 11).

Evidencia-se que a saúde recebeu tratamento constitucional diferenciado, pois sua proteção foi diretamente conectada à formulação e execução de políticas públicas. A Constituição de 1988 ampliou essa compreensão ao inserir a efetivação desse direito no campo da atuação organizada do Estado, exigindo reconhecimento formal e medidas concretas capazes de assegurar sua realização. A partir disso, passou a depender de ações estatais coordenadas, planejamento administrativo, financiamento público e participação social, elementos que demonstram a profundidade da mudança inaugurada no novo marco constitucional.

O artigo 6º incluiu a saúde entre os direitos sociais constitucionalmente protegidos, enquanto o artigo 196 estabeleceu que a saúde constitui direito de todos e dever do Estado, devendo ser garantida mediante políticas sociais e econômicas destinadas à redução do risco de doenças e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde (Brasil, 1988). Essa previsão conferiu densidade normativa ao direito à saúde, permitindo sua exigibilidade no plano jurídico e vinculando a atuação dos poderes públicos à sua efetivação.

Outro marco relevante foi a criação do Sistema Único de Saúde, estruturado com base na universalidade do acesso, na integralidade da assistência, na descentralização administrativa e na participação da comunidade na formulação das políticas públicas sanitárias. Essas diretrizes refletem diretamente os ideais defendidos pelo Movimento da Reforma Sanitária, que buscava substituir o antigo sistema excludente por um modelo pautado na igualdade e na cidadania (Dallari, 2008). A instituição do SUS representou uma reorganização administrativa da saúde pública com uma construção de uma política constitucional voltada à inclusão social.

A universalidade tornou-se uma das principais marcas desse novo modelo, pois retirou do vínculo previdenciário a condição de acesso aos serviços públicos de saúde. A integralidade, por sua vez, ampliou a compreensão do cuidado, abrangendo ações de promoção, prevenção, tratamento e recuperação. Já a descentralização permitiu distribuir responsabilidades entre os entes federativos, aproximando a execução das políticas sanitárias das realidades locais. A participação da comunidade, por fim, reforçou o caráter democrático do sistema, permitindo que a população acompanhasse e influenciasse a formulação das políticas públicas de saúde.

A Constituição também estabeleceu competência comum entre União, estados, Distrito Federal e municípios para cuidar da saúde pública, criando modelo cooperativo de atuação estatal. Conforme observam Mendes e Branco (2017), a repartição constitucional de competências na área da saúde busca assegurar atuação integrada entre os entes federativos na concretização dos direitos fundamentais sociais. Essa opção constitucional demonstra que a efetivação da saúde não foi atribuída de forma exclusiva a uma única esfera governamental, mas distribuída entre todos os níveis da Federação, em razão da relevância e da complexidade da matéria.

Com a constitucionalização do direito à saúde, o Poder Judiciário passou a exercer papel relevante na efetivação das prestações sanitárias. Segundo Barroso (2008), a força normativa atribuída às normas constitucionais após 1988 fortaleceu a possibilidade de exigibilidade judicial dos direitos sociais, inclusive no que se refere ao fornecimento de medicamentos e tratamentos médicos. Assim, o reconhecimento da saúde como direito subjetivo modificou a forma como os cidadãos passaram a acionar o Estado, especialmente quando as políticas públicas se mostraram insuficientes ou omissas.

Nesse cenário, o fenômeno da judicialização da saúde ganhou destaque no ordenamento jurídico brasileiro, especialmente diante da insuficiência ou omissão das políticas públicas estatais. A ampliação do acesso à Justiça e o reconhecimento da saúde como direito subjetivo exigível judicialmente contribuíram para o aumento das demandas relacionadas ao fornecimento de medicamentos, sobretudo aqueles de alto custo e não incorporados ao SUS. Tal realidade evidencia a relevância da Constituição de 1988 não apenas como marco normativo do direito à saúde, mas também como fundamento jurídico para a atuação conjunta dos entes federativos na efetivação desse direito fundamental.

2.2 Competência comum dos entes federativos (art. 23, II, CF/88)

A ordem jurídica inaugurada em 1988 estruturou o direito à saúde a partir de um modelo de atuação compartilhada entre os entes federativos. Nesse desenho, a União, os estados, o Distrito Federal e os municípios não ocupam posições isoladas, mas integram uma rede de responsabilidades voltada à proteção da saúde pública. A previsão do artigo 23, inciso II, da CRFB/88, ao estabelecer a competência comum para cuidar da saúde e da assistência pública, representa uma das bases centrais do Sistema Único de Saúde, pois distribui entre todos os níveis federativos o dever de atuar na promoção, proteção e recuperação da saúde (Brasil, 1988).

Essa repartição de atribuições está diretamente relacionada à própria natureza do direito à saúde, por se tratar de direito fundamental social, sua concretização não depende apenas de uma declaração normativa, mas de ações administrativas permanentes, financiamento adequado, planejamento técnico e articulação institucional. Assim, a competência comum deve ser compreendida como mecanismo de cooperação entre esferas autônomas, voltado a impedir que a fragmentação administrativa inviabilize o acesso da população às prestações sanitárias essenciais.

A previsão da competência comum em matéria de saúde revela a opção do constituinte por um modelo de atuação cooperativa, no qual a proteção sanitária não fica concentrada em apenas uma esfera de governo. Em razão da complexidade das políticas públicas de saúde, tornou-se necessário distribuir responsabilidades entre os entes federativos, permitindo que a estes atuem de forma articulada na formulação, no financiamento, na coordenação e na execução das ações e serviços públicos. Desse modo, o artigo 23, inciso II, da CRFB/88 define uma atribuição administrativa compartilhada, mas também reforça a ideia de que a efetivação da saúde depende de cooperação institucional permanente.

Nesse sentido, Mendes e Branco (2017) afirmam que a organização federativa brasileira pressupõe repartição de competências entre os entes políticos, sendo a competência comum material um instrumento voltado à cooperação administrativa entre União, estados, Distrito Federal e municípios. Tais competências possuem a finalidade de garantir atuação coordenada em matérias de relevante interesse coletivo, especialmente na concretização de direitos fundamentais sociais. No campo da saúde, essa lógica revela-se ainda mais necessária, pois a proteção sanitária exige respostas públicas contínuas, articuladas e compatíveis com as desigualdades regionais existentes no país.

A competência comum prevista no artigo 23, inciso II, deve ser interpretada em conjunto com os artigos 196 e 198 do texto constitucional. O artigo 196 dispõe que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, assegurada mediante políticas sociais e econômicas voltadas à redução do risco de doença e de outros agravos, bem como ao acesso universal e igualitário às ações e serviços destinados à sua promoção, proteção e recuperação” (Brasil, 1988, art. 196). O artigo 198, por sua vez, organiza “as ações e serviços públicos de saúde em uma rede regionalizada e hierarquizada, constituída sob a forma de sistema único e orientada pela descentralização, pelo atendimento integral e pela participação da comunidade” (Brasil, 1988, art. 198).

A partir dessa leitura sistemática, percebe-se que o dever de cuidar da saúde foi estabelecido dentro de uma estrutura cooperativa, na qual cada esfera governamental exerce funções próprias, mas todas permanecem juridicamente vinculadas à efetivação do direito fundamental à saúde. À União compete formular normas gerais, coordenar políticas nacionais e participar do financiamento do sistema; aos estados cabe exercer função de articulação regional, apoio técnico e organização de redes de maior complexidade; aos municípios, por sua vez, atribui-se papel expressivo na execução direta das ações e serviços, especialmente na atenção básica.

A descentralização administrativa buscou aproximar a prestação dos serviços públicos das necessidades concretas da população. Essa diretriz parte da compreensão de que a saúde possui dimensão territorial evidente, pois as demandas sanitárias variam conforme as condições sociais, econômicas e epidemiológicas de cada localidade. Desse modo, a atuação municipal ganhou destaque na execução cotidiana do SUS, sem que isso significasse afastamento das responsabilidades estaduais e federais. O sistema foi concebido para funcionar por meio de cooperação, financiamento compartilhado e pactuação entre gestores, e não pela transferência integral de encargos a apenas uma esfera de governo.

Conforme destaca Barroso (2009), a redemocratização do país e a ampliação da constitucionalização dos direitos sociais transformaram diversas prestações estatais em pretensões jurídicas diretamente exigíveis perante o Poder Judiciário. Nesse contexto, o direito à saúde passou a ter maior possibilidade de exigibilidade judicial, permitindo ao cidadão buscar a concretização das prestações sanitárias asseguradas pelo ordenamento jurídico. Essa característica fortaleceu a tutela dos direitos fundamentais, mas também ampliou os desafios relativos à definição do ente responsável pelo cumprimento de determinadas obrigações.

A competência comum dos entes federativos possui especial relevância no fenômeno da judicialização da saúde, sobretudo nas demandas relacionadas ao fornecimento de medicamentos não incorporados ao SUS. A possibilidade de acionar judicialmente qualquer

ente político decorre justamente da responsabilidade compartilhada instituída pelo texto constitucional. Barroso (2009) observa que a judicialização corresponde à transferência de determinadas questões políticas e sociais para o âmbito do Judiciário, especialmente em razão da ampla constitucionalização promovida no Brasil após 1988.

Ao examinar os limites da intervenção judicial em políticas públicas, Barroso chama atenção para os riscos de decisões individualizadas que desconsiderem a organização administrativa do sistema de saúde e seus efeitos coletivos:

O juiz, por vocação e treinamento, normalmente estará preparado para realizar a justiça do caso concreto, a microjustiça. Ele nem sempre dispõe das informações, do tempo e mesmo do conhecimento para avaliar o impacto de determinadas decisões, proferidas em processos individuais, sobre a realidade de um segmento econômico ou sobre a prestação de um serviço público. Tampouco é passível de responsabilização política por escolhas desastradas. Exemplo emblemático nessa matéria tem sido o setor de saúde. Ao lado de intervenções necessárias e meritórias, tem havido uma profusão de decisões extravagantes ou emocionais em matéria de medicamentos e terapias, que põem em risco a própria continuidade das políticas públicas de saúde, desorganizando a atividade administrativa e comprometendo a alocação dos escassos recursos públicos (Barroso, 2009, p. 19-20).

No âmbito das demandas sanitárias, a intervenção judicial precisa considerar que a efetivação do direito à saúde realiza-se dentro de uma política pública estruturada para atender necessidades individuais e coletivas. A decisão proferida em um caso concreto pode repercutir sobre o orçamento público, a programação administrativa, a distribuição de medicamentos e a repartição de encargos entre os entes federativos. Por essa razão, a competência comum deve ser compreendida como fundamento para a proteção imediata do cidadão, mas também como elemento de organização institucional do sistema público de saúde.

No campo sanitário, a judicialização tornou-se particularmente expressiva diante das demandas relacionadas ao fornecimento de medicamentos, tratamentos médicos e procedimentos de alta complexidade. A insuficiência administrativa ou financeira de determinado ente federativo não afasta, por si só, o dever estatal de assegurar a proteção do direito fundamental à saúde, razão pela qual a jurisprudência consolidou entendimento favorável à responsabilidade solidária entre União, estados e municípios. Essa solidariedade, contudo, deve ser interpretada em harmonia com a organização do SUS, de modo a preservar a efetividade da tutela judicial sem comprometer a racionalidade do sistema público.

A solidariedade entre os entes federativos decorre diretamente do modelo cooperativo adotado pelo constituinte. Embora existam divisões administrativas internas quanto ao financiamento, à aquisição de medicamentos e à execução de serviços, tais critérios não podem

ser utilizados como barreira absoluta ao cidadão que busca acesso às prestações de saúde garantidas juridicamente.

Além disso, a competência comum evidencia a preocupação da ordem jurídica brasileira com a efetividade dos direitos sociais, o sistema adotado reconhece que a promoção da saúde depende de atuação coordenada entre os diferentes níveis de governo, especialmente em um país marcado por profundas desigualdades regionais e sociais. A cooperação federativa, nesse sentido, constitui instrumento indispensável para assegurar universalidade e igualdade no acesso às ações e serviços públicos de saúde, evitando que a população fique desprotegida em razão de conflitos internos de atribuição.

Importa destacar que a competência comum não elimina a autonomia política dos entes federativos, característica essencial do federalismo brasileiro. Conforme explicam Mendes e Branco (2017), a repartição constitucional de competências busca equilibrar autonomia política e cooperação institucional, permitindo atuação harmônica entre os diversos entes da Federação. Assim, embora cada esfera possua atribuições próprias dentro do SUS, todas permanecem vinculadas ao dever de proteção da saúde pública, especialmente quando estão em jogo prestações indispensáveis à preservação da vida e da dignidade da pessoa humana.

A atuação conjunta dos entes federativos revela-se ainda mais relevante nas demandas envolvendo medicamentos de alto custo não incorporados às políticas ordinárias do SUS. Em muitos casos, a ausência de previsão administrativa específica ou a insuficiência orçamentária de determinado ente não impede o reconhecimento judicial do direito ao tratamento médico necessário. Nessas hipóteses, a competência comum prevista no artigo 23, II, da CRFB/88 constitui importante fundamento jurídico para a responsabilização solidária dos entes federativos.

Dessa forma, a competência comum em matéria de saúde revela que a proteção sanitária foi estruturada como dever público de execução cooperativa. Sua importância não se limita à organização administrativa do SUS, pois também serve de fundamento para a responsabilização judicial dos entes federativos quando o acesso às prestações essenciais não é assegurado pelas vias ordinárias. Compreender essa base normativa é indispensável para avançar à análise da organização e dos princípios do Sistema Único de Saúde, pois é justamente nesse arranjo institucional que a responsabilidade compartilhada ganha forma concreta.

2.3 Organização e princípios do Sistema Único de Saúde

O Sistema Único de Saúde constitui o principal instrumento de concretização da política sanitária brasileira, estruturando-se como uma rede nacional voltada à promoção, proteção e recuperação das condições de saúde da população. Sua criação decorre da compreensão de que a saúde não deve ser tratada apenas como atendimento médico individual, mas como política social permanente, relacionada à prevenção de agravos, ao cuidado integral, à vigilância e à redução das desigualdades no acesso aos serviços públicos. Nessa perspectiva, a Constituição da República estabeleceu que as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, organizada com base no atendimento integral, na participação da comunidade e na direção única em cada esfera de governo (Brasil, 1988).

A estruturação do SUS foi regulamentada principalmente pela Lei nº 8.080/1990, conhecida como Lei Orgânica da Saúde, e pela Lei nº 8.142/1990, que disciplinou a participação social e as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área sanitária. Para Noronha, Lima e Machado (2012), a implantação do SUS teve início na década de 1990, após a edição dessas normas, período em que foram redefinidos os papéis dos entes governamentais, os critérios de financiamento e as instâncias colegiadas de negociação e decisão. Assim, a rede pública passou a incorporar mecanismos voltados à democratização da gestão e ao compartilhamento das decisões em saúde.

A rede compreende atendimentos básicos, procedimentos preventivos, serviços especializados, vigilância sanitária e epidemiológica, reabilitação, controle de riscos, produção de insumos e participação em políticas que interferem nas condições de vida da população. Essa configuração demonstra que a atuação estatal em saúde envolve planejamento, regulação, prevenção e articulação com outras áreas sociais.

Noronha, Lima e Machado sintetizam essa concepção ao afirmarem que:

O Sistema Único de Saúde (SUS) conforma o modelo público de ações e serviços de saúde no Brasil. Orientado por um conjunto de princípios e diretrizes válidos para todo o território nacional, parte de uma concepção ampla do direito à saúde e do papel do Estado na garantia desse direito, incorporando, em sua estrutura político-institucional, espaços e instrumentos para democratização e compartilhamento do processo decisório e da gestão do sistema de saúde (Noronha; Lima; Machado, 2012, p. 365).

Essa formulação evidencia que o SUS é um arranjo político-institucional orientado por valores constitucionais e por mecanismos democráticos de gestão, ao incorporar princípios válidos para todo o território nacional, o sistema busca garantir unidade normativa sem ignorar a diversidade regional brasileira. Desse modo, sua organização precisa conciliar diretrizes

gerais com realidades locais distintas, especialmente em um país marcado por profundas desigualdades sociais, territoriais e econômicas.

A Lei nº 8.080/1990 define o SUS como o conjunto de ações e serviços públicos de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta, bem como por fundações mantidas pelo Poder Público. A mesma legislação admite a participação da iniciativa privada de forma complementar, mediante contrato ou convênio, quando a estrutura pública não for suficiente para atender às necessidades da população (Brasil, 1990).

A universalidade de acesso constitui um dos princípios centrais do SUS, por meio dela, todas as pessoas possuem direito de utilizar os serviços de saúde, independentemente de contribuição previdenciária, renda, vínculo empregatício ou qualquer outra condição pessoal. Matta (2007) observa que a universalidade rompeu com a lógica anterior, na qual o acesso à assistência médica estava ligado, em grande parte, à condição de trabalhador formal ou contribuinte da previdência social. A saúde, portanto, passa a ser compreendida como direito de cidadania, e não como benefício reservado a determinados grupos sociais (Matta, 2007).

Ao lado da universalidade, a igualdade na assistência à saúde também ocupa posição essencial na estrutura do sistema. Prevista no artigo 7º da Lei nº 8.080/1990, essa diretriz impede discriminações no acesso aos serviços e exige que o atendimento seja orientado pelas necessidades concretas dos usuários (Brasil, 1990). Noronha, Lima e Machado (2012) destacam que a igualdade no SUS não significa tratamento meramente uniforme, mas atenção às diferenças existentes entre os indivíduos e grupos sociais, de modo que fatores econômicos, territoriais ou pessoais não sejam utilizados como critérios de exclusão.

A integralidade da assistência, por sua vez, amplia o alcance da atuação estatal na área sanitária. Nos termos da Lei Orgânica da Saúde, ela corresponde ao conjunto articulado e contínuo de ações preventivas e curativas, individuais e coletivas, exigidas em todos os níveis de complexidade do sistema (Brasil, 1990). Esse princípio busca evitar a fragmentação do cuidado, aproximando promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação. Dessa forma, o usuário deve ser acompanhado de acordo com suas necessidades, e não apenas em momentos isolados de adoecimento.

A participação da comunidade também constitui elemento indispensável ao funcionamento democrático do SUS. A Lei nº 8.142/1990 regulamentou essa participação por meio dos Conselhos de Saúde e das Conferências de Saúde, permitindo que usuários, trabalhadores, gestores e prestadores participem da formulação, fiscalização e avaliação das políticas públicas do setor (Brasil, 1990). Esses espaços fortalecem o controle social e ampliam

a legitimidade das decisões administrativas, sobretudo porque possibilitam o acompanhamento da aplicação dos recursos e da definição das prioridades sanitárias.

Matta (2007) ressalta que os princípios e diretrizes do SUS devem ser compreendidos como resultado de um processo histórico de lutas sociais e políticas em torno da saúde pública brasileira. Tratando-se de regras administrativas com valores voltados à democratização do acesso, à proteção da vida e à efetivação da cidadania. Por essa razão, a universalidade, a igualdade, a integralidade e a participação social formam a base normativa e ética do sistema, conferindo-lhe identidade própria dentro da seguridade social brasileira.

Além desses princípios, a estrutura do SUS depende da regionalização, que permite distribuir serviços em territórios sanitários definidos, buscando adequar a oferta às necessidades da população. Além da hierarquização, que por sua vez, organiza o atendimento em diferentes níveis de complexidade, desde a atenção básica até os procedimentos especializados. Essa lógica procura evitar a descontinuidade do cuidado e permitir que o usuário seja encaminhado, quando necessário, para unidades de maior complexidade, mantendo a integração entre os pontos da rede.

A rede de atenção à saúde deve funcionar de forma ordenada, com fluxos de referência e contrarreferência entre os diversos serviços. Essa dinâmica busca racionalizar recursos públicos, reduzir desigualdades no acesso e garantir atendimento compatível com as necessidades da população.

Portanto, a organização e os princípios do Sistema Único de Saúde evidenciam a opção do ordenamento jurídico brasileiro por uma política pública universal, democrática e integrada. Esses elementos conferem identidade ao SUS e demonstram que sua estrutura não se limita à prestação assistencial, envolvendo também planejamento, coordenação e responsabilidade estatal permanente. Assim, a compreensão desses princípios torna-se indispensável para compreender como as diretrizes do sistema se concretizam na divisão de funções entre os entes federativos.

3 RESPONSABILIDADE SOLIDÁRIA DOS ENTES FEDERATIVOS NO DIREITO À SAÚDE

Nas demandas relacionadas ao direito à saúde, a organização federativa brasileira revela uma dificuldade que ultrapassa a simples divisão administrativa de funções. União, Estados, Distrito Federal e Municípios possuem atribuições próprias na estrutura do Sistema Único de Saúde, mas a existência dessas competências não elimina o dever comum de proteção imposto pela Constituição. A questão central, portanto, está em compreender como a repartição de encargos entre os entes federativos deve conviver com a necessidade de assegurar ao cidadão uma resposta estatal adequada.

Essa discussão ganha maior relevância quando essa prestação não é obtida diretamente pela via administrativa, levando o indivíduo a buscar no Poder Judiciário o fornecimento de medicamentos, tratamentos ou procedimentos indispensáveis à preservação de sua saúde. Nessas situações, a definição do ente responsável não pode ser tratada apenas como matéria interna de gestão pública, pois envolve o alcance concreto de um direito fundamental e a própria capacidade do Estado de responder às necessidades essenciais da população.

A responsabilidade solidária surge, nesse contexto, como construção jurídica voltada a impedir que a fragmentação administrativa do SUS se transforme em obstáculo ao acesso às prestações de saúde. A repartição de competências e as regras de organização do sistema continuam relevantes, mas devem ser interpretadas em harmonia com o dever constitucional de cooperação entre os entes federativos, sobretudo quando estão em discussão prestações diretamente ligadas à vida, à integridade física e à dignidade da pessoa humana.

Diante disso, este capítulo analisa os fundamentos da responsabilidade solidária dos entes federativos no direito à saúde, com atenção ao federalismo cooperativo, à repartição de competências e às bases constitucionais que orientam a atuação conjunta do Poder Público. Também são examinados os limites relacionados ao mínimo existencial e à reserva do possível, além do entendimento firmado pelo Supremo Tribunal Federal no Tema 793. Com isso, busca-se estabelecer a base jurídica necessária para compreender a responsabilidade estatal nas demandas de saúde e, posteriormente, os efeitos do Tema 1234 nos casos envolvendo medicamentos não incorporados ao SUS.

3.1 Federalismo cooperativo e a repartição de competências na efetivação do direito à saúde

A responsabilidade solidária no campo da saúde está diretamente relacionada ao modelo federativo adotado no Brasil. A Constituição reconhece a autonomia dos entes federativos, mas também prevê matérias em que a atuação estatal deve ocorrer de forma conjunta. A saúde se insere nesse campo, pois sua proteção exige planejamento, financiamento, serviços públicos organizados e articulação permanente entre diferentes níveis de governo.

No âmbito do SUS, nenhum ente federativo consegue, sozinho, assumir todas as demandas relacionadas à saúde pública. A União possui papel relevante na formulação de políticas nacionais, na definição de diretrizes gerais e no financiamento de ações estratégicas. Os Estados atuam na organização regional dos serviços e no apoio aos Municípios, especialmente em demandas de média e alta complexidade. Já os Municípios, por estarem mais próximos da população, exercem função expressiva na execução direta das ações sanitárias, sobretudo na atenção básica.

Essa distribuição de atribuições, entretanto, não autoriza o afastamento do dever de proteção quando determinada demanda não estiver diretamente vinculada à função administrativa principal de uma esfera específica. A divisão de competências existe para organizar o funcionamento da estrutura sanitária sem criar barreiras ao acesso do cidadão. Por essa razão, a análise da responsabilidade comum deve partir da lógica do modelo cooperativo, uma vez que a garantia das prestações em saúde depende de atuação coordenada do poder público.

Ao analisar a organização do Sistema Único de Saúde, Santos (2012) destaca que o modelo adotado pelo constituinte foi construído sobre relações de interdependência entre os entes federativos. Segundo a autora, a descentralização das ações e serviços de saúde não afasta a necessidade de coordenação permanente entre os integrantes da Federação, sobretudo porque a integralidade da assistência somente pode ser alcançada mediante a conjugação de esforços institucionais e financeiros.

Essa interpretação evita uma compreensão restrita da descentralização, ao evidenciar que a distribuição de atribuições entre os entes federativos deve servir à melhor organização da política pública e à sua aproximação das necessidades concretas da população. Contudo, essa divisão somente alcança sua finalidade quando acompanhada de articulação institucional entre os responsáveis pela gestão do sistema.

A própria estrutura do SUS evidencia essa necessidade de integração, o acesso a uma consulta básica, a um exame especializado, a um tratamento de alta complexidade ou a um medicamento de elevado custo pode envolver diferentes níveis federativos. Em muitos casos, o atendimento inicial ocorre no Município, a continuidade do tratamento depende de rede

estadual ou regional, e o financiamento ou a incorporação de determinada tecnologia passa por decisões de âmbito nacional. Por isso, a atuação isolada de cada esfera administrativa não é suficiente para assegurar a continuidade da assistência.

Nessa perspectiva, Ribeiro e Moreira (2016) observam que a Constituição brasileira fortaleceu mecanismos de cooperação federativa ao estabelecer uma repartição de responsabilidades que exige constante coordenação entre os diferentes níveis de governo. Assim, a descentralização promovida pelo Sistema Único de Saúde ampliou a participação dos entes subnacionais na gestão das políticas sanitárias, tornando a cooperação elemento indispensável para o funcionamento do sistema.

A atuação conjunta também se justifica pelas desigualdades existentes no país. Municípios menores, por exemplo, nem sempre possuem estrutura financeira, técnica ou hospitalar suficiente para atender demandas complexas. Do mesmo modo, alguns Estados enfrentam limitações na organização de serviços especializados ou na aquisição de medicamentos de alto custo. Diante dessa realidade, a gestão interfederativa representa uma condição prática para que a proteção sanitária seja assegurada de maneira minimamente uniforme.

É nesse ponto que a repartição de competências se aproxima da responsabilidade solidária. Embora existam normas internas sobre financiamento, aquisição e fornecimento de determinadas prestações, tais regras não podem servir de fundamento para negar atendimento ao cidadão que necessita de tratamento, eventuais controvérsias entre os gestores públicos acerca da divisão de custos ou da atribuição administrativa devem ser resolvidas posteriormente, sem impedir o acesso imediato à prestação quando presentes os requisitos jurídicos para sua concessão.

Essa compreensão ganha especial relevância nas demandas envolvendo medicamentos, tratamentos especializados e demais prestações essenciais à preservação da saúde e da vida. Nessas situações, a demora na definição do responsável pelo cumprimento da obrigação pode comprometer a própria utilidade da decisão judicial. Por isso, a solidariedade foi consolidada como instrumento de proteção do cidadão diante da complexidade administrativa do SUS.

Ao tratar da competência comum dos entes da Federação na área da saúde, Mendonça ressalta a dimensão prática dessa obrigação:

A complexidade e o desafio resultantes da impositiva obrigação direcionada ao conjunto dos entes da Federação decorre na natureza positiva dessa prestação, o que demanda a construção e manutenção de uma gigantesca estrutura de atendimento envolvendo entidades, órgãos e agentes públicos, de todos os níveis federativos, coadjuvados, ademais, por uma quantidade imensa de pessoas físicas ou jurídicas de

direito privado. Oportuno ressaltar que, nos termos do art. 197 da Carta de 1988, cabe ao Poder Público regulamentar, fiscalizar e controlar as ações e serviços de saúde, “devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros” (Mendonça, 2024, p. 44).

A partir dessa compreensão, observa-se que a saúde não se realiza apenas pelo reconhecimento formal no texto constitucional, por exigir prestações materiais, sua concretização depende de uma estrutura pública permanente, composta por serviços, profissionais, recursos financeiros e critérios de gestão. Daí a relevância da cooperação federativa, uma vez que a prestação sanitária envolve escolhas administrativas e orçamentárias que dificilmente podem ser enfrentadas por uma atuação isolada.

Ao examinar a evolução da jurisprudência constitucional sobre a matéria, Mendonça (2024) resalta que o Supremo Tribunal Federal tem reconhecido a saúde como dever comum dos entes federativos, entendimento que decorre diretamente do modelo cooperativo adotado pela Federação brasileira. Essa compreensão afasta a possibilidade de que conflitos relacionados à divisão interna de competências sejam utilizados como obstáculo à concretização do direito fundamental.

Dessa forma, o federalismo cooperativo funciona como base para a responsabilidade solidária no campo da saúde. A solidariedade, portanto, não elimina a organização administrativa do SUS nem afasta suas regras internas. Sua função é impedir que a divisão de atribuições entre os gestores públicos seja utilizada para restringir o acesso do cidadão a uma prestação essencial, sem prejuízo de posterior ajuste financeiro ou administrativo entre os responsáveis.

Essa lógica possui relação direta com as ações que envolvem medicamentos não incorporados ao SUS, tema central deste trabalho. Nesses casos, a controvérsia não se limita à existência do direito individual ao tratamento, envolvendo também a definição do responsável pela prestação, a competência jurisdicional, os critérios técnicos de incorporação e os impactos financeiros da decisão. Por isso, compreender o federalismo cooperativo é indispensável para analisar como a responsabilidade solidária foi construída e, posteriormente, redimensionada pela jurisprudência do Supremo Tribunal Federal.

Dessa maneira, o federalismo cooperativo e a repartição de competências permitem compreender a base da responsabilidade solidária nas demandas de saúde. A divisão de tarefas organiza o funcionamento do SUS, mas não afasta o dever comum de proteção quando a prestação reclamada envolve necessidade essencial do cidadão.

3.2 Mínimo existencial e reserva do possível como balizas da responsabilidade estatal

A efetivação judicial de prestações em saúde expõe uma das tensões mais sensíveis do constitucionalismo social brasileiro: a necessidade de proteger situações concretas de vulnerabilidade sem desconsiderar os limites materiais e institucionais da atuação estatal. Nessa perspectiva, o mínimo existencial e a reserva do possível assumem função relevante na delimitação da responsabilidade do poder público, pois permitem analisar, de um lado, as prestações indispensáveis à preservação da dignidade humana e, de outro, as condições reais de organização, financiamento e execução das políticas sanitárias.

O mínimo existencial relaciona-se ao núcleo de prestações indispensáveis para preservar uma vida digna, especialmente quando estão em jogo a integridade física, a continuidade de tratamento médico e a própria sobrevivência do indivíduo. Trata-se de categoria construída a partir da dignidade da pessoa humana e da compreensão de que determinados bens jurídicos não podem ficar sujeitos apenas à conveniência administrativa ou à disponibilidade ocasional de recursos. No campo sanitário, essa noção ganha densidade particular, uma vez que a ausência de medicamento, procedimento ou tratamento adequado pode comprometer de maneira irreversível a condição existencial do paciente.

Ao analisar a relação entre direitos sociais e mínimo existencial, Sarlet e Figueiredo (2007) sustentam que a garantia de prestações materiais indispensáveis à sobrevivência digna integra o núcleo essencial dos direitos fundamentais, especialmente quando se trata da proteção à saúde. Os autores associam essa discussão a “critérios materiais para assegurar a eficácia e efetividade dos direitos fundamentais, mais especificamente, na esfera do direito à saúde” (Sarlet; Figueiredo, 2007, p. 171). Dessa forma, a efetividade desses direitos não se satisfaz com sua previsão abstrata no texto constitucional, exigindo instrumentos concretos de realização.

A relevância do mínimo existencial torna-se mais evidente nas hipóteses em que a omissão do poder público acarreta risco à vida, agravamento do quadro clínico ou perda de oportunidade terapêutica. Nessas situações, a proteção constitucional assume caráter prioritário, pois a demora ou a negativa de prestação pode esvaziar o próprio conteúdo do direito reconhecido. Assim, argumentos burocráticos, conflitos internos de gestão ou dificuldades administrativas não podem ser utilizados de forma automática para afastar prestações imprescindíveis à preservação da dignidade humana.

A reserva do possível, por sua vez, surge como categoria vinculada às condições reais de implementação dos direitos prestacionais. A concretização das garantias sociais depende de

orçamento, planejamento, estrutura administrativa, profissionais, insumos e definição de prioridades públicas. Por isso, a atuação estatal não ocorre em ambiente ilimitado, mas dentro de um cenário marcado por escassez de recursos e por escolhas que repercutem sobre toda a coletividade. Essa constatação impede uma leitura absoluta das prestações sociais, sobretudo quando a demanda individual interfere na programação de políticas públicas de alcance geral.

Contudo, a reserva do possível não pode ser convertida em justificativa genérica para a inércia estatal. Conforme destacam Sarlet e Figueiredo (2007), a simples alegação de insuficiência de recursos não basta para afastar a obrigação constitucional de proteção dos direitos fundamentais. Diante disso, sua invocação exige demonstração objetiva das limitações existentes e análise das circunstâncias concretas do caso, de modo que dificuldades financeiras ou administrativas não sejam utilizadas como fundamento abstrato para negar prestações essenciais à dignidade humana (Sarlet; Figueiredo, 2007).

A tensão entre mínimo existencial e reserva do possível aparece com maior intensidade nas ações voltadas ao fornecimento de medicamentos e tratamentos médicos. De um lado, há o indivíduo que busca prestação indispensável à preservação de sua saúde, muitas vezes em situação de urgência. De outro, existe uma estrutura pública que precisa atender demandas coletivas, organizar prioridades, manter programas permanentes e distribuir recursos de forma racional. A solução desses conflitos exige ponderação criteriosa, pois a proteção do caso concreto não pode ser examinada de maneira isolada da política sanitária como um todo.

Nesse sentido, Barroso (2008) observa que a judicialização da saúde contribuiu para tornar efetivos direitos fundamentais, mas também revelou dificuldades ligadas à organização das políticas públicas e à distribuição racional dos recursos estatais. Segundo o autor, a atuação judicial deve buscar equilíbrio entre a tutela de situações individuais e a preservação da capacidade institucional do sistema, evitando decisões que, embora justificadas pelo caso concreto, comprometam a continuidade de programas destinados a um número maior de pessoas (Barroso, 2008).

Essa preocupação decorre do fato de que os recursos destinados à saúde possuem destinação coletiva e limitada, a imposição judicial de prestações de alto custo pode produzir impacto sobre outras ações públicas, como aquisição de medicamentos padronizados, manutenção de serviços, custeio de exames, ampliação de leitos e programas de prevenção. Por essa razão, o debate sobre a reserva do possível ultrapassa a simples disponibilidade financeira do Estado, envolvendo também critérios de justiça distributiva, proporcionalidade e racionalidade administrativa.

Ainda assim, a escassez orçamentária não autoriza o esvaziamento do núcleo essencial dos direitos fundamentais. Barroso (2008) adverte que o Judiciário não deve ignorar a realidade administrativa e financeira do Estado, mas também não pode permitir que tais limitações sirvam para neutralizar garantias constitucionalmente asseguradas. A racionalização das decisões judiciais, nesse contexto, apresenta-se como caminho intermediário entre duas situações igualmente problemáticas: a omissão estatal diante de prestações indispensáveis e a intervenção judicial desordenada na formulação das políticas públicas (Barroso, 2008).

A compreensão adequada dessas categorias exige afastar uma leitura de oposição absoluta entre mínimo existencial e reserva do possível. O primeiro atua como limite material à atuação estatal, impedindo a supressão de prestações indispensáveis à dignidade humana. A segunda permite considerar as condições concretas de execução das políticas públicas, evitando que a tutela judicial desconsidere completamente a organização financeira e administrativa do sistema público de saúde. Assim, ambas funcionam como balizas complementares, e não como fórmulas prontas para deferir ou negar pedidos judiciais.

Sob essa perspectiva, a solução das demandas sanitárias exige avaliação cuidadosa da necessidade individual, da existência de alternativas terapêuticas, da urgência do caso, da capacidade financeira do paciente, da política pública disponível e dos impactos da decisão sobre o arranjo institucional. Sarlet e Figueiredo (2007) ressaltam que a concretização dos direitos fundamentais sociais depende da construção de critérios capazes de harmonizar a dignidade humana com as possibilidades reais de atuação do Estado, evitando tanto a negação indevida de direitos quanto decisões incompatíveis com a realidade institucional existente (Sarlet; Figueiredo, 2007).

A discussão ganha contornos próprios quando relacionada à responsabilidade solidária no âmbito da saúde. Nas demandas judiciais, é frequente que as esferas de governo invoquem limitações orçamentárias, ausência de atribuição administrativa específica ou regras internas de financiamento para afastar a obrigação de fornecer determinada prestação. Entretanto, quando a controvérsia envolve medida indispensável à vida ou à integridade física do paciente, o núcleo mínimo de proteção não pode ser sacrificado em razão de divergências internas do poder público.

Nessa linha, o mínimo existencial reforça a ideia de que o cidadão não deve suportar os efeitos de impasses administrativos entre União, Estados, Distrito Federal e Municípios. A finalidade da responsabilidade comum é impedir que a complexidade da estrutura sanitária se transforme em obstáculo ao acesso à prestação necessária. Eventuais debates sobre custeio, atribuição administrativa ou compensação financeira devem ser resolvidos posteriormente entre

os responsáveis, sem comprometer a tutela imediata do indivíduo que comprovadamente necessita da medida pleiteada.

Ao mesmo tempo, a reserva do possível impede que a solidariedade estatal seja interpretada como autorização para decisões desvinculadas de critérios técnicos e financeiros. A proteção do paciente deve conviver com a necessidade de preservar a coerência do sistema público, especialmente em demandas envolvendo medicamentos de alto custo ou não incorporados às políticas ordinárias. Nesses casos, a atuação judicial precisa considerar não apenas a prescrição médica, mas também a existência de evidências científicas, alternativas terapêuticas disponíveis, impacto orçamentário e adequação da prestação à política sanitária existente.

Dessa forma, a análise do mínimo existencial e da reserva do possível demonstra que a proteção de prestações indispensáveis à vida e à integridade física exige atuação efetiva do poder público, sobretudo quando a negativa ou a demora compromete o próprio conteúdo do direito fundamental. Ao mesmo tempo, essa atuação deve considerar a organização do SUS, a existência de alternativas terapêuticas, a comprovação da necessidade do tratamento e os impactos da decisão sobre a coletividade.

Nessa conjuntura, a responsabilidade solidária dos entes impede que a repartição administrativa de atribuições seja utilizada como barreira ao cidadão. Questões internas de competência, custeio e financiamento permanecem relevantes, mas não podem anteceder a proteção mínima de quem necessita de prestação essencial. Por isso, o equilíbrio entre mínimo existencial e reserva do possível fornece a base para compreender o entendimento firmado pelo Supremo Tribunal Federal no Tema 793, no qual a solidariedade foi afirmada como instrumento de efetivação do direito à saúde, sem afastar a necessidade de organização institucional do sistema público.

3.3 A consolidação da responsabilidade solidária pelo STF no Tema 793

Após a análise dos fundamentos teóricos que sustentam a responsabilidade solidária dos entes federativos, o federalismo cooperativo, os princípios constitucionais que orientam a proteção da saúde e os parâmetros do mínimo existencial e da reserva do possível, torna-se necessário examinar o momento em que esses elementos foram sistematizados pelo Supremo Tribunal Federal em um precedente vinculante. Essa sistematização ocorreu por meio do julgamento do Recurso Extraordinário nº 855.178/SE, processo que deu origem ao Tema de

Repercussão Geral nº 793 e que representou, até a fixação do Tema 1234, a principal referência jurisprudencial para a definição da responsabilidade dos entes públicos nas demandas de saúde.

O entendimento firmado pelo Supremo Tribunal Federal no Tema 793 não constituiu propriamente uma inovação jurisprudencial, mas sim a formalização e o aprimoramento de posição já adotada pela Corte. De acordo com publicação do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, o Supremo Tribunal Federal já havia reconhecido, em sede de repercussão geral, a obrigação solidária dos entes da Federação na efetivação do direito à saúde em favor das pessoas necessitadas (Conasems, 2021).

O precedente do Tema 793 resultou do julgamento dos Embargos de Declaração opostos pela União no RE 855.178/SE, os quais foram apreciados pelo Plenário em 23 de maio de 2019, tendo sido designado como redator para o acórdão o Ministro Edson Fachin.

Para compreender o alcance do Tema 793, é preciso situar o momento que lhe antecedeu. Em março de 2015, ao julgar o RE 855.178/SE no Plenário Virtual, o STF reafirmou a jurisprudência dominante no sentido de reconhecer a responsabilidade solidária dos entes federativos nas demandas de saúde, consignando que o tratamento médico adequado aos necessitados se insere no rol dos deveres do Estado. A ementa do julgamento restou assim estabelecida:

RECURSO EXTRAORDINÁRIO. CONSTITUCIONAL E ADMINISTRATIVO. DIREITO À SAÚDE. TRATAMENTO MÉDICO. RESPONSABILIDADE SOLIDÁRIA DOS ENTES FEDERADOS. REPERCUSSÃO GERAL RECONHECIDA. REAFIRMAÇÃO DE JURISPRUDÊNCIA. O tratamento médico adequado aos necessitados se insere no rol dos deveres do Estado, porquanto responsabilidade solidária dos entes federados. O polo passivo pode ser composto por qualquer um deles, isoladamente ou conjuntamente. (STF - RE: 855178 SE, Relator.: LUIZ FUX, Data de Julgamento: 05/03/2015, Tribunal Pleno, Data de Publicação: 16/03/2015).

Dessa decisão foram opostos Embargos de Declaração pela União, sob a alegação de que havia obscuridade no julgado, tornando necessária a delimitação da abrangência da responsabilidade solidária dos entes federativos. No julgamento dos referidos embargos, ocorrido em 23 de maio de 2019, por maioria dos votos e sob a relatoria para o acórdão do Ministro Edson Fachin, o Plenário do STF rejeitou os embargos, cujo acórdão foi publicado em 16 de abril de 2020:

CONSTITUCIONAL E ADMINISTRATIVO. EMBARGOS DE DECLARAÇÃO EM RECURSO EXTRAORDINÁRIO COM REPERCUSSÃO GERAL RECONHECIDA. AUSÊNCIA DE OMISSÃO, CONTRADIÇÃO OU OBSCURIDADE. DESENVOLVIMENTO DO PRECEDENTE. POSSIBILIDADE. RESPONSABILIDADE DE SOLIDÁRIA NAS DEMANDAS PRESTACIONAIS

NA ÁREA DA SAÚDE. DESPROVIMENTO DOS EMBARGOS DE DECLARAÇÃO.

1. É da jurisprudência do Supremo Tribunal Federal que o tratamento médico adequado aos necessitados se insere no rol dos deveres do Estado, porquanto responsabilidade solidária dos entes federados. O polo passivo pode ser composto por qualquer um deles, isoladamente ou conjuntamente.

2. A fim de otimizar a compensação entre os entes federados, compete à autoridade judicial, diante dos critérios constitucionais de descentralização e hierarquização, direcionar, caso a caso, o cumprimento conforme as regras de repartição de competências e determinar o ressarcimento a quem suportou o ônus financeiro.

3. As ações que demandem fornecimento de medicamentos sem registro na ANVISA deverão necessariamente ser propostas em face da União. Precedente específico: RE 657.718, Rel. Min. Alexandre de Moraes.

4. Embargos de declaração desprovidos.

([RE 855178](#) ED, [Relator](#) (a): LUIZ FUX, [Relator](#) (a) p/ Acórdão: EDSON FACHIN, Tribunal Pleno, julgado em 23/05/2019.

PROCESSO ELETRÔNICO REPERCUSSÃO GERAL - MÉRITO DJe-090 DIVULG 15-04-2020 PUBLIC 16-04-2020)

A tese de repercussão geral restou assim definida:

Os entes da federação, em decorrência da competência comum, são solidariamente responsáveis nas demandas prestacionais na área da saúde, e diante dos critérios constitucionais de descentralização e hierarquização, compete à autoridade judicial direcionar o cumprimento conforme as regras de repartição de competências e determinar o ressarcimento a quem suportou o ônus financeiro (Brasil, 2020).

A tese fixada no Tema 793 possui estrutura bipartite que merece atenção detalhada. A primeira parte reafirma a solidariedade entre os entes federativos com fundamento na competência comum prevista no artigo 23, inciso II, da Constituição Federal, consagrando que qualquer ente, União, estados, Distrito Federal ou municípios, podem figurar isolada ou conjuntamente no polo passivo de demandas de saúde. A segunda parte, contudo, introduz um elemento de temperamento ao determinar que a autoridade judicial deve direcionar o cumprimento da obrigação conforme as regras administrativas de repartição de competências do SUS, bem como impor o ressarcimento ao ente que suportou o ônus financeiro.

Na perspectiva de Wang (2021), a decisão representa importante tentativa de conciliar a proteção do cidadão com a organização racional do sistema de saúde, ao reconhecer a solidariedade e, ao mesmo tempo, incumbir ao juiz o dever de observar as regras de repartição de competências do SUS, o STF buscou evitar tanto a inefetividade do direito à saúde quanto a desestruturação das políticas públicas decorrente de decisões que ignorassem completamente a organização administrativa existente. Contudo, observa-se que a decisão ainda deixou diversas questões em aberto, especialmente no que diz respeito à composição do polo passivo quando o tratamento não está incorporado ao SUS (Wang, 2021).

Com efeito, a manutenção da tese da solidariedade irrestrita gerou dificuldades interpretativas de significativa repercussão prática. Noleto e Ramos (2023) demonstraram, por meio de análise de sentenças proferidas em uma mesma Vara de Saúde Pública da Comarca de São Luís, que magistrados distintos chegaram a soluções diametralmente opostas ao aplicar o Tema 793.

Enquanto um juiz condenava conjuntamente estado e município, direcionando o cumprimento ao ente competente segundo as normas do SUS, outro excluía do polo passivo o ente considerado incompetente e condenava a parte autora a pagar honorários advocatícios ao ente excluído. Tais divergências evidenciam que o precedente, ao manter a expressão "solidariamente responsáveis" ao lado da exigência de observância das "regras de repartição de competências", gerou contradição interna que dificultou sua aplicação uniforme (Noleto; Ramos, 2023).

Um dos aspectos mais sensíveis decorrentes do Tema 793 dizia respeito à definição do polo passivo nas demandas que versavam sobre medicamentos não incorporados ao SUS, mas com registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Embora o debate ocorrido no julgamento dos Embargos de Declaração no RE 855.178/SE houvesse indicado que a União deveria necessariamente integrar o polo passivo nesses casos, em razão da competência do Ministério da Saúde para a incorporação de novas tecnologias, nos termos do artigo 19-Q da Lei nº 8.080/1990, a tese efetivamente fixada não dispôs expressamente sobre o ponto. Essa lacuna gerou intensa controvérsia nos tribunais superiores, incluindo conflitos negativos de competência entre a Justiça Estadual e a Justiça Federal (Noleto; Ramos, 2023).

O Superior Tribunal de Justiça, ao apreciar a questão, acabou por pacificar entendimento favorável à solidariedade irrestrita no que diz respeito à composição do polo passivo, afastando a necessidade de inclusão obrigatória da União nas demandas que versassem sobre medicamentos registrados na Anvisa, ainda que não incorporados ao SUS. Nesse sentido, o julgamento do Recurso em Mandado de Segurança nº 68.602/GO, pela Segunda Turma do STJ, em 26 de abril de 2022, tendo como relatora a Ministra Assusete Magalhães, deixou assentado o seguinte:

ADMINISTRATIVO E PROCESSUAL CIVIL. RECURSO EM MANDADO DE SEGURANÇA. FORNECIMENTO DE MEDICAMENTO REGISTRADO NA ANVISA, MAS NÃO CONSTANTE DOS ATOS NORMATIVOS DO SUS. TEMA 793 DA REPERCUSSÃO GERAL. INEXISTÊNCIA DE LITISCONSÓRCIO PASSIVO NECESSÁRIO. OBRIGAÇÃO SOLIDÁRIA DOS ENTES DA FEDERAÇÃO. IMPETRAÇÃO DIRECIONADA APENAS CONTRA SECRETÁRIO ESTADUAL DE SAÚDE. COMPETÊNCIA DA JUSTIÇA ESTADUAL. RECURSO EM MANDADO DE SEGURANÇA PARCIALMENTE PROVIDO. (...) III. O Supremo Tribunal Federal, ao apreciar o Tema 793 da Repercussão Geral, fixou tese no sentido de que "os entes da federação, em

decorrência da competência comum, são solidariamente responsáveis nas demandas prestacionais na área da saúde, e diante dos critérios constitucionais de descentralização e hierarquização, compete à autoridade judicial direcionar o cumprimento conforme as regras de repartição de competências e determinar o ressarcimento a quem suportou o ônus financeiro" [...]. IV. Igual entendimento é adotado pela jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça, que se orienta no sentido de que o funcionamento do Sistema Único de Saúde é de responsabilidade solidária da União, dos Estados e dos Municípios, de modo que qualquer um destes entes possui legitimidade para figurar no polo passivo da demanda, cabendo à parte autora escolher contra quem deseja litigar. [...] VI. Nesse contexto, em se tratando de pretensão de fornecimento de medicamento registrado na ANVISA, ainda que não incorporado em atos normativos do SUS, descabida a necessidade de inclusão da União no polo passivo da demanda. Competência da Justiça Estadual para processar e julgar o feito. (BRASIL, STJ, RMS nº 68.602/GO, rel. Min. Assusete Magalhães, Segunda Turma, julgado em 26/04/2022, DJe de 29/04/2022).

O julgamento do RMS nº 68.602/GO ilustra de forma precisa a compreensão que se consolidou no STJ: a ressalva contida no Tema 793 relativa ao direcionamento do cumprimento conforme as regras de repartição de competências, relaciona-se ao cumprimento de sentença e às regras de ressarcimento entre os entes, e não à formação do polo passivo. Assim, o cidadão preservava o direito de acionar o ente de sua escolha, cabendo à autoridade judicial, após o provimento judicial, indicar o ente administrativamente responsável e determinar o ressarcimento interno entre os entes federativos.

Todavia, essa leitura não era unânime, conforme demonstram Noletto e Ramos (2023), no próprio STF havia divergência entre os ministros sobre o alcance da tese. O Ministro Edson Fachin, redator do acórdão do Tema 793, entendia que o precedente não implicava litisconsórcio necessário entre os entes federativos e que o direcionamento do cumprimento deveria ocorrer independentemente da composição do polo passivo. O Ministro Luiz Roberto Barroso, por outro lado, defendia a exclusiva competência da União para fornecer tecnologias não incorporadas ao SUS, posição que, se adotada, resultaria na obrigatória inclusão da União em todos os processos que versassem sobre medicamentos não integrantes das políticas públicas do sistema.

Diante dessas controvérsias, ficou evidente que o Tema 793 não logrou pacificar integralmente a jurisprudência em matéria de saúde pública. Ao contrário, ao manter a expressão "solidariamente responsáveis" ao lado da exigência de respeito aos "critérios constitucionais de descentralização e hierarquização" e às "regras de repartição de competências", o enunciado reuniu dois conceitos potencialmente antagônicos, solidariedade irrestrita e responsabilidade direcionada pela competência administrativa, sem estabelecer com precisão a forma de compatibilizá-los. Noletto e Ramos (2023) apontam que essa imprecisão é especialmente problemática porque, no plano doutrinário clássico, a solidariedade passiva

confere ao credor a faculdade de exigir a dívida integralmente de qualquer dos devedores, ao passo que a lógica de repartição de competências pressupõe a identificação prévia do devedor principal.

O impacto dessas incertezas recaiu de forma desproporcional sobre os municípios, ente federativo que geralmente dispõe dos menores orçamentos. Wang (2021) observa que ordens judiciais para fornecimento de tratamentos de alto custo podem comprometer uma parcela enorme dos recursos municipais de saúde, afetando outros serviços e outros usuários. A solidariedade irrestrita, ao permitir que o cidadão acione exclusivamente o município, independentemente de a competência administrativa recair sobre o estado ou a União, gerava situações em que a administração local era compelida a suportar integralmente o ônus financeiro de prestações que, sob as regras do SUS, deveriam ser custeadas por outra esfera de governo.

O mecanismo de ressarcimento previsto no próprio enunciado do Tema 793 buscava mitigar esse problema ao assegurar ao ente que suportou o ônus financeiro o direito de ser reembolsado pelo ente administrativamente responsável. No entanto, na prática, o exercício desse direito mostrou-se complexo. Wang (2021) destaca que a divisão de responsabilidades entre os entes, no âmbito da assistência farmacêutica, envolve diferentes lógicas para o financiamento, a aquisição e o fornecimento direto dos medicamentos, o que tornava difícil determinar, caso a caso, qual ente deveria arcar com o ressarcimento.

Em que pesem as dificuldades interpretativas apontadas, o STF manteve reiteradamente a validade da tese da responsabilidade solidária. Em julgamento posterior, o Agravo Interno no RE nº 1.338.906/RS, de relatoria do Ministro Alexandre de Moraes, julgado pela Primeira Turma em 19 de outubro de 2021, a Corte reafirmou o entendimento do Tema 793 nos seguintes termos:

AGRAVO INTERNO. RECURSO EXTRAORDINÁRIO. RESPONSABILIDADE SOLIDÁRIA DOS ENTES FEDERADOS QUANTO AO DEVER DE PRESTAR ASSISTÊNCIA À SAÚDE. TEMA 793. ACÓRDÃO RECORRIDO EM CONFORMIDADE COM A JURISPRUDÊNCIA DESTA SUPREMA CORTE. 1. O SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL, no julgamento do RE 855.178- RG (Rel. Min. LUIZ FUX, Tema 793), examinou a repercussão geral da questão constitucional debatida nestes autos e reafirmou a jurisprudência desta CORTE no sentido da responsabilidade solidária dos entes federados quanto ao dever de prestar assistência à saúde. 2. Agravo Interno a que se nega provimento. (STF - RE: 1338906 RS 5000298-64.2019.8.21.0038, Relator: ALEXANDRE DE MORAES, Data de Julgamento: 19/10/2021, Primeira Turma, Data de Publicação: 03/03/2022)

A persistência das controvérsias interpretativas levou o Superior Tribunal de Justiça a instaurar o Incidente de Assunção de Competência nº 14, cujo objeto principal residia justamente em examinar se, nos casos de medicamentos não incluídos nas políticas públicas,

mas regularmente registrados na Anvisa, competia ao autor a faculdade de eleger contra quem pretendia demandar, dada a responsabilidade solidária dos entes federativos. O IAC 14 indagava ainda se era indevida a inclusão da União no polo passivo por ato de ofício ou por intimação da parte para emendar a inicial, sem consulta prévia à Justiça Federal (Noleto; Ramos, 2023).

Foi diante desse quadro de incertezas que o Supremo Tribunal Federal reconheceu a repercussão geral da questão tratada no Tema 1234, referente ao RE nº 1.366.243/SC, de relatoria do Ministro Gilmar Mendes. O Tema 1234, julgado em 2024, propôs-se a oferecer resposta mais concreta aos problemas que o Tema 793 deixara sem solução, especialmente no que se refere à composição do polo passivo nas demandas sobre medicamentos não incorporados ao SUS, à definição do ente responsável pelo cumprimento da obrigação judicial e à preservação do equilíbrio federativo.

Assim, o Tema 793, longe de encerrar o debate sobre a responsabilidade solidária dos entes federativos no direito à saúde, constituiu o antecedente necessário para a construção jurisprudencial que seria aperfeiçoada pelo Tema 1234, objeto de análise no capítulo seguinte deste trabalho.

4 O TEMA 1234 DO STF COMO MARCO RECONFIGURADOR DA RESPONSABILIDADE SOLIDÁRIA DOS ENTES FEDERATIVOS

A judicialização dos medicamentos não incorporados ao Sistema Único de Saúde passou a ocupar espaço próprio no debate constitucional brasileiro por envolver uma situação mais complexa do que o simples fornecimento de prestações já previstas nas políticas públicas. Nesses casos, o Poder Judiciário é chamado a decidir sobre tratamentos que, embora muitas vezes possuam registro sanitário, ainda não foram incorporados ao SUS pelos órgãos técnicos competentes, o que desloca a controvérsia para um campo sensível, marcado pela tensão entre necessidade individual, avaliação científica, orçamento público e organização federativa.

A dificuldade central não está apenas em saber se o direito à saúde pode ser exigido judicialmente, pois essa possibilidade já se encontra consolidada na jurisprudência constitucional, o problema passa a residir na forma como essa tutela deve ser concedida quando o medicamento pleiteado não integra a política pública existente. Nessas hipóteses, a decisão judicial não interfere apenas na relação entre paciente e Estado, mas também na lógica de incorporação de tecnologias, na programação financeira do SUS e na divisão de encargos entre União, Estados, Distrito Federal e Municípios.

Esse cenário demonstrou que a mera afirmação da solidariedade federativa não era suficiente para solucionar os conflitos surgidos na judicialização da saúde. A ausência de parâmetros mais objetivos gerava decisões divergentes, insegurança jurídica e impactos diretos sobre a organização administrativa e financeira do sistema público de saúde. Conforme já advertia Barroso (2008), a judicialização da saúde, embora relevante para a efetivação de direitos fundamentais, precisa ser conduzida com critérios racionais, sob pena de comprometer a igualdade de acesso e a própria estrutura das políticas públicas.

Foi nesse contexto que o Supremo Tribunal Federal julgou o Recurso Extraordinário nº 1.366.243/SC, submetido à sistemática da repercussão geral sob o Tema 1234. O precedente passou a ocupar posição central na disciplina das demandas judiciais relacionadas a medicamentos registrados na ANVISA, mas não incorporados ao SUS, promovendo uma reconfiguração da responsabilidade solidária anteriormente consolidada. Diferentemente do Tema 793, que afirmou a solidariedade como regra geral, o Tema 1234 estabeleceu parâmetros específicos de competência, custeio, ressarcimento e análise judicial, buscando compatibilizar a proteção individual do direito à saúde com a necessidade de preservação da organização federativa do SUS.

Assim, a decisão representa um novo marco jurisprudencial na racionalização da responsabilidade solidária dos entes federativos em matéria de saúde, estabelecendo parâmetros mais objetivos para a condução das demandas envolvendo medicamentos não incorporados ao SUS, especialmente quanto à definição do polo passivo, à competência jurisdicional e ao cumprimento da obrigação judicial. Com isso, a solidariedade deixa de ser aplicada de forma ampla e indistinta em todas as situações e passa a ser interpretada em diálogo com critérios técnicos, econômicos e administrativos previamente definidos, sem romper integralmente com a base firmada no Tema 793.

4.1 O Tema 1234 do STF: origem, repercussão geral e os requisitos cumulativos para o fornecimento judicial de medicamentos não incorporados ao SUS

A origem do Tema 1234 está diretamente relacionada às dificuldades práticas deixadas pela aplicação do Tema 793 nas demandas envolvendo medicamentos não incorporados ao SUS. Embora a solidariedade federativa tenha assegurado maior proteção ao cidadão, permitindo o ajuizamento da ação contra qualquer ente da Federação, a experiência jurisprudencial demonstrou que essa solução não era suficiente para resolver problemas ligados à definição da competência, à formação do polo passivo e ao custeio das prestações determinadas judicialmente.

A controvérsia tornava-se ainda mais sensível quando o medicamento possuía registro na ANVISA, mas não havia sido incorporado às listas oficiais do SUS, pois, nessas hipóteses, inexistia definição administrativa clara acerca do ente responsável pelo financiamento da prestação.

Esse cenário contribuiu para o crescimento expressivo da judicialização da saúde, especialmente nas ações relacionadas ao fornecimento de medicamentos. Tal realidade pode ser observada nos dados do Conselho Nacional de Justiça, constantes do relatório de Estatísticas Processuais de Direito à Saúde, que demonstram a quantidade de casos novos por assunto até maio de 2026, conforme se verifica no gráfico a seguir:

Gráfico 1 – Quantidade de casos novos por assunto em demandas de saúde até maio de 2026



Fonte: adaptado de Estatísticas Processuais de Direito à Saúde - CNJ (2026)

A predominância de demandas envolvendo medicamentos não padronizados reforça a relevância do Tema 1234, pois revela que parcela significativa da judicialização da saúde está relacionada justamente a prestações que não se encontram padronizadas nas políticas públicas ordinárias do SUS. Por essa razão, a fixação de critérios objetivos para competência, custeio e responsabilização dos entes federativos passou a ser tratada pelo STF como medida necessária para conferir maior previsibilidade à atuação judicial e administrativa.

A controvérsia chegou ao Supremo Tribunal Federal por meio do Recurso Extraordinário nº 1.366.243/SC, no qual se discutiu a legitimidade passiva da União e a competência da Justiça Federal nas demandas relativas ao fornecimento de medicamentos registrados na ANVISA, mas não incorporados ao SUS. A questão ultrapassava o interesse individual das partes, pois envolvia o funcionamento do Sistema Único de Saúde, a repartição de encargos entre os entes federativos e os impactos orçamentários decorrentes da judicialização de medicamentos de alto custo.

A própria ementa do acórdão demonstra a amplitude constitucional da controvérsia enfrentada pelo Supremo Tribunal Federal:

RECURSO EXTRAORDINÁRIO COM REPERCUSSÃO GERAL. TEMA 1.234. LEGITIMIDADE PASSIVA DA UNIÃO E COMPETÊNCIA DA JUSTIÇA FEDERAL NAS DEMANDAS QUE VERSAM SOBRE FORNECIMENTO DE

MEDICAMENTOS REGISTRADOS NA ANVISA, MAS NÃO INCORPORADOS NO SUS. NECESSIDADE DE AMPLIAÇÃO DO DIÁLOGO, DADA A COMPLEXIDADE DO TEMA, DESDE O CUSTEIO ATÉ A COMPENSAÇÃO FINANCEIRA ENTRE OS ENTES FEDERATIVOS. DESIGNAÇÃO DE COMISSÃO ESPECIAL COMO MÉTODO AUTOCOMPOSITIVO DE SOLUÇÃO DE CONFLITOS. INSTAURAÇÃO DE UMA INSTÂNCIA DE DIÁLOGO INTERFEDERATIVA. Questão em discussão: Análise administrativa e judicial quanto aos medicamentos incorporados e não incorporados, no âmbito do SUS. Acordos interfederativos: Análise conjunta com Tema 6. Em 2022, foi reconhecida a repercussão geral da questão relativa à legitimidade passiva da União e à competência da Justiça Federal nas demandas sobre fornecimento de medicamentos não incorporados ao SUS (tema 1234). Para solução consensual desse tema, foi criada Comissão Especial, composta por entes federativos e entidades envolvidas. Os debates resultaram em acordos sobre competência, custeio e ressarcimento em demandas que envolvam medicamentos não incorporados, entre outros temas. A análise conjunta do presente tema 1234 e do tema 6 é, assim, fundamental para evitar soluções divergentes sobre matérias correlatas. Homologação parcial dos acordos, com observações e condicionantes (...). (STF - RE: 1366243 SC, Relator.: Min. GILMAR MENDES, Data de Julgamento: 16/09/2024, Tribunal Pleno, Data de Publicação: PROCESSO ELETRÔNICO DJe-s/n DIVULG 10-10-2024 PUBLIC 11-10-2024).

Além do acórdão, a tese fixada em repercussão geral sintetiza os principais parâmetros estabelecidos pelo Supremo Tribunal Federal para a definição da competência, do custeio, da responsabilidade financeira e da análise judicial dos pedidos envolvendo medicamentos não incorporados ao SUS:

I – Competência

1) Para fins de fixação de competência, as demandas relativas a medicamentos não incorporados na política pública do SUS e medicamentos oncológicos, ambos com registro na ANVISA, tramitarão perante a Justiça Federal, nos termos do art. 109, I, da Constituição Federal, quando o valor do tratamento anual específico do fármaco ou do princípio ativo, com base no Preço Máximo de Venda do Governo (PMVG – situado na alíquota zero), divulgado pela Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED - Lei 10.742/2003), for igual ou superior ao valor de 210 salários mínimos, na forma do art. 292 do CPC. 1.1) Existindo mais de um medicamento do mesmo princípio ativo e não sendo solicitado um fármaco específico, considera-se, para efeito de competência, aquele listado no menor valor na lista CMED (PMVG, situado na alíquota zero). 1.2) No caso de inexistir valor fixado na lista CMED, considera-se o valor do tratamento anual do medicamento solicitado na demanda, podendo o magistrado, em caso de impugnação pela parte requerida, solicitar auxílio à CMED, na forma do art. 7º da Lei 10.742/2003. 1.3) Caso inexistir resposta em tempo hábil da CMED, o juiz analisará de acordo com o orçamento trazido pela parte autora. 1.4) No caso de cumulação de pedidos, para fins de competência, será considerado apenas o valor do(s) medicamento(s) não incorporado(s) que deverá(ão) ser somado(s), independentemente da existência de cumulação alternativa de outros pedidos envolvendo obrigação de fazer, pagar ou de entregar coisa certa.

II – Definição de Medicamentos Não Incorporados 2.1) Consideram-se medicamentos não incorporados aqueles que não constam na política pública do SUS; medicamentos previstos nos PCDTs para outras finalidades; medicamentos sem registro na ANVISA; e medicamento off label sem PCDT ou que não integrem listas do componente básico. 2.1.1) Conforme decidido pelo Supremo Tribunal Federal na tese fixada no tema 500 da sistemática da repercussão geral, é mantida a competência da Justiça Federal em relação às ações que demandem fornecimento de medicamentos

sem registro na Anvisa, as quais deverão necessariamente ser propostas em face da União, observadas as especificidades já definidas no aludido tema.

III – Custeio 3) As ações de fornecimento de medicamentos incorporados ou não incorporados, que se inserirem na competência da Justiça Federal, serão custeadas integralmente pela União, cabendo, em caso de haver condenação supletiva dos Estados e do Distrito Federal, o ressarcimento integral pela União, via repasses Fundo a Fundo (FNS ao FES), na situação de ocorrer redirecionamento pela impossibilidade de cumprimento por aquela, a ser implementado mediante ato do Ministério da Saúde, previamente pactuado em instância tripartite, no prazo de até 90 dias. 3.1) Figurando somente a União no polo passivo, cabe ao magistrado, se necessário, promover a inclusão do Estado ou Município para possibilitar o cumprimento efetivo da decisão, o que não importará em responsabilidade financeira nem em ônus de sucumbência, devendo ser realizado o ressarcimento pela via acima indicada em caso de eventual custo financeiro ser arcado pelos referidos entes. 3.2) Na determinação judicial de fornecimento do medicamento, o magistrado deverá estabelecer que o valor de venda do medicamento seja limitado ao preço com desconto, proposto no processo de incorporação na Conitec (se for o caso, considerando *venire contra factum proprium* tu quoque e observado o índice de reajuste anual de preço de medicamentos definido pela CMED), ou valor já praticado pelo ente em compra pública, aquele que seja identificado como menor valor, tal como previsto na parte final do art. 9º na Recomendação 146, de 28.11.2023, do CNJ. Sob nenhuma hipótese, poderá haver pagamento judicial às pessoas físicas/jurídicas acima descritas em valor superior ao teto do PMVG, devendo ser operacionalizado pela serventia judicial junto ao fabricante ou distribuidor. 3.3) As ações que permanecerem na Justiça Estadual e cuidarem de medicamentos não incorporados, as quais impuserem condenações aos Estados e Municípios, serão ressarcidas pela União, via repasses Fundo a Fundo (FNS ao FES ou ao FMS). Figurando somente um dos entes no polo passivo, cabe ao magistrado, se necessário, promover a inclusão do outro para possibilitar o cumprimento efetivo da decisão. 3.3.1) O ressarcimento descrito no item 3.3 ocorrerá no percentual de 65% (sessenta e cinco por cento) dos desembolsos decorrentes de condenações oriundas de ações cujo valor da causa seja superior a 7 (sete) e inferior a 210 (duzentos e dez) salários mínimos, a ser implementado mediante ato do Ministério da Saúde, previamente pactuado em instância tripartite, no prazo de até 90 dias. 3.4) Para fins de ressarcimento interfederativo, quanto aos medicamentos para tratamento oncológico, as ações ajuizadas previamente a 10 de junho de 2024 serão ressarcidas pela União na proporção de 80% (oitenta por cento) do valor total pago por Estados e por Municípios, independentemente do trânsito em julgado da decisão, implementado pelo Ministério da Saúde, previamente pactuado em instância tripartite. 3.5) O ressarcimento envolvendo tratamentos oncológicos, para os casos ajuizados posteriormente a 10 de junho de 2024, está mantido no percentual de 80% até que ocorra alteração pelos Entes Federativos, em acordo realizado na CIT e posteriormente chancelado pelo STF.

IV – Análise judicial do ato administrativo de indeferimento de medicamento pelo SUS 4) Sob pena de nulidade do ato jurisdicional (art. 489, § 1º, V e VI, c/c art. 927, III, § 1º, ambos do CPC), o Poder Judiciário, ao apreciar pedido de concessão de medicamentos não incorporados, deverá obrigatoriamente analisar o ato administrativo comissivo ou omissivo da não incorporação pela Conitec e da negativa de fornecimento na via administrativa, tal como acordado entre os Entes Federativos em autocomposição no Supremo Tribunal Federal. 4.1) No exercício do controle de legalidade, o Poder Judiciário não pode substituir a vontade do administrador, mas tão somente verificar se o ato administrativo específico daquele caso concreto está em conformidade com as balizas presentes na Constituição Federal, na legislação de regência e na política pública no SUS. 4.2) A análise jurisdicional do ato administrativo que indefere o fornecimento de medicamento não incorporado restringe-se ao exame da regularidade do procedimento e da legalidade do ato de não incorporação e do ato administrativo questionado, à luz do controle de legalidade e da teoria dos motivos determinantes, não sendo possível incursão no mérito administrativo, ressalvada a cognição do ato administrativo discricionário, o qual se vincula à existência, à veracidade e à legitimidade dos motivos apontados como fundamentos para a sua adoção, a sujeitar o ente público aos seus termos. 4.3)

Tratando-se de medicamento não incorporado, é do autor da ação o ônus de demonstrar, com fundamento na Medicina Baseada em Evidências, a segurança e a eficácia do fármaco, bem como a inexistência de substituto terapêutico incorporado pelo SUS. 4.4) Conforme decisão da STA 175-AgR, não basta a simples alegação de necessidade do medicamento, mesmo que acompanhada de relatório médico, sendo necessária a demonstração de que a opinião do profissional encontra respaldo em evidências científicas de alto nível, ou seja, unicamente ensaios clínicos randomizados, revisão sistemática ou meta-análise.

V –Plataforma Nacional 5) Os Entes Federativos, em governança colaborativa com o Poder Judiciário, implementarão uma plataforma nacional que centralize todas as informações relativas às demandas administrativas e judiciais de acesso a fármaco, de fácil consulta e informação ao cidadão, na qual constarão dados básicos para possibilitar a análise e eventual resolução administrativa, além de posterior controle judicial. 5.1) A porta de ingresso à pl (Brasil, 2024).

A partir desses parâmetros, verifica-se que a controvérsia não se restringia ao fornecimento de medicamentos sob a perspectiva individual do direito à saúde, envolvendo também a organização federativa do SUS. A ausência de critérios uniformes fazia com que o Poder Judiciário definisse, em cada caso concreto, qual ente deveria integrar o polo passivo, cumprir a obrigação e suportar o respectivo ônus financeiro. Por essa razão, a decisão buscou conferir maior racionalidade à atuação judicial, sem afastar a proteção constitucional assegurada ao indivíduo que necessita da prestação.

A repercussão geral foi reconhecida justamente porque a discussão possuía impacto nacional e atingia milhares de processos em tramitação no país. A multiplicação de demandas semelhantes, muitas vezes decididas de forma divergente, demonstrava a necessidade de uma solução uniforme. O Supremo, então, passou a tratar o tema não apenas como conflito processual de legitimidade passiva, mas como questão estrutural de governança federativa na saúde pública.

Essa preocupação também foi destacada pelo Conselho Nacional de Justiça ao tratar da aplicação dos Temas 6 e 1234, especialmente quanto à necessidade de evitar soluções divergentes em matérias correlatas e orientar a análise judicial dos pedidos de medicamentos. Nesse sentido, o CNJ observou que os referidos julgamentos estabeleceram fluxos de análise administrativa e judicial voltados tanto aos medicamentos incorporados quanto aos não incorporados ao SUS (CNJ, 2025).

Nesse ponto, a decisão dialoga com a advertência doutrinária de Barroso (2008), para quem a judicialização da saúde deve ser acompanhada de parâmetros capazes de evitar decisões isoladas que desorganizem políticas públicas coletivas. O autor sustenta que o Judiciário não pode ignorar as escolhas técnicas formuladas pelos órgãos competentes, especialmente quando envolvem critérios de eficácia, segurança, custo e prioridade na alocação de recursos públicos.

Assim, a concessão judicial de medicamentos não incorporados não deve decorrer apenas da prescrição médica individual, exigindo fundamentação mais ampla e tecnicamente consistente.

De modo semelhante, Sarlet e Figueiredo (2008) afirmam que a efetivação do direito à saúde deve ser compreendida à luz da dignidade da pessoa humana, mas também da necessidade de racionalidade e proporcionalidade na implementação dos direitos fundamentais sociais. Para os autores, a reserva do possível não pode ser utilizada como justificativa genérica para negar prestações essenciais, mas a proteção judicial da saúde também não pode desconsiderar completamente os limites institucionais, técnicos e financeiros que envolvem as políticas públicas.

A tensão entre proteção individual e racionalidade coletiva foi enfrentada pelo STF mediante a fixação de requisitos cumulativos para a concessão judicial de medicamentos não incorporados ao SUS. O precedente não excluiu a possibilidade de fornecimento judicial desses medicamentos, mas passou a tratá-la como medida excepcional, dependente de comprovação qualificada por parte do autor da ação.

Nesse sentido, a orientação firmada pelo Supremo Tribunal Federal foi posteriormente consolidada na Súmula Vinculante nº 60, cujo teor merece transcrição:

O pedido e a análise administrativos de fármacos na rede pública de saúde, a judicialização do caso, bem ainda seus desdobramentos (administrativos e jurisdicionais), devem observar os termos dos 3 (três) acordos interfederativos (e seus fluxos) homologados pelo Supremo Tribunal Federal, em governança judicial colaborativa, no tema 1.234 da sistemática da repercussão geral RE 1.366.243. (RE 1.366.243). (Brasil, STF, Súmula Vinculante nº 60).

A redação da súmula revela a importância atribuída aos acordos interfederativos homologados pelo STF. Ao utilizar a expressão “governança judicial colaborativa”, a Corte reconheceu que a judicialização da saúde não pode ser resolvida apenas por meio de condenações isoladas contra qualquer ente federativo, exigindo articulação entre Poder Judiciário, União, Estados e Municípios, de modo a preservar a efetividade da tutela judicial sem comprometer a organização do SUS.

Essa compreensão também aparece nas orientações voltadas à aplicação dos Temas 6 e 1234, segundo as quais são considerados medicamentos não incorporados aqueles que não constam na política pública do SUS, os medicamentos sem registro na ANVISA, os previstos em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas para finalidades diversas, bem como os medicamentos off label sem PCDT ou que não integrem listas do componente básico (CNIJ, 2025). Essa definição é relevante porque amplia a compreensão do que se entende por

medicamento não incorporado, abrangendo não apenas a ausência total de previsão nas listas oficiais, mas também hipóteses de uso diverso daquele autorizado administrativamente.

Dessa forma, a análise não deve se limitar à verificação de que determinado fármaco consta, de modo genérico, em alguma política pública do SUS. É necessário observar se a incorporação abrange a doença tratada, a indicação clínica, a faixa etária, a dosagem e a finalidade terapêutica correspondente ao caso concreto. Quando o medicamento estiver previsto no sistema apenas para finalidade diversa daquela pretendida pelo paciente, será considerado não incorporado para fins de aplicação dos parâmetros fixados pelo Supremo Tribunal Federal.

O primeiro requisito relevante para a concessão judicial consiste na existência de negativa administrativa de fornecimento. A exigência busca impedir que o Poder Judiciário seja acionado sem prévia provocação da via administrativa, permitindo que os órgãos técnicos do SUS analisem o pedido antes da judicialização. Essa etapa é importante porque a Administração Pública possui estruturas próprias para avaliação de tecnologias em saúde, como a CONITEC, responsável por subsidiar decisões de incorporação, exclusão ou alteração de tecnologias no SUS.

Além da negativa administrativa, exige-se a demonstração da ilegalidade do ato de não incorporação ou da mora administrativa na apreciação da tecnologia. O juiz deve analisar o ato administrativo da CONITEC, quando existente, não podendo simplesmente substituí-lo por uma decisão judicial baseada apenas na prescrição médica. Trata-se de mudança significativa em relação ao padrão decisório anterior, no qual muitas decisões judiciais se fundamentavam quase exclusivamente na indicação do médico assistente e na urgência do tratamento.

A esse respeito, a tese do Tema 6, que passou a ser aplicada em conjunto com o Tema 1234, estabelece requisitos rigorosos para a concessão judicial de medicamentos registrados na ANVISA, mas não incorporados às listas do SUS:

1. A ausência de inclusão de medicamento nas listas de dispensação do Sistema Único de Saúde - SUS (RENAME, RESME, REMUME, entre outras) impede, como regra geral, o fornecimento do fármaco por decisão judicial, independentemente do custo.
2. É possível, excepcionalmente, a concessão judicial de medicamento registrado na ANVISA, mas não incorporado às listas de dispensação do Sistema Único de Saúde, desde que preenchidos, cumulativamente, os seguintes requisitos, cujo ônus probatório incumbe ao autor da ação: (a) negativa de fornecimento do medicamento na via administrativa, nos termos do item '4' do Tema 1234 da repercussão geral; (b) ilegalidade do ato de não incorporação do medicamento pela Conitec, ausência de pedido de incorporação ou da mora na sua apreciação, tendo em vista os prazos e critérios previstos nos artigos 19-Q e 19-R da Lei nº 8.080/1990 e no Decreto nº 7.646/2011; (c) impossibilidade de substituição por outro medicamento constante das listas do SUS e dos protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas; (

d) comprovação, à luz da medicina baseada em evidências, da eficácia, acurácia, efetividade e segurança do fármaco, necessariamente respaldadas por evidências científicas de alto nível, ou seja, unicamente ensaios clínicos randomizados e revisão sistemática ou meta-análise; (e) imprescindibilidade clínica do tratamento, comprovada mediante laudo médico fundamentado, descrevendo inclusive qual o tratamento já realizado; e

(f) incapacidade financeira de arcar com o custeio do medicamento.

3. Sob pena de nulidade da decisão judicial, nos termos do artigo 489, § 1º, incisos V e VI, e artigo 927, inciso III, § 1º, ambos do Código de Processo Civil, o Poder Judiciário, ao apreciar pedido de concessão de medicamentos não incorporados, deverá obrigatoriamente:

(a) analisar o ato administrativo comissivo ou omissivo de não incorporação pela Conitec ou da negativa de fornecimento da via administrativa, à luz das circunstâncias do caso concreto e da legislação de regência, especialmente a política pública do SUS, não sendo possível a incursão no mérito do ato administrativo;

(b) aferir a presença dos requisitos de dispensação do medicamento, previstos no item 2, a partir da prévia consulta ao Núcleo de Apoio Técnico do Poder Judiciário (NATJUS), sempre que disponível na respectiva jurisdição, ou a entes ou pessoas com expertise técnica na área, não podendo fundamentar a sua decisão unicamente em prescrição, relatório ou laudo médico juntado aos autos pelo autor da ação; e (c) no caso de deferimento judicial do fármaco, oficiar aos órgãos competentes para avaliarem a possibilidade de sua incorporação no âmbito do SUS. (Brasil, Supremo Tribunal Federal, RE 566.471/RN, Tema 6, 2024).

A incorporação desses requisitos ao julgamento do Tema 1234 demonstra que o Supremo buscou superar uma lógica puramente individualista da judicialização. A análise judicial passa a exigir demonstração técnica robusta, fundada em medicina baseada em evidências, bem como comprovação da inexistência de alternativa terapêutica adequada já incorporada ao SUS. Com isso, a Corte procurou evitar que o processo judicial se transforme em via paralela de incorporação automática de medicamentos sem análise técnica suficiente.

A demonstração da segurança e da eficácia do fármaco pleiteado constitui ônus do autor da ação, nesse ponto, a simples apresentação de laudo médico genérico, limitado a afirmar a necessidade do tratamento ou o esgotamento das alternativas disponíveis, não se mostra suficiente. O relatório deve ser fundamentado e circunstanciado, indicando o histórico terapêutico do paciente, os medicamentos já utilizados, a posologia, o tempo de uso e as evidências científicas que sustentam a indicação do medicamento requerido.

Tal exigência representa importante alteração no tratamento processual dessas demandas. Antes, era comum que a urgência do quadro clínico e a prescrição médica fossem consideradas suficientes para fundamentar a concessão judicial. Com o Tema 1234, a prescrição médica continua relevante, mas deixa de ser o único elemento decisivo. O magistrado deve avaliar a existência de evidências científicas de alto nível, como ensaios clínicos randomizados, revisões sistemáticas e meta-análises, de modo a assegurar que a decisão judicial esteja alinhada com critérios técnicos minimamente seguros.

A definição de critérios mais objetivos busca compatibilizar a efetividade do direito à saúde com a igualdade e a racionalidade do sistema público. A concessão judicial de medicamento não incorporado pode atender à necessidade individual do paciente, mas também produz impactos financeiros e administrativos sobre a coletividade. Por isso, a decisão deve considerar a situação concreta do autor, a estrutura institucional do SUS, as evidências científicas disponíveis e os parâmetros técnicos definidos pelos órgãos competentes.

A jurisprudência posterior ao Tema 1234 demonstra que o precedente passou a funcionar como baliza obrigatória para os tribunais. O Superior Tribunal de Justiça, por exemplo, ao reexaminar o Incidente de Assunção de Competência nº 14, cancelou as teses anteriormente fixadas sobre competência nas demandas de medicamentos não incorporados, reconhecendo a incompatibilidade daquelas orientações com o novo entendimento firmado pelo STF. A decisão possui especial relevância porque demonstra que o Tema 1234 substituiu a orientação provisória que havia sido adotada pelo STJ antes do pronunciamento definitivo do Supremo:

PROCESSUAL CIVIL. INCIDENTE DE ASSUNÇÃO DE COMPETÊNCIA. DIREITO À SAÚDE. MEDICAMENTO NÃO INCORPORADO AO SUS E REGISTRADO NA ANVISA. CONFLITO NEGATIVO DE COMPETÊNCIA. JUÍZOS FEDERAL E ESTADUAL. TEMA 1.234 DO STF. JULGAMENTO DE MÉRITO PELO SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. INCOMPATIBILIDADE DAS TESES FIRMADAS NO IAC 14 COM AS DIRETRIZES FIXADAS EM REPERCUSSÃO GERAL. JUÍZO DE RETRATAÇÃO. CANCELAMENTO DAS TESES ABSTRATAS ANTERIORMENTE FIXADAS. (BRASIL, STJ, CC 187.276/RS, Rel. Min. Gurgel de Faria, Primeira Seção, julgado em 2025).

A revogação das teses do IAC 14 evidencia o impacto imediato desse novo parâmetro jurisprudencial sobre a atuação dos tribunais. Antes do julgamento do STF, o STJ havia buscado oferecer solução provisória para reduzir conflitos de competência entre a Justiça Estadual e a Justiça Federal. Contudo, com a fixação das diretrizes pelo Supremo, a orientação do STJ perdeu sua função e passou a ceder lugar à tese vinculante definida em repercussão geral.

Outro ponto fundamental da decisão refere-se à definição da competência a partir do custo anual do tratamento. De acordo com os parâmetros fixados no acordo interfederativo homologado pelo STF, as demandas relativas a medicamentos não incorporados ao SUS, mas registrados na ANVISA, devem tramitar perante a Justiça Federal quando o valor anual do tratamento for igual ou superior a 210 salários mínimos, hipótese em que se reconhece a presença da União no polo passivo. Para essa aferição, considera-se o custo anual específico do fármaco ou do princípio ativo, com base no Preço Máximo de Venda do Governo, divulgado pela Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos.

Nas hipóteses em que o custo anual do tratamento seja inferior a esse patamar, a competência segue critérios próprios de organização e custeio. Quando o valor estiver entre 7 e 210 salários mínimos, a ação tramita, em regra, perante a Justiça Estadual, sem inclusão da União no polo passivo, embora haja previsão de ressarcimento administrativo de parte dos gastos pela União.

Por outro lado, os Municípios, em regra, deixam de figurar como responsáveis nessas ações, salvo quando houver pactuação específica no âmbito da Comissão Intergestores Bipartite do respectivo Estado. Assim, a definição da competência e do custeio passa a considerar não apenas a existência de registro sanitário, mas também o valor anual do tratamento e a repartição administrativa de responsabilidades entre os entes federativos.

Esse aspecto evidencia com maior nitidez a reconfiguração da responsabilidade solidária nas demandas de saúde. Enquanto o entendimento firmado anteriormente admitia que o cidadão demandasse qualquer ente federativo, isolada ou conjuntamente, a nova orientação passa a vincular a responsabilização a critérios previamente definidos de competência, custeio e organização administrativa.

A alteração possui relevância prática porque busca reduzir distorções federativas observadas na aplicação ampla da solidariedade. Em muitos casos, Municípios de pequeno porte eram acionados para custear medicamentos de elevado valor, embora não dispusessem de estrutura financeira ou administrativa compatível com a obrigação imposta. Ao concentrar determinadas demandas na União, especialmente quando o custo anual do tratamento ultrapassa 210 salários mínimos, o STF procurou adequar a responsabilidade ao ente com maior capacidade financeira e com papel central na coordenação nacional da política de incorporação de tecnologias em saúde.

A modulação dos efeitos também revela a preocupação da Corte com a segurança jurídica. A nova orientação não foi aplicada de forma retroativa e indistinta a todos os processos em curso, preservando situações jurídicas já consolidadas e evitando a desorganização de demandas antigas pela mudança jurisprudencial. Ao mesmo tempo, estabeleceu-se um regime próprio para os processos futuros, especialmente quanto à competência, à legitimidade passiva e aos requisitos probatórios.

Nesse sentido, os tribunais passaram a aplicar a decisão como critério de diferenciação entre ações ajuizadas antes e depois da publicação do acórdão de mérito. Essa delimitação impede que a tese produza efeitos desproporcionais sobre processos já estabilizados, mas impõe sua observância obrigatória nas novas demandas, em especial naquelas envolvendo medicamentos não incorporados ao SUS.

Portanto, a decisão representa um ponto de inflexão na judicialização da saúde no Brasil. Embora preserve a possibilidade de concessão judicial de medicamentos não incorporados, estabelece filtros mais rigorosos para o deferimento dessas prestações. A proteção do direito à saúde permanece assegurada, mas passa a depender de demonstração técnica qualificada, análise da política pública existente, observância dos fluxos administrativos e respeito aos critérios de competência e custeio definidos em governança interfederativa.

Desse modo, a responsabilidade solidária dos entes federativos é reorganizada, e não eliminada. A solidariedade continua sendo fundamento constitucional relevante para impedir que o cidadão fique desassistido, mas sua aplicação passa a ser condicionada por parâmetros capazes de evitar decisões descoordenadas e financeiramente desproporcionais. Trata-se, portanto, de uma orientação jurisprudencial voltada a equilibrar a máxima efetividade do direito fundamental à saúde com a preservação da estrutura administrativa, financeira e federativa do Sistema Único de Saúde.

4.2 O direito de ressarcimento entre os entes federativos e seus reflexos na responsabilidade solidária

A reorganização da solidariedade federativa no campo da saúde não se esgota na definição de quem deve figurar no polo passivo da demanda ou de qual Justiça será competente para processar a ação. A partir do Tema 1234, ganha especial relevância a etapa posterior ao cumprimento da decisão judicial: a recomposição financeira entre os entes que integram o Sistema Único de Saúde. Essa dimensão é essencial porque, nas demandas envolvendo medicamentos, o ente que realiza o desembolso nem sempre corresponde àquele que, segundo os critérios administrativos e financeiros do sistema, deveria suportar definitivamente o custo da prestação.

A responsabilidade solidária, tradicionalmente associada à possibilidade de o cidadão acionar qualquer ente federativo para obter a tutela do direito à saúde, passa a conviver com uma lógica interna de compensação financeira. Com isso, preserva-se a proteção do indivíduo em face da urgência sanitária, mas se reconhece que a execução da decisão judicial não pode produzir, de modo permanente, desequilíbrios entre os entes. Nesse ponto, o ressarcimento interfederativo, funciona como mecanismo de ajuste posterior, voltado a impedir que a solidariedade seja interpretada como transferência definitiva e aleatória de encargos públicos.

Essa questão revela uma diferença relevante entre a solidariedade perante o jurisdicionado e a repartição financeira entre os entes públicos. Na relação processual com o cidadão, a solidariedade busca evitar que a complexidade administrativa do SUS se transforme em obstáculo ao acesso ao medicamento. Já no plano interno da Administração Pública, o ressarcimento permite que o ente que arcou com a despesa em razão de ordem judicial seja compensado, total ou parcialmente, pelo ente responsável pelo custeio conforme os parâmetros fixados pelo Supremo Tribunal Federal. Trata-se, portanto, de uma tentativa de conciliar efetividade do direito fundamental à saúde e racionalidade na distribuição dos encargos federativos.

A preocupação com os impactos financeiros das decisões judiciais não é recente, a efetivação judicial dos direitos sociais pode impor gastos públicos relevantes e influenciar escolhas administrativas, especialmente em um cenário de recursos limitados. Embora tal constatação não afaste a exigibilidade do direito à saúde, ela evidencia que a decisão judicial não produz efeitos apenas no caso individual, mas também repercute sobre o orçamento, o planejamento e a definição de prioridades públicas. Conforme destaca Wang:

As políticas públicas para efetivação de direitos sociais demandam, na grande maioria das vezes, gasto de recursos públicos. E esse é o ponto central no debate a respeito da exigibilidade judicial dos direitos sociais, pois uma decisão judicial para a tutela de um determinado direito social no caso concreto pode obrigar o Estado a realizar gastos públicos e, uma vez que os recursos públicos disponíveis são menores do que o necessário para oferecer a todos os cidadãos todos os direitos que a Constituição prevê, muitas vezes a Administração não tem ou não pode dispor dos recursos necessários para atender a decisão judicial sem prejudicar a tutela de um outro direito que o Poder Público entendeu ser mais importante (Wang, 2008, p. 240).

Essa compreensão reforça a necessidade de tratar o ressarcimento interfederativo como parte essencial da reorganização promovida pelo Tema 1234. Se as decisões judiciais em matéria de saúde produzem efeitos orçamentários concretos, não é suficiente afirmar, de forma ampla, que todos os entes federativos são responsáveis pela prestação. Também se torna necessário definir, após o cumprimento da ordem judicial, qual ente deverá suportar o custo final do medicamento ou em que medida deverá haver compensação financeira. Sem essa definição, a solidariedade constitucional poderia gerar desequilíbrios entre os entes públicos, especialmente em prejuízo daqueles com menor capacidade arrecadatória ou submetidos a maior volume de demandas judiciais.

O Tema 1234 surge justamente para enfrentar essas dificuldades, o precedente procurou estabelecer critérios objetivos para ordenar sua aplicação. Nas demandas relativas a medicamentos não incorporados à política pública do SUS, mas com registro na ANVISA, o

Supremo Tribunal Federal fixou parâmetro econômico relacionado ao valor anual do tratamento. Quando o custo anual do medicamento for igual ou superior a 210 salários mínimos, a competência será da Justiça Federal, com custeio integral pela União.

Quando o valor for superior a 7 salários mínimos e inferior a 210 salários mínimos, a demanda permanecerá, em regra, na Justiça Estadual, com previsão de ressarcimento parcial pela União aos estados e municípios. Para medicamentos não incorporados com valor anual igual ou inferior a 7 salários mínimos, a responsabilidade financeira tende a permanecer no âmbito estadual, ressalvadas hipóteses específicas de pactuação.

A partir dessa sistemática, o ressarcimento deixa de ser um simples direito de regresso abstrato e passa a integrar o próprio desenho institucional de cumprimento das decisões judiciais em saúde. Os entes federativos continuam vinculados ao dever constitucional de garantir o acesso à saúde, mas a assunção definitiva do ônus financeiro passa a observar critérios previamente definidos.

A Portaria GM/MS nº 6.212, de 19 de dezembro de 2024, possui papel central nessa operacionalização. O ato normativo regulamenta o procedimento administrativo necessário para sua efetivação, conforme os parâmetros fixados nos acordos homologados pelo STF no Recurso Extraordinário nº 1.366.243, originário do Tema 1234. Logo em seu artigo 1º, a portaria estabelece que suas regras se destinam ao ressarcimento interfederativo relativo a valores financeiros despendidos em razão de ordens judiciais referentes ao fornecimento de medicamentos (Brasil, 2024).

A partir dessa previsão inicial, a Portaria delimita o alcance do ressarcimento e especifica quais situações estão abrangidas pela recomposição financeira, identificando os medicamentos alcançados, distinguindo hipóteses de medicamentos não incorporados, incorporados em determinados componentes da assistência farmacêutica e medicamentos oncológicos. Essa delimitação é relevante porque permite compreender que o ressarcimento passou a ser tratado de forma vinculada à natureza do medicamento e ao enquadramento definido no âmbito do SUS. Nos termos da Portaria:

IX - ressarcimento interfederativo: procedimento administrativo pelo qual a União, estados, Distrito Federal e municípios efetuam repasse financeiro, de valores despendidos por outro ente federativo que suportou o ônus financeiro decorrente do cumprimento de determinação judicial de fornecimento de medicamento.

Art. 3º O ressarcimento de que trata esta Portaria trata de custeio decorrente de cumprimentos de processos judiciais, pelos entes federativos, relativos ao fornecimento de medicamentos:

I - não incorporados, com registro na ANVISA;

II - incorporados:

a) Grupo 1A do CEAF;

- b) Grupo 2 do CEAF;
- c) Grupo 3 do CEAF;
- d) Grupo 1B do CEAF; e
- e) CESAF (Brasil, 2024, p. 2/6).

Quanto aos percentuais, a Portaria GM/MS nº 6.212/2024 reproduz a lógica fixada no Tema 1234. O artigo 9º estabelece que a União ressarcirá 100% dos valores quando se tratar de medicamento não incorporado, com registro na ANVISA, cujo valor anual do tratamento seja igual ou superior a 210 salários mínimos. Também haverá ressarcimento integral em hipóteses relacionadas a medicamentos incorporados dos Grupos 1A e 1B do CEAF, ao CESAF e a determinados casos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica. Para medicamentos não incorporados com registro na ANVISA cujo valor anual seja superior a 7 salários mínimos e inferior a 210 salários mínimos, o ressarcimento pela União será de 65%. Já nos medicamentos oncológicos com ação ajuizada antes de 10 de junho de 2024, o percentual previsto é de 80% (Brasil, 2024).

A regulamentação também estabelece exigências documentais para que o ressarcimento seja processado. O ente interessado deve formular pedido individualizado, indicar o percentual pretendido, apresentar prescrição ou relatório médico, informações do processo judicial, decisão judicial, comprovante de gasto e comprovante de entrega do medicamento. Na ausência de alguns documentos, a Portaria admite declarações específicas do gestor, inclusive para comprovação do valor despendido ou da efetiva entrega do medicamento (Brasil, 2024). Essa disciplina procedimental confere maior controle ao repasse de recursos, evitando que a recomposição financeira ocorra sem demonstração mínima da despesa e de sua vinculação à decisão judicial.

Outro ponto relevante é a forma de pagamento, no qual é previsto que os recursos relativos ao ressarcimento serão transferidos na modalidade fundo a fundo, do Fundo Nacional de Saúde aos fundos de saúde dos entes federativos, por meio do Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde. Ao circular pelos fundos de saúde, o recurso permanece integrado ao sistema de financiamento sanitário, preservando sua destinação pública específica.

Também foram fixados limites ao alcance do ressarcimento, ficam excluídas as solicitações em que a União já deva pagar por RPV ou precatório, os desembolsos anteriores a 2018, os produtos não caracterizados como medicamentos pela ANVISA e os medicamentos sem registro, salvo aqueles judicializados sem registro à época, mas regularizados até 19 de setembro de 2024 (Brasil, 2024). Essas restrições demonstram que a recomposição financeira não é irrestrita, dependendo de recortes temporais, materiais e regulatórios previamente definidos.

Com essa nova sistemática, a solidariedade permanece como garantia de acesso ao medicamento, mas passa a ser acompanhada por mecanismos de compensação que reduzem a aleatoriedade da distribuição financeira. O cidadão não deve ser prejudicado pela complexidade federativa, mas o ente que cumpre a decisão também não deve suportar, sozinho e de modo definitivo, custo que pertence a outra esfera segundo os critérios fixados pelo STF.

O principal reflexo do ressarcimento interfederativo é a distinção entre dever de prestar e dever de custear definitivamente, a solidariedade continua permitindo que o jurisdicionado não fique sem resposta diante da fragmentação administrativa do sistema. Entretanto, uma vez cumprida a ordem judicial, abre-se a possibilidade de recomposição financeira conforme o parâmetro definido pelo Tema 1234 e regulamentado pela Portaria GM/MS nº 6.212/2024. Assim, a solidariedade deixa de operar como responsabilização indiferenciada e passa a ser compreendida como técnica de garantia do direito fundamental, acompanhada de critérios objetivos de distribuição interna dos custos.

A Portaria ainda prevê que, nos casos em que já exista ação judicial entre entes federativos relativa ao custeio do fornecimento de medicamento, deverá haver pedido de homologação de acordo judicial para fins de extinção da ação com resolução de mérito. Também determina que as regras procedimentais, fluxos e prazos para ressarcimento entre estados e municípios sejam objeto de pactuação nas Comissões Intergestores Bipartite, no prazo de noventa dias, sendo aplicáveis, na ausência de pactuação, as regras da própria Portaria quando cabíveis (Brasil, 2024). Com isso, alcançando também ajustes horizontais e verticais no interior do SUS.

Entre os possíveis benefícios desse mecanismo, destacam-se a redução de conflitos federativos, a racionalização do cumprimento das decisões judiciais, a maior previsibilidade orçamentária e a diminuição do risco de que estados ou municípios arquem de forma desproporcional com medicamentos de alto custo. Por conseguinte, pode favorecer a organização administrativa, pois exige registro documental das despesas, identificação do medicamento, vinculação ao processo judicial e observância de critérios uniformes.

A leitura conjunta do Tema 1234 e da Portaria GM/MS nº 6.212/2024 permite concluir que o direito de ressarcimento representa um dos principais elementos da nova configuração da responsabilidade solidária. A solidariedade permanece como fundamento de proteção do cidadão, agora acompanhada de regras que distribuem, com maior objetividade, o peso econômico das decisões judiciais.

O ressarcimento interfederativo, portanto, permite compreender a solidariedade sob uma perspectiva mais organizada. Ela continua sendo fundamento para a proteção do direito à saúde,

mas não autoriza que os encargos decorrentes das decisões judiciais sejam distribuídos de maneira indefinida entre os entes federativos. Com o Tema 1234, o STF preserva a responsabilidade solidária firmada no Tema 793, porém passa a vinculá-la a critérios de custeio e recomposição financeira. Com isso, o cumprimento das ordens judiciais deixa de depender apenas da ideia ampla de solidariedade e passa a observar parâmetros mais objetivos dentro da estrutura administrativa do SUS.

4.3 Repercussões do Tema 1234 no pacto federativo e na concretização do direito à saúde

A efetivação do direito à saúde envolve uma problemática complexa, que não se limita ao reconhecimento formal desse direito na Constituição, mas alcança dificuldades estruturais, administrativas, financeiras e judiciais relacionadas ao acesso da população a tratamentos, medicamentos e procedimentos necessários. Diante disso, a responsabilidade solidária, inicialmente consolidada pelo STF no Tema 793, representou instrumento relevante de proteção do cidadão, ao impedir que conflitos internos de atribuição entre os níveis de governo servissem como justificativa para a negativa da prestação sanitária. O Tema 1234, por sua vez, procura reorganizá-la, conferindo maior atenção à repartição de competências, à racionalidade administrativa e à sustentabilidade do Sistema Único de Saúde.

Essa reconfiguração possui reflexos diretos sobre o pacto federativo, a Constituição de 1988 estruturou a saúde pública a partir de um modelo descentralizado e cooperativo, no qual cada esfera de governo possui atribuições próprias, sem que isso signifique atuação isolada ou descompromisso com a proteção do cidadão. Ocorre que, na prática da judicialização, a ausência de critérios mais objetivos acabou permitindo que determinadas obrigações fossem atribuídas de forma desordenada, muitas vezes sem correspondência com a lógica administrativa do SUS. Com isso, a solidariedade, embora essencial à tutela do paciente, também passou a gerar tensões quanto ao financiamento, à competência jurisdicional e à distribuição dos encargos decorrentes das ordens judiciais.

Nesse ponto, o Tema 1234 busca corrigir uma distorção que já havia sido percebida após o Tema 793. A possibilidade de acionar qualquer ente público continuava importante para evitar que o cidadão ficasse desamparado diante de conflitos internos de atribuição. Contudo, a ausência de parâmetros mais definidos poderia transferir ao processo judicial uma decisão que deveria dialogar com a estrutura do sistema sanitário. Por essa razão, o novo precedente preserva a finalidade protetiva da solidariedade, mas impede que ela seja aplicada como se a organização federativa fosse irrelevante.

A repercussão mais evidente dessa mudança está na tentativa de compatibilizar a proteção individual com a sustentabilidade coletiva do SUS. O fornecimento judicial de medicamentos não incorporados envolve situações sensíveis, pois, de um lado, há pacientes que buscam tratamentos indispensáveis à preservação da vida, da saúde e da dignidade; de outro, há uma política pública universal que depende de planejamento, avaliação técnica, orçamento e prioridades coletivas. O desafio está justamente em impedir que a análise do caso concreto ignore a dimensão coletiva da política sanitária, mas também em evitar que a invocação da organização administrativa seja utilizada como barreira absoluta ao acesso do cidadão.

A discussão sobre federalismo cooperativo contribui para compreender essa tensão. Lopes (2024) observa que a decisão do STF, ao estabelecer critérios para o fornecimento de medicamentos não incorporados, reforça a importância da cooperação entre os níveis de governo e busca harmonizar a efetividade do direito à saúde com a gestão racional dos recursos públicos. Conforme destaca a autora:

A Constituição de 1988 não apenas conferiu maior autonomia administrativa, legislativa e financeira aos entes subnacionais, mas também buscou equilibrar responsabilidades no fornecimento de serviços públicos, como saúde, educação e segurança, fortalecendo o princípio da cooperação federativa. Assim, consagrou-se o pacto federativo como uma base fundamental do Estado brasileiro, assegurando que cada ente pudesse atuar dentro de suas competências específicas, respeitando os limites constitucionais e contribuindo para o desenvolvimento nacional de maneira integrada (Lopes, 2024, p. 4565).

A partir dessa compreensão, percebe-se que o Tema 1234 possui finalidade de conferir maior racionalidade à atuação estatal, de modo que o cumprimento das decisões judiciais não produza desequilíbrios incompatíveis com a própria estrutura dos entes. A atuação conjunta dos níveis de governo permanece indispensável, passando a ser orientada por uma lógica mais organizada, em que a cooperação envolve a definição de responsabilidades concretas, a observância das pactuações administrativas e a recomposição financeira quando necessária.

Esse ponto é essencial para o fortalecimento do pacto federativo. Quando o Judiciário ignora completamente a repartição de encargos, há risco de sobrecarregar determinadas esferas governamentais, especialmente aquelas que estão mais próximas do cidadão e que, por isso, acabam sendo acionadas com maior frequência. A consequência pode ser a desorganização do orçamento local, o comprometimento de serviços já planejados e a criação de desigualdades na execução das políticas públicas. Por outro lado, quando os critérios federativos são considerados de forma equilibrada, a solidariedade se aproxima de sua função constitucional: assegurar proteção ao indivíduo sem romper a lógica de cooperação que sustenta o sistema público.

Lenir Santos (2021) chama atenção para esse problema ao analisar a judicialização da saúde e seus efeitos sobre a gestão do SUS. Para a autora, as decisões judiciais com repercussão geral podem contribuir para uniformizar entendimentos e orientar gestores e magistrados, mas também precisam manter equilíbrio entre a garantia individual e a realidade administrativa do sistema. A saúde pública exige parâmetros jurídicos capazes de dar contorno à integralidade, pois a amplitude desse conceito, se aplicada sem balizas, pode comprometer o planejamento, o financiamento e a própria capacidade de atendimento coletivo (Santos, 2021).

Essa reflexão é particularmente relevante no contexto do Tema 1234, a decisão do STF indica que a efetivação judicial da saúde não pode ser separada da análise técnica e administrativa que orienta a incorporação de tecnologias no SUS. Dessa forma, o Poder Judiciário continua exercendo papel fundamental na proteção de direitos, mas sua atuação passa a dialogar com a política pública existente, evitando decisões isoladas que desconsiderem o impacto sistêmico de suas determinações.

Por outro lado, a reorganização promovida pelo precedente também apresenta desafios. A exigência de critérios mais objetivos pode contribuir para reduzir decisões contraditórias e evitar a distribuição desordenada de obrigações, mas não pode transformar o caminho judicial em um percurso excessivamente burocrático. Em matéria de saúde, o tempo possui relevância constitucional. A demora na definição do responsável, na análise documental ou no cumprimento da ordem pode significar agravamento do quadro clínico, perda da eficácia do tratamento ou violação concreta da dignidade do paciente. Assim, a aplicação do Tema 1234 deve ser cuidadosa para que a racionalidade administrativa não se converta em obstáculo à tutela urgente.

Essa é a principal tensão deixada pelo julgamento: organizar sem excluir, racionalizar sem esvaziar, distribuir encargos sem deslocar ao cidadão o peso das falhas de coordenação estatal. O pacto federativo não pode servir como justificativa para que cada esfera de governo tente afastar sua responsabilidade, nem a solidariedade pode ser utilizada para ignorar completamente a estrutura do SUS. O equilíbrio está em reconhecer que a saúde é dever comum, mas sua concretização exige cooperação efetiva, financiamento adequado, divisão transparente de tarefas e respeito às instâncias técnicas responsáveis pela formulação das políticas públicas.

Nesse sentido, o Tema 1234 também revela uma tentativa de superar a lógica do conflito federativo. Em vez de permitir que as ações judiciais se transformem em disputas permanentes sobre quem deve cumprir a obrigação, o precedente aponta para uma atuação mais coordenada, em que o cumprimento da decisão e a recomposição dos encargos sejam tratados de maneira

compatível com a organização do sistema. Essa mudança pode favorecer maior previsibilidade orçamentária e reduzir a insegurança jurídica, especialmente em demandas de elevado impacto financeiro. Contudo, sua efetividade dependerá da forma como os órgãos judiciais e administrativos aplicarão os parâmetros fixados, sobretudo nos casos em que a urgência do tratamento exige resposta imediata.

A concretização do direito à saúde, portanto, passa a depender de uma leitura mais madura da solidariedade federativa. Não basta afirmar que todos os níveis de governo são responsáveis; é preciso compreender como essa responsabilidade deve ser exercida em um sistema descentralizado, universal e financeiramente limitado. A proteção do cidadão continua sendo o centro da análise, mas a resposta judicial precisa considerar que cada decisão individual repercute sobre uma política pública de alcance coletivo. Por isso, o Tema 1234 procura aproximar a tutela jurisdicional da realidade administrativa do SUS, sem afastar a possibilidade de intervenção judicial quando houver omissão, demora injustificada ou insuficiência da prestação estatal.

Ao final, o que se percebe é que a solidariedade federativa deixa de operar de forma indiferenciada, o novo marco jurisprudencial procura transformar uma responsabilidade muitas vezes desordenada em um modelo mais cooperativo e sustentável. Seu êxito, contudo, dependerá da capacidade de manter o cidadão no centro da proteção constitucional, sem ignorar que a efetivação do direito à saúde exige um sistema público organizado, financiado e capaz de responder às necessidades individuais sem comprometer a coletividade.

5 CONCLUSÃO

O percurso analítico desenvolvido ao longo deste trabalho permitiu verificar que a responsabilidade solidária dos entes federativos no direito à saúde trata-se de um tema de grande importância para a efetivação desse direito fundamental. Sua trajetória, compreendida entre a consolidação promovida pelo Tema 793 e a reconfiguração operada pelo Tema 1234, revela que a Suprema Corte tem buscado equilibrar dois imperativos constitucionais que frequentemente se tensionam: a proteção incondicional do direito fundamental à saúde e a preservação da racionalidade administrativa, financeira e federativa do Sistema Único de Saúde.

A competente comum prevista no artigo 23, inciso II, da Constituição, combinada com as diretrizes do SUS estabelecidas nos artigos 196 a 200, confere suporte normativo à responsabilidade partilhada entre União, estados, Distrito Federal e municípios. Essa arquitetura constitucional exige cooperação ativa entre os níveis de governo, vedando que a complexidade administrativa da estrutura federativa seja utilizada como barreira ao acesso do cidadão aos cuidados de que necessita.

No plano teórico, a articulação entre federalismo cooperativo, mínimo existencial e reserva do possível demonstrou que a garantia judicial do direito à saúde não opera no vácuo. A responsabilidade solidária encontra nos princípios do federalismo cooperativo seu fundamento estrutural: cada ente deve atuar dentro de suas atribuições, mas nenhum pode eximir-se da prestação quando o núcleo essencial do direito estiver em risco.

Por sua vez, a reserva do possível não pode ser invocada para justificar omissões que comprometam o mínimo existencial em matéria sanitária, ainda que imponha ao Judiciário a atenção ao impacto orçamentário de suas decisões sobre a coletividade. Esse conjunto de balizas revela que a tutela individual do direito à saúde deve ser exercida com consciência de seus reflexos sobre o sistema público como um todo.

A análise do Tema 793 do STF, consolidado a partir do julgamento do RE 855.178/SE, mostrou que a responsabilidade solidária dos entes federativos foi firmada como regra geral nas demandas prestacionais de saúde. A tese fixada pelo Supremo estabeleceu que o polo passivo pode ser composto por qualquer ente, isolada ou conjuntamente, retirando do cidadão o ônus de compreender a repartição interna de atribuições do SUS.

Esse entendimento cumpriu função protetiva relevante, pois impediu que disputas federativas internas retardassem ou obstaculizassem o acesso a medicamentos e tratamentos de saúde. Contudo, sua aplicação prática revelou tensões não inteiramente resolvidas pelo próprio

precedente: conflitos de competência, desequilíbrios financeiros entre os entes e ausência de critérios objetivos para o custeio das prestações judicialmente impostas.

Foi nesse contexto que o julgamento do RE 1.366.243/SC, sob o Tema 1234 da repercussão geral, se revelou como marco reconfigurador da solidariedade federativa. O precedente, ao tratar especificamente das demandas relativas a medicamentos registrados na ANVISA, mas não incorporados às políticas do SUS, introduziu critérios objetivos que reorganizaram três planos fundamentais: o processual, o financeiro e o administrativo.

No plano processual, fixou parâmetros para a definição da Justiça competente e da composição do polo passivo com base no custo anual do tratamento. No plano financeiro, vinculou o custeio ao valor do fármaco e à capacidade institucional da União, dos estados e dos municípios. No plano administrativo, aproximou a atuação judicial dos fluxos pactuados no SUS, exigindo maior diálogo entre decisão judicial e política pública.

O parâmetro do custo anual de 210 salários mínimos, adotado pelo Tema 1234 para delimitar a competência da Justiça Federal e o custeio integral pela União, representa a tentativa mais concreta de vincular a responsabilidade federativa à capacidade financeira e à atribuição institucional de cada esfera de governo. Essa lógica reorganiza o que pode ser denominado de solidariedade de acesso presente no Tema 793, dessa forma, a proteção do cidadão se mantém, mas a formação do polo passivo e a distribuição do ônus financeiro passam a observar critérios previamente definidos.

O direito de ressarcimento interfederativo, regulamentado pela Portaria GM/MS nº 6.212/2024, emergiu como elemento central dessa nova configuração. Ao estabelecer procedimento administrativo específico para a recomposição financeira entre os entes após o cumprimento da ordem judicial, a Portaria operacionaliza a distinção essencial entre o dever de prestar e o dever de custear definitivamente, que passa a ser distribuído conforme parâmetros objetivos de valor, natureza do medicamento e enquadramento no SUS. Com isso, a solidária deixa de funcionar como responsabilização indiferenciada e passa a integrar um modelo de governança federativa mais organizado, sem que isso signifique redução da proteção individual.

As repercussões do Tema 1234 sobre o pacto federativo são igualmente significativas. O precedente evidencia que a judicialização da saúde, quando desprovida de critérios uniformes, pode produzir distorções que comprometem a própria sustentabilidade do SUS. A sobrecarga de municípios com menor capacidade orçamentária, a ausência de previsibilidade sobre quem deve custear determinada prestação e os conflitos recorrentes de competência entre Justiça Estadual e Federal ilustram dificuldades que o Tema 793, por si só, não foi capaz de solucionar. O Tema 1234, ao introduzir parece de custeio e competência baseados em dados

objetivos, busca reduzir essas distorções sem abandonar a função protetiva que a solidariedade federativa exerce em face do cidadão.

Não obstante os avanços que o Tema 1234 representa, sua aplicação não está isenta de desafios, a exigência de requisitos cumulativos mais rigorosos para a concessão judicial de medicamentos não incorporados ao SUS, como a demonstração de eficácia baseada em evidências científicas de alto nível e a comprovação da inexistência de alternativa terapêutica incorporada, representa avanço na racionalidade do processo judicial, mas impõe ao jurisdicionado ônus probatório que pode, em certos casos, comprometer o acesso tempestivo ao tratamento.

Diante desse cenário, pode-se responder ao problema central deste trabalho: a responsabilidade solidária dos entes federativos no fornecimento judicial de medicamentos não incorporados ao SUS não foi eliminada pelo Tema 1234, mas foi substancialmente reconfigurada. A solidariedade permanece como fundamento constitucional da proteção do cidadão, garantindo que nenhum ente possa simplesmente recusar-se a prestar assistência sob o argumento de que a obrigação pertence a outro nível de governo.

Todavia, sua operacionalização passou a ser condicionada por critérios de competência, custeio e ressarcimento que buscam compatibilizar a tutela individual com a organização administrativa e financeira do SUS, essa distinção entre solidária de acesso e solidária de coordenação sintetiza o principal deslocamento promovido pelo precedente de 2024.

A hipótese central deste trabalho foi confirmada, na medida em que o Tema 1234 preserva a base constitucional da responsabilidade solidária firmada no Tema 793, mas atribui a esse regime contornos mais objetivos nas demandas envolvendo medicamentos não incorporados ao SUS. A solidariedade permanece como instrumento de proteção do cidadão, porém passa a ser aplicada em diálogo mais estreito com critérios de competência, custeio, ressarcimento e organização federativa.

Esse novo marco jurisprudencial revela a preocupação do Supremo Tribunal Federal em responder às dificuldades práticas que surgiram após o Tema 793, especialmente quanto à definição do polo passivo, à competência jurisdicional e à repartição dos encargos financeiros. Com isso, busca-se assegurar a efetividade do direito à saúde sem ignorar a necessidade de maior racionalidade administrativa e cooperação entre União, Estados, Distrito Federal e Municípios.

Por fim, a efetividade do precedente dependerá não apenas da atuação uniforme dos tribunais, mas também da capacidade dos entes federativos de fortalecer os fluxos administrativos, implementar os mecanismos de ressarcimento e aprimorar as políticas públicas

de assistência farmacêutica. Nesse cenário, a responsabilidade solidária dos entes permanece como instrumento essencial de tutela do cidadão, como garantia de que a complexidade da estrutura federativa não seja utilizada para impedir o acesso a prestações indispensáveis à preservação da saúde e da dignidade humana.

REFERÊNCIAS

BARROSO, Luís Roberto. Da falta de efetividade à judicialização excessiva: direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros para a atuação judicial. **Revista de Direito da Procuradoria Geral do Estado do Rio de Janeiro**, Rio de Janeiro, v. 63, p. 320-344, 2008. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/dl/es/estudobarroso.pdf>. Acesso em: 12 jun. 2026.

BARROSO, Luís Roberto. Judicialização, ativismo judicial e legitimidade democrática. **Suffragium: Revista do Tribunal Regional Eleitoral do Ceará**, Fortaleza, v. 5, n. 8, p. 11-22, jan./dez. 2009. Disponível em: <https://bibliotecadigital.tse.jus.br/handle/bdtse/5498>. Acesso em: 15 jun. 2026.

BRASIL. Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos. **Lei nº 10.742, de 6 de outubro de 2003**. Define normas de regulação para o setor farmacêutico, cria a Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos - CMED e altera a Lei nº 6.360, de 23 de setembro de 1976, e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2003. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.742.htm. Acesso em: 18 jun. 2026.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 8 jun. 2026.

BRASIL. **Decreto nº 7.646, de 21 de dezembro de 2011**. Dispõe sobre a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde e sobre o processo administrativo para incorporação, exclusão e alteração de tecnologias em saúde pelo Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília, DF: Presidência da República, 2011. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7646.htm. Acesso em: 19 jun. 2026.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 9 jun. 2026.

BRASIL. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde, e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em: 9 jun. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 6.212, de 19 de dezembro de 2024**. Regulamenta o ressarcimento interfederativo de valores despendidos em razão de ordens judiciais referentes ao fornecimento de medicamentos. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: <https://www.in.gov.br/>. Acesso em: 21 jun. 2026.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. **Conflito de Competência nº 187.276/RS**. Relator: Ministro Gurgel de Faria. Primeira Seção. Julgado em: 27 nov. 2024. Diário da Justiça

Eletrônico, Brasília, DF, 11 dez. 2024. Disponível em: <https://processo.stj.jus.br/>. Acesso em: 23 jun. 2026.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. **Recurso em Mandado de Segurança nº 68.602/GO**. Relatora: Ministra Assusete Magalhães. Segunda Turma. Julgado em: 26 abr. 2022. Diário da Justiça Eletrônico, Brasília, DF, 29 abr. 2022. Disponível em: <https://processo.stj.jus.br/>. Acesso em: 16 jun. 2026.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Recurso Extraordinário nº 566.471/RN**. Tema 6 da Repercussão Geral. Relator: Ministro Marco Aurélio. Redator do acórdão: Ministro Alexandre de Moraes. Tribunal Pleno. Julgado em: 16 set. 2024. Diário da Justiça Eletrônico, Brasília, DF, 2024. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/>. Acesso em: 20 jun. 2026.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Recurso Extraordinário nº 855.178/SE**. Tema 793 da Repercussão Geral. Relator: Ministro Luiz Fux. Redator do acórdão: Ministro Edson Fachin. Tribunal Pleno. Julgado em: 23 maio 2019. Diário da Justiça Eletrônico, Brasília, DF, 16 abr. 2020. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/>. Acesso em: 14 jun. 2026.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Recurso Extraordinário nº 1.338.906/RS**. Relator: Ministro Alexandre de Moraes. Primeira Turma. Julgado em: 19 out. 2021. Diário da Justiça Eletrônico, Brasília, DF, 3 mar. 2022. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/>. Acesso em: 17 jun. 2026.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Recurso Extraordinário nº 1.366.243/SC**. Tema 1234 da Repercussão Geral. Relator: Ministro Gilmar Mendes. Tribunal Pleno. Julgado em: 16 set. 2024. Diário da Justiça Eletrônico, Brasília, DF, 21 out. 2024. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/>. Acesso em: 20 jun. 2026.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Súmula Vinculante nº 60**. Brasília, DF: Supremo Tribunal Federal, 2024. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/>. Acesso em: 22 jun. 2026.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Estatísticas processuais de direito à saúde**. Brasília, DF: CNJ, 2026. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/programas-e-acoas/forum-da-saude/estatisticas-processuais-de-direito-a-saude/>. Acesso em: 28 maio 2026.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Guia prático para os Temas 6 e 1234: fluxos para apreciação de concessão de medicamentos em face do Sistema Único de Saúde**. Brasília, DF: CNJ, 2025.

Disponível em: <https://bibliotecadigital.cnj.jus.br/xmlui/handle/123456789/1073>. Acesso em: 22 jun. 2026.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE. **Judicialização da saúde nos municípios: como responder e prevenir**. Brasília, DF: Conasems, 2021. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/>. Acesso em: 13 jun. 2026.

DALLARI, Sueli Gandolfi. A construção do direito à saúde no Brasil. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v. 9, n. 3, p. 9-35, nov. 2008/fev. 2009. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/13128>. Acesso em: 10 jun. 2026.

LOPES, Rafaela Cristine de Almeida. Análise do federalismo cooperativo brasileiro nas prestações de saúde pública à luz da decisão do Supremo Tribunal Federal no Tema de Repercussão Geral nº 1234. **Revista Brasileira de Filosofia e História**, [s. l.], v. 13, n. 4, p. 4562-4567, out./dez. 2024. DOI: <https://doi.org/10.18378/rbfh.v13i4.11148>. Disponível em:

<https://www.gvaa.com.br/revista/index.php/RBFH/article/view/11148>. Acesso em: 23 jun. 2026.

MATTA, Gustavo Corrêa. Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. In: MATTA, Gustavo Corrêa; PONTES, Ana Lúcia de Moura (org.). **Políticas de saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/26570>. Acesso em: 11 jun. 2026.

MENDES, Gilmar Ferreira; BRANCO, Paulo Gustavo Gonet. **Curso de direito constitucional**. 12. ed. São Paulo: Saraiva, 2017.

MENDONÇA, André. O Supremo Tribunal Federal e a responsabilidade solidária dos entes da Federação na proteção do direito fundamental à saúde. **Revista de Direito da Saúde Comparado**, São Paulo, v. 3, n. 5, p. 42-54, 2024. Disponível em: <https://periodicos.unisa.br/index.php/direitosauade/article/view/703>. Acesso em: 19 jun. 2026.

NOLETO, Mariana Brito; RAMOS, Edith Maria Barbosa. Tema 793 do Supremo Tribunal Federal: uma análise sobre lacunas e contradições. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, Brasília, DF, v. 12, n. 2, p. 93-106, abr./jun. 2023. Disponível em: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/981>. Acesso em: 18 jun. 2026.

NORONHA, José Carvalho de; LIMA, Luciana Dias de; MACHADO, Cristiani Vieira. O Sistema Único de Saúde - SUS. In: GIOVANELLA, Lúgia et al. (org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Constituição. Genebra: OMS, 1946.

RIBEIRO, José Mendes; MOREIRA, Marcelo Rasga. A crise do federalismo cooperativo nas políticas de saúde no Brasil. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. esp., p. 14-24, dez. 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042016S02>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/QDvK6vqv8rD3WkYpJFM7yKm/>. Acesso em: 23 jun. 2026.

SANTOS, Lenir. **Judicialização da saúde e Sistema Único de Saúde: desafios institucionais e federativos**. Campinas: Saberes, 2021.

SARLET, Ingo Wolfgang; FIGUEIREDO, Mariana Filchtner. Reserva do possível, mínimo existencial e direito à saúde: algumas aproximações. **Revista Brasileira de Direitos Fundamentais & Justiça**, Belo Horizonte, v. 1, n. 1, p. 171-213, out./dez. 2007. DOI: <https://doi.org/10.30899/dfj.v1i1.590>. Disponível em: <https://dfj.emnuvens.com.br/dfj/article/view/590>. Acesso em: 12 jun. 2026.

SARLET, Ingo Wolfgang; FIGUEIREDO, Mariana Filchtner. Reserva do possível, mínimo existencial e direito à saúde: algumas aproximações. **Revista de Doutrina da 4ª Região**, Porto Alegre, n. 24, jul. 2008. Disponível em: <https://bdjur.stj.jus.br/handle/2011/61269>. Acesso em: 12 jun. 2026.

VILLAS-BÔAS, Maria Elisa; CUNHA JÚNIOR, Dirley da. Modificações trazidas pelo Tema 1234 à judicialização em saúde e atuação das Defensorias Públicas. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, Brasília, DF, v. 13, n. 4, p. 57-76, out./dez. 2024. DOI: <https://doi.org/10.17566/ciads.v13i4.1295>. Disponível em:

<https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/1295>. Acesso em: 23 jun. 2026.

WANG, Daniel Wei Liang. Escassez de recursos, custos dos direitos e reserva do possível na jurisprudência do STF. **Revista Direito GV**, São Paulo, v. 4, n. 2, p. 539-568, jul./dez. 2008. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1808-24322008000200009>. Disponível em: <https://bdjur.stj.jus.br/handle/2011/103243>. Acesso em: 16 jun. 2026.

WANG, Daniel Wei Liang. Revisitando dados e argumentos no debate sobre judicialização da saúde. **Revista Estudos Institucionais**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 849-869, 2021. DOI: <https://doi.org/10.21783/rei.v7i2.650>.

Disponível em: <https://estudosinstitucionais.emnuvens.com.br/REI/article/view/650>. Acesso em: 17 jun. 2026.