



Artigo

A atuação da Defensoria Pública da União na quarta fase da judicialização da saúde no Supremo Tribunal Federal: analisando os Temas 1.234 e 6

The role of the Federal Public Defender's Office in the fourth phase of the judicialization of health in the Federal Supreme Court: analyzing Topics 1,234 and 6

La actuación de la Defensoría Pública de la Unión en la cuarta fase de la judicialización de la salud en el Tribunal Supremo Federal: análisis de los Temas 1.234 y 6

Jarbas Ricardo Almeida Cunha¹

Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, RJ.

 <https://orcid.org/0000-0001-5332-2642>

✉ jarbas.ricardo@yahoo.com.br

Edson Rodrigues Marques²

Defensoria Pública da União, Brasília, DF.

 <https://orcid.org/0009-0001-9829-3889>

✉ edson.marques@dpu.def.br

Paloma Moraes Corrêa³

Defensoria Pública da União, Rio de Janeiro, RJ.

 <https://orcid.org/0009-0005-9811-2856>

✉ palomamcorreia@yahoo.com.br

Sandra Mara Campos Alves⁴

Fundação Oswaldo Cruz, Brasília, DF.

 <https://orcid.org/0000-0001-6171-4558>

✉ smcalves@gmail.com

Resumo

Objetivo: analisar criticamente as fases de decisão da judicialização da saúde no Brasil a partir da atuação do Supremo Tribunal Federal, com destaque para o papel da Defensoria Pública da União e as recentes decisões dos Temas 1.234 e 6. **Metodologia:** foi realizada revisão de literatura de tipo narrativa, utilizando-se coleta de dados no sítio eletrônico do STF a partir da descrição de decisões judiciais, assim como revisão bibliográfico-doutrinária assistemática. **Resultados:** observou-se uma crescente tecnicidade e obstaculização ao Direito à Saúde, visto que a exigência de comprovação científica e a complexidade dos processos judiciais podem favorecer aqueles com maior acesso a

¹ Doutor em Direito, Estado e Constituição, Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil. Pesquisador em Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

² Mestre em Direito Constitucional, Instituto Brasileiro de Ensino, Desenvolvimento e Pesquisa, Brasília, DF, Brasil. Defensor Público Federal, Defensoria Pública da União, Brasília, DF, Brasil.

³ Mestre em Relações Internacionais, London School of Economics and Political Science, Londres, Inglaterra. Analista de Políticas Sociais, Defensoria Pública da União, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

⁴ Doutora em Saúde Coletiva, Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil. Docente e Pesquisadora em Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Brasília, DF, Brasil.



recursos e a informações, perpetuando a exclusão dos mais vulneráveis e dificultando a atuação da Defensoria Pública da União. **Conclusão:** urge a necessidade de uma teoria crítica aos Temas 1.234 e 6 do STF, priorizando os indivíduos em sua luta coletiva pela efetivação de seus direitos com o papel fundamental da Defensoria Pública da União.

Palavras-chave: Defensoria Pública; Judicialização da Saúde; Direito à Saúde.

Abstract

Objective: to analyse the decision-making stages of the judicialisation of public health policy in Brazil based on the actions of the Federal Supreme Court, with emphasis on the role of the Federal Public Defender's Office and the recent decisions on Themes 1,234 and 6, through a critical analysis of the excessive judicialisation of health. **Methodology:** a narrative literature review was conducted, using data collected from the STF website based on the description of judicial decisions, as well as a bibliographic-doctrinal review. **Results:** there was an observed increase in technicality and obstacles to the right to health, hindering the work of the Federal Public Defender's Office. **Conclusion:** there should be a critical theory of Themes 1,234 and 6 of the STF that prioritises individuals in their collective struggle for the realisation of their rights.

Keywords: Public Defender's Office; Judicialization of Health; Right to Health.

Resumen

Objetivo: analizar las fases de decisión de la judicialización de la política pública de salud en Brasil a partir de la actuación del Tribunal Supremo Federal, destacando el papel de la Defensoría Pública de la Unión y las recientes decisiones de los Temas 1.234 y 6, mediante un análisis crítico de la excesiva judicialización de la salud. **Metodología:** se realizó una revisión bibliográfica narrativa, utilizando datos recopilados en el sitio web del STF a partir de la descripción de decisiones judiciales, así como una revisión bibliográfica y doctrinal. **Resultados:** se observó una creciente tecnicidad y obstaculización del derecho a la salud, lo que dificulta la actuación de la Defensoría Pública de la Unión. **Conclusión:** debe existir una teoría crítica de los Temas 1.234 y 6 del STF que pueda dar prioridad a los individuos en su lucha colectiva por la efectividad de sus derechos.

Palabras clave: Defensoría Pública; Judicialización de la Salud; Derecho a la Salud.

Introdução

A judicialização da saúde no Brasil consolidou-se como um fenômeno multifacetado, envolvendo aspectos jurídicos, políticos, econômicos e sociais. Desde a promulgação da Constituição Federal de 1988, que consagrou a saúde como direito de todos e dever do Estado⁽¹⁾, o Poder Judiciário tem sido progressivamente acionado por cidadãos que buscam o fornecimento de medicamentos, tratamentos e procedimentos médicos. Esse movimento tornou-se especialmente relevante diante das falhas na implementação de políticas públicas eficazes e do subfinanciamento estrutural do Sistema Único de Saúde (SUS)⁽²⁾.

A evolução jurisprudencial do STF em matéria de saúde pode ser compreendida a partir de quatro fases⁽³⁾. A primeira, chamada de “Não-Ativismo” (1988-1996), prevalecia a ideia de que as normas constitucionais relacionadas à saúde tinham caráter programático e eficácia limitada. A segunda fase, de “Absolutização da Saúde” (1997-2003), foi marcada por conceder o direito à saúde de modo absoluto, lastreada no artigo 196 da Constituição Federal, que determina que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”⁽¹⁾.

A terceira fase (2004-2009), correspondente à “Teoria dos Custos dos Direitos”⁽⁴⁾, introduziu a ponderação entre o mínimo existencial e a reserva do possível, apresentando limites à concessão indiscriminada de tratamentos e medicamentos, equilibrando a escassez de recursos públicos com a necessidade de garantir o núcleo essencial dos direitos sociais.

E, por fim, a quarta fase (2009-2024), denominada “Medicina Baseada em Evidências” (MBE), que utiliza argumentos científicos e técnicos com base na técnica médica, auxiliada por pareceres dos Núcleos de Apoio ao Judiciário (NAT-JUS) e, hodiernamente, pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec).

Nesse contexto de judicialização do direito à saúde, a Defensoria Pública da União (DPU) emerge como instituição fundamental para o acesso à justiça pelos mais vulneráveis, atuando na assistência jurídica dos vulnerabilizados, mitigando as assimetrias informacionais e processuais inerentes ao fenômeno da judicialização e buscando garantir, em última instância, o acesso ao direito à saúde.

A Defensoria Pública da União (DPU) tem atuação robusta na judicialização da saúde, sobretudo porque se apresenta como uma forte via de acesso ao Judiciário para a população em situação de vulnerabilidade. Essa função institucional, prevista no art. 134 da Constituição Federal e disciplinada pela Lei Complementar nº 80/1994⁽⁵⁾, confere-lhe a missão de assegurar não apenas a defesa processual dos hipossuficientes, mas também a proteção e promoção dos direitos humanos, inclusive coletivamente. No entanto, a fixação dos Temas 1.234⁽⁶⁾ e 6⁽⁷⁾ pelo Supremo Tribunal Federal em 2024, inaugurando a quarta fase da judicialização, introduziu um novo patamar de dificuldades ao acesso à Justiça Constitucional, que atinge diretamente a eficácia prática da atuação da DPU e, ao fim e ao cabo, obstaculariza o acesso da população vulnerável ao direito humano à saúde.

O presente trabalho tem como objetivo principal analisar as quatro fases decisórias do Supremo Tribunal Federal (STF) no tocante ao tema da judicialização das políticas públicas de saúde, com especial destaque para a quarta fase, denominada Medicina Baseada em Evidências (MBE), permeando essa análise com a atuação da DPU.

Metodologia

A metodologia utilizada foi de natureza qualitativa e descritiva, por meio de revisão narrativa da literatura doutrinária assistemática e análise de jurisprudência^(8,9). Foram consultadas decisões do STF publicadas em seu portal oficial, bem como pareceres técnicos, normativas do Conselho Nacional de Justiça (CNJ) e artigos científicos publicados entre 2000 e 2025 nas plataformas Google Acadêmico, Scielo e portal de periódicos da CAPES.

A análise foi realizada partindo-se da evolução histórica das quatro fases da Judicialização da Saúde no STF culminando nos Temas nº 1.234 e 6 do STF, sempre por meio de revisão narrativa da literatura doutrinária e análise de jurisprudência, em cotejo com as decisões judiciais emblemáticas do Supremo sobre a matéria. Também pretendeu-se proceder a uma avaliação exploratória acerca de como a parte dispositiva da decisão judicial e sua modulação de efeitos repercutiram na prestação da assistência jurídica da DPU no âmbito do direito à saúde.

Faz-se, ao final, uma análise sobre a distância interpretativa entre o que seria um Direito à Saúde Constitucionalizado e um Direito à Saúde Judicializado, em especial sistematizando uma teoria crítica sobre os Temas nº 1.234 e 6 do STF, julgados em 2024 e que se tornaram, respectivamente, as Súmulas

Vinculantes nº 60⁽¹⁰⁾ e 61⁽¹¹⁾, ocasionando impactos relevantes sobre a temática aqui apresentada.

Resultados e discussão

O direito à saúde nas fases de decisão do Supremo Tribunal Federal (STF)

Primeira fase de decisão no STF: não-ativismo

A primeira fase de decisão do STF sobre a concretização do direito à saúde é classificada como “Não-Ativismo” visto que o primeiro julgado sobre o tema a aparecer no sítio eletrônico da Suprema Corte delonga-se em um vácuo jurisdicional de quase uma década pós-Constituição de 1988.

Desse modo, a fase do não-ativismo prolonga-se da vigência da Constituição da República em 1988, com a promulgação dos direitos fundamentais sociais, até o ano de 1997, quando o STF decide sobre a Petição 1.246/SC, que teve como relator o ministro Celso de Mello, sobre o caso de criança com doença rara – Distrofia Muscular de Duchene⁽¹²⁾. Ou seja, foram necessários quase dez anos para que um caso de judicialização da saúde chegasse à Suprema Corte.

Os principais argumentos alegados para a fase de não-ativismo do STF em relação à judicialização da saúde dizem respeito à persistente interpretação do caráter de programaticidade e de eficácia limitada das recentes normas constitucionalizadas relacionadas ao direito à saúde. O “Não-Ativismo” do STF tem seu termo na segunda metade dos anos 1990, na tentativa de se buscar uma solução para os demandantes diante da inércia do Poder Executivo na organização e implementação da política pública de saúde e, principalmente, no interesse de sanar o vácuo de atuação do poder Legislativo sobre a regulamentação do direito fundamental à saúde⁽³⁾.

Nessa primeira fase, a atuação da DPU era incipiente, na medida em que somente fora instalada, em caráter emergencial e provisório, com a Lei nº 9.020, de 30 de março de 1995⁽¹³⁾, refletindo a própria inércia do Judiciário. Sua atuação restringia-se a casos pontuais, sem uma estratégia consolidada de litigância em saúde, o que correspondia ao vácuo jurisdicional da época.

Segunda fase de decisão no STF: absolutização da saúde

Caracterizamos a segunda fase de decisão do STF como “Absolutização da Saúde”⁽¹⁴⁾. Dá causa a tal denominação o fato de que o STF concedia a imensa maioria ou basicamente todas as reivindicações jurídicas a respeito do direito constitucional à saúde sem limitar sua abrangência, absolutizando, dessa maneira, principalmente o artigo 196 da Constituição Federal, retirando-o, assim, do raio de programaticidade e de eficácia limitada em que estava inserido. Ou seja, absolutização da saúde significava conceder o direito à saúde de modo absoluto, sem relativizá-lo, incluindo a integridade normativa de seus objetivos, princípios e diretrizes constitucionalizados na Carta Política de 1988.

O STF também decide nessa fase que a concretização do direito à saúde – seja a concessão de medicamentos de alto custo ou o tratamento para uma doença rara no exterior – deveria ser efetivada com a máxima brevidade possível, independentemente da ausência de recursos financeiros para seu respectivo custeio, mesmo que tal modo de proceder onerasse todo o processo de licitação de entrega de medicamentos ou de abertura para tratamento de alta complexidade, por exemplo.

Sublinha-se que essas ações que chegavam à Suprema Corte tratavam apenas da microjustiça – demandas individuais e não coletivas⁽¹⁵⁾ –, não existindo qualquer tipo de preocupação por parte dos ministros sobre suas consequências para a política pública e, principalmente, sobre o custo da concretização desses direitos à saúde, o que denomina-se reserva do possível⁽¹⁶⁾.

A segunda fase coincidiu com a consolidação institucional da DPU como um dos principais atores na judicialização da saúde. A postura favorável do STF permitiu que a Defensoria obtivesse sucesso em uma grande quantidade de demandas individuais, tornando-se uma via crucial de acesso a medicamentos e tratamentos para a população de baixa renda. No entanto, como aponta Sant’Ana⁽¹⁷⁾, essa atuação, embora necessária, contribuiu involuntariamente para a ampliação do modelo de microjustiça, focando no caso individual, em detrimento de uma estratégia coletiva e estruturante.

Terceira fase de decisão no STF: custo dos direitos

Nesta terceira fase de decisão do STF, a Suprema Corte faz uma guinada radical nas decisões relativas ao direito à saúde no sentido de sopesar a importância do custo dos direitos, principalmente dos direitos considerados de segunda geração, ou seja, direitos que exigem prioritariamente uma contrapartida financeira do Estado para sua efetiva implementação, como é o caso do direito fundamental à saúde⁽⁴⁾. Há, a partir do ano de 2004, com o julgamento da Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental – ADPF nº 45⁽¹⁸⁾, um marco institucional sobre o limite jurídico-orçamentário para a concessão das demandas de saúde que chegam ao STF, principalmente em relação a medicamentos de alto custo e tratamentos de alta complexidade.

A ADPF nº 45 constitui-se em um *leading case* no STF não só por ser a primeira decisão sobre a teoria dos custos dos direitos, mas também por discutir a questão da inserção do Poder Judiciário na implementação de políticas públicas, dos direitos sociais e expressamente da reserva do possível e do mínimo existencial.

O ministro relator da ADPF nº 45 – Celso de Mello – inicia seu voto defendendo a atuação do STF na efetivação das políticas públicas por meio da eficácia da aplicação dos direitos econômicos, sociais e culturais, como o direito fundamental à saúde, quando houver descumprimento por parte do poder público violando a Constituição não somente de forma proposital, por meio de ação positiva do Estado, mas, principalmente, por meio de inércia governamental. Celso de Mello defende, em sua decisão, que os direitos de segunda geração são direitos fundamentais, devendo ter aplicação imediata⁽¹⁸⁾.

Mais adiante, o relator pondera que, para o Estado implementar os direitos econômicos, sociais e culturais, como o direito à saúde, necessitaria de um inescapável vínculo financeiro subordinado às possibilidades orçamentárias, não sendo possível ao ente público financiar e implementar políticas sociais sem a devida rubrica orçamentária.

Ressalva, todavia, que para o Estado desistir de cumprir com os desígnios constitucionais deverá comprovar sua argumentação baseada na reserva do possível, caso contrário, demonstrar-se-á uma grande fraude, impossibilitando, de modo ilegítimo e arbitrário, o mínimo existencial à saúde para os cidadãos contribuintes responsáveis pela sustentação do Estado.

Um fato importante é que a ADPF nº 45⁽¹⁸⁾ foi a primeira decisão na seara do Supremo em que um ministro da Corte elaborou explicitamente um critério para se averiguar o cabimento do princípio da reserva do possível. O critério sugerido lastreava-se na junção entre razoabilidade da pretensão e

disponibilidade financeira do Estado. Se ambos os elementos formadores do critério sugerido pelo ministro fossem afirmativos, comprobatórios e cumulativos (razoabilidade da pretensão + disponibilidade financeira do Estado) estaria configurada obrigação estatal em efetivar o direito demandado. Caso contrário, descaracterizaria a possibilidade do ente público de realização prática de tais direitos, no caso específico em análise, do direito fundamental à saúde.

Por fim, o ministro conclui seu voto justificando a atuação do Poder Judiciário em caso de inércia ou descumprimento das normas constitucionais – principalmente em relação aos direitos econômicos, sociais e culturais – por integrantes do Legislativo e pelo chefe do Poder Executivo, conformando sua argumentação no sentido de que não há competência de atuação absoluta nem interpretação monolítica sobre a teoria da separação dos poderes, podendo o Poder Judiciário agir para evitar que a população mais necessitada seja privada de um mínimo existencial fundamental à sua existência⁽¹⁸⁾.

A terceira fase forçou a DPU a sofisticar sua argumentação jurídica. A instituição, que teve a expansão de seus quadros com a Medida Provisória nº 301 de 2006⁽¹⁹⁾, passou a incorporar em seus pedidos a discussão sobre o mínimo existencial e a reserva do possível, buscando demonstrar a razoabilidade da pretensão e a disponibilidade orçamentária do ente público. Nesse período, a atuação da DPU tornou-se mais técnica e estratégica, desenvolvendo *expertise* na análise de demandas de medicamentos de alto custo e suas respectivas argumentações a fim de combater a ideia da insuficiência de recursos^(20,21,22).

Quarta fase de decisão no STF: medicina baseada em evidências (MBE)

A quarta fase de decisão no Supremo Tribunal Federal inicia-se com a convocação e respectivo debate entre vários atores em uma audiência pública liderada pelo ministro Gilmar Mendes no ano de 2009, e finaliza-se também com a junção entre vários representantes dos poderes Executivo, Legislativo e Judiciário que consolidam como Súmulas Vinculantes os Temas nº 1.234 e 6, julgados no ano de 2024.

Em um primeiro momento, o ministro Gilmar Mendes – na Suspensão de Tutela Antecipada–STA 175-AgR/CE⁽²³⁾, em 2010, traça cinco parâmetros basilares para determinação de decisões judiciais a respeito da judicialização da saúde: 1) existência da repartição de competências dos entes federativos com o escopo da dispensação de medicamentos, relacionando-os com a descentralização da política de assistência farmacêutica; 2) caso haja política pública que abranja a prestação de saúde pleiteada pela parte, o Judiciário então deve intervir para seu cumprimento no caso de omissões ou prestação ineficiente; 3) caso a não prestação decorra de uma omissão legislativa ou administrativa de não fornecê-la, ou de uma vedação legal à sua dispensação, deve-se observar o seguinte: se houver omissão legislativa, o registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) é condição imprescindível para o fornecimento de medicamentos; se houver omissão administrativa, o juiz deve analisar se o SUS fornece tratamento alternativo, que será privilegiado em detrimento de outros tipos à disposição; 4) caso os medicamentos e tratamentos existentes para o paciente sejam experimentais, o Estado não está obrigado a fornecê-los; 5) no caso de tratamentos e medicamentos incipientes, que em função de serem ainda muito recentes não foram ainda incluídos nos protocolos do SUS, mas já são fornecidos pela rede particular de saúde, os tratamentos podem ser determinados pela autoridade judicial, desde que seguidos de ampla instrução probatória e com reduzida possibilidade de deferimentos cautelares.

Esses cinco parâmetros foram os que orientaram os operadores do Direito à Saúde durante todos os anos posteriores em todas as instâncias do Poder Judiciário, refletindo nas seguintes condutas daqueles que precisariam de um medicamento que não constava na lista do Sistema Único de Saúde (SUS): a) obrigatoriedade de apresentação de uma negativa administrativa da farmácia pública cadastrada pelo SUS; b) preenchimento detalhado de atestado, laudo ou relatório médico justificando a necessidade inadiável do medicamento que precisava para uma (in)certa sobrevida; c) obrigatoriedade de apresentação de, no mínimo, três orçamentos atualizados de farmácias ou distribuidoras privadas para servirem como parâmetro para a solicitação de desbloqueio de verbas do Estado para a tentativa de compra da medicação; além de, por fim, d) receita atualizada.

Tais obrigações foram se radicalizando até chegar ao ápice da tecnicidade e exigência para impetração de ação, principalmente para obtenção de medicamento de alto custo comprovadamente fora da lista da Rename – Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (SUS) –, com a publicação dos recentes Temas nº 1.234 e 6 do STF, que foram consideradas Súmulas Vinculantes, respectivamente às de nº 60⁽¹⁰⁾ e 61⁽¹¹⁾.

Antes de adentrarmos mais detidamente nos Temas supracitados, é importante pontuar que o STF – ao exigir maiores parâmetros de análise e requisitos para a judicialização – apresenta como correto objetivo minar o lobby das empresas do complexo médico-farmacêutico na política pública de saúde. Porém, e aqui parafraseando Paracelso, a diferença entre o remédio e o veneno encontra-se na dose aplicada⁽²⁴⁾.

O Tema nº 1.234⁽⁶⁾ estabeleceu que medicamentos não incorporados pelo SUS, mas com registro na Anvisa, tramitarão na Justiça Federal se o tratamento anual for igual ou superior a 210 salários mínimos; que o Judiciário somente poderá analisar formalmente ato de indeferimento, não devendo se imiscuir no mérito da decisão administrativa, além de ratificar que o autor da ação é quem deve suportar o ônus de provar a eficácia e a segurança do fármaco, bem como a inexistência de substituto terapêutico no SUS.

Já o Tema nº 6⁽⁷⁾ endureceu ainda mais os requisitos para se judicializar, pois determinou que o autor da ação judicial deve comprovar que não tem recursos para comprar o medicamento, que este não pode ser substituído por outro da lista do SUS, que sua eficácia está baseada em evidências e que seu uso é imprescindível para o tratamento. E, mesmo se o autor conseguir comprovar esse primeiro estágio para acessar seu direito, a Comissão Nacional de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (Conitec) avaliaria o custo-benefício do medicamento, ou seja, se os valores despendidos pelo Estado estariam em consonância com o cálculo da sobrevida do paciente. Portanto, especificamente neste sentido, a vida humana porta um preço estabelecido e a judicialização pode ser obstaculizada pelo excesso de obrigações a serem comprovadas ao respectivo Juízo.

Esta quarta fase representa o desafio mais complexo para a DPU. Os Temas nº 1.234 e 6 do STF transferiram para o polo ativo – e, por consequência, para a DPU – um pesado ônus probatório técnico-científico. Agora, ratifica-se que não basta demonstrar a necessidade do tratamento e a hipossuficiência do autor; é imperativo comprovar com evidências robustas (meta-análises, ensaios clínicos controlados e até estatísticas) a eficácia, segurança e custo-efetividade do medicamento pleiteado, além da inexistência de alternativa terapêutica no SUS.

Essa exigência cria uma barreira epistemológica quase intransponível para o cidadão comum. A DPU, portanto, assume o papel de mediadora de capital científico, precisando articular-se com hospitais e seus respectivos médicos assistentes para produzir os pareceres e laudos exigidos pelo novo paradigma judicial. Isso exige um rearranjo institucional profundo e a alocação de recursos especializados que, muitas vezes, já são escassos^(20,21,22).

Diante desse desafio, a DPU, por meio da Portaria GABDPGF DPGU N° 1.698, de 26 de novembro de 2024⁽²⁵⁾, instituiu o Núcleo Nacional de Interiorização em Saúde (NNIS), com atribuição em pretensões de saúde de competência exclusiva da Justiça Federal nas subseções judiciárias ainda não atendidas por unidades ou núcleos regionais da DPU, justamente para atuar, na literalidade do artigo 8º da referida Portaria:

na instância administrativa ou na primeira instância judicial, nas áreas das subseções judiciárias ainda não atendidas por unidades da DPU, nas pretensões de saúde de competência exclusiva da Justiça Federal, tal como definido na decisão do STF no RE 1.366.243/SC (tema 1234 de Repercussão Geral), ou em outros precedentes vinculantes de tribunais superiores⁽²⁵⁾.

Depois dessa análise descritiva sobre a quarta fase da judicialização da saúde e sobre o papel da Defensoria Pública da União, apresentaremos uma análise crítica sobre os Temas nº 1.234 e 6 do STF.

Análise Crítica sobre os Temas nº 1.234 e 6 do STF

Os recentes Temas nº 1.234 e 6, decididos e publicados no ano de 2024 pelo Supremo Tribunal Federal e finalizando a quarta fase da Judicialização da Saúde, já se encontram como Súmulas Vinculantes, ou seja, obrigam não só a todo Poder Judiciário, mas também a toda a Administração Pública.

Nesse sentido, orientam o modelo de Medicina Baseada em Evidências (MBE) no plano jurídico e político, exigindo que o autor da ação cumpra o ônus de produzir laudos clínicos avançados, meta-análises, ensaios controlados ou estatísticas científicas para pleitear o fornecimento judicial de tecnologia médica — elementos de sofisticado capital cultural e financeiro⁽²⁶⁾.

A obrigatoriedade – pela parte autora e principal sujeito da ação judicial – de produzir prova científica robusta representa um mecanismo de alienação processual: indivíduos com menor acesso ao capital cultural (direitos, redes científicas, patrocínios) ficam sistematicamente excluídos da efetivação judicial do direito à saúde, mesmo que sejam representados por robustas instituições, como as Defensorias Públicas, que também não detêm, em seu corpo de trabalhadores, especialistas capazes de produzir documentos que possam atender aos requisitos impostos pelas referidas Súmulas. Desta forma, em vez de promoverem igualdade de proteção, os Temas nº 1.234 e 6 amplificam a desigualdade jurídica, favorecendo demandas de alta complexidade técnica e custo institucional.

Ademais, o modelo técnico-legal reforçado pelos Temas analisados reforça o caráter da microjustiça individualizada, em detrimento das demandas estruturais coletivas. Este modelo alimenta a judicialização individual dissociada das causas profundas — subfinanciamento crônico do SUS, pactuação federativa desigual, gestão precária, sobrando discursos de eficácia sem a transformação sistêmica necessária^(2, 27).

Pondera-se ainda que o direito à saúde (valor de uso) entra em tensão com os imperativos da sustentabilidade orçamentária e dos critérios fiduciários (valor de troca)⁽²⁸⁾. O dispositivo jurídico institucionaliza essa tensão como natural: decisões judiciais exigem demonstrar a relação custo-benefício, convertendo o sofrimento humano em índices de sobrevida *versus* gastos públicos — o que reduz o direito social à lógica contábil tecnicista, conforme atestam a maioria das conclusões proferidas pelos Pareceres e Notas Técnicas que validam ou não o fornecimento dos medicamentos.

A teoria crítica aplicada à saúde pública — presente na abordagem da Determinação Social da Saúde⁽²⁹⁾ e do materialismo histórico-dialético⁽³⁰⁾ — identifica a judicialização tecnicizada e individual como parte de um modelo que racionaliza direitos e restringe o acesso àqueles com maior capital cognitivo e institucional, como vemos nos Temas nº 1.234 e 6 do STF. Nesse sentido, a tecnicização judicial funciona como aparelho ideológico de Estado⁽³¹⁾, reproduzindo uma racionalidade técnica que naturaliza a austeridade estatal e legitima o controle fiscal como parâmetro de justiça.

Para superar essas desigualdades, a teoria crítica sanitária proposta aborda os seguintes pontos: a) ampliação do poder de organização coletiva: estímulo a litígios estruturais ou coletivos que envolvam representatividade ampla, em contraponto à judicialização individual; b) democratização do capital cognitivo: fortalecimento institucional das Defensorias Públicas e dos Núcleos de Apoio Jurídicos das Universidades e Organizações Comunitárias para acesso às evidências científicas exigidas; c) resistência à naturalização técnica: o Judiciário deve avaliar criticamente a lógica dos Temas nº 1.234 e 6, reconhecendo seu potencial excludente e buscando construção de técnicas jurídicas inclusivas; d) políticas redistributivas e financiamento público para confrontar os efeitos de regimes de austeridade orçamentária que reduzem a universalidade, integralidade e equidade, lastro incontornável do Sistema Único de Saúde (SUS).

Ao exigir provas técnicas de difícil produção para os hipossuficientes, os Temas nº 1.234 e 6 do STF operam uma seleção de classe dentro do Judiciário, reproduzindo a desigualdade sob o manto da legalidade. Trata-se de um caso de fetichismo jurídico⁽³²⁾, em que relações materiais de domínio se ocultam sob formas abstratas de igualdade formal.

Nesse contexto, a judicialização deve ser compreendida como resposta à falência do pacto constitucional sanitário. A atuação do STF na quarta fase desloca a centralidade do sujeito de direito para a racionalidade técnica, promovendo uma inversão que ameaça o núcleo democrático da Constituição Cidadã de 1988. A judicialização deixa de ser um instrumento de emancipação e passa a ser um mecanismo de legitimação da escassez, reproduzindo desigualdades em nome da ciência. Propõe-se que a superação desse cenário exige uma recomposição do papel do Estado na garantia do direito à saúde, com a retomada de políticas públicas universais e estruturantes, tal como no advento da Reforma Sanitária com a consolidação do SUS⁽³³⁾.

Portanto, o critério de alta exigência de comprovação médica e análise de custo da vida humana impostos pelo STF nos Temas nº 1.234 e 6 introduz uma lógica biopolítica⁽³⁴⁾ no campo da justiça sanitária. A vida passa a ser gerida com base em cálculos de produtividade e sobrevida, o que revela uma forma de governamentalidade neoliberal⁽³⁵⁾. Nesse modelo, os pobres se tornam descartáveis se seu tratamento for considerado antieconômico.

A análise crítica dos Temas nº 1.234 e 6 deve considerar o duplo papel da DPU: de um lado, como instituição operadora do direito que deve seguir as novas diretrizes; de outro, como instituição garantidora de direitos fundamentais que deve criticar e buscar superar os entraves por elas impostos.

Os Temas nº 1.234 e 6 aprofundam a distinção entre os que têm e os que não têm acesso ao "capital científico". A DPU situa-se na linha de frente do enfrentamento a essa desigualdade, apesar da falta de estrutura e pessoal, especialmente com o perfil técnico em matéria de saúde. Sua atuação vai além da representação processual; é uma atuação contramajoritária, desafiando a aplicação pura e simples de um precedente que, sob o argumento da racionalidade, pode produzir graves injustiças. A DPU tem a legitimidade para litigar com o fim de modular os efeitos desses temas em casos concretos onde a exigência de prova técnica impossibilite o acesso ao direito, argumentando pela primazia da dignidade da pessoa humana sobre a racionalidade econômica extrema^(20,21,22).

A excessiva tecnicização das demandas individuais faz com que a DPU precise repensar sua estratégia. A solução apontada pela doutrina mais recente é a migração de um modelo de litigância individual para um modelo de litigância estrutural ou coletiva, ou estabelecer mecanismos que não abandonem a tutela individual, mas que haja uma especialização na atuação coletiva, com o fortalecimento do sistema de defensores regionais de direitos humanos.

Assim, ao tempo em que ajuíza centenas de ações individuais com alto ônus probatório, a DPU também deve buscar: a) tutelas coletivas: para impor ao Estado o dever de incorporar medicamentos e tratamentos essenciais aos protocolos do SUS, com base em evidências científicas; b) fortalecer a intervenção em políticas públicas: atuar extrajudicialmente e no controle social, participando de forma ainda mais incisiva nas discussões da Conitec e dos Conselhos de Saúde; c) fortalecimento de parcerias com núcleos especializados: a DPU precisa fortalecer seus próprios núcleos especializados em saúde e estabelecer parcerias permanentes com universidades e hospitais de ensino; d) crítica ao fetichismo técnico e judicial: a DPU, em suas sustentações orais e memoriais, deve evitar a adesão acrítica ao paradigma da Medicina Baseada em Evidências (MBE). É seu papel doutrinário desvelar o fetichismo jurídico-tecnocrático⁽³²⁾ presente nos Temas citados, mostrando que por trás de conceitos aparentemente neutros como "custo-efetividade" e "evidência científica" escondem-se escolhas políticas que priorizam a contenção de gastos em detrimento de vidas humanas. A argumentação deve sempre reinscrever a discussão no campo dos direitos fundamentais, questionando quando a tecnicidade serve como véu para a negativa de um direito^(20,21,22), papel essencial de uma instituição vocacionada à proteção dos direitos humanos.

Diante desse cenário analisado, urge uma necessária e profunda reflexão sobre o direito à saúde constitucionalizado, ungido com participação popular, financiamento e universalismo e o direito à saúde judicializado, que – contraditoriamente – individualiza e restringe conquistas do SUS Constitucional.

O direito à saúde constitucionalizado e o direito à saúde judicializado: uma tensa e necessária relação

O conceito do direito à saúde em seu sentido constitucional – constitucionalizado – foi resultado de um movimento de participação democrática de ratificação e efetivação normativa do direito à saúde para toda a população brasileira, o Movimento da Reforma Sanitária, que, junto à Constituinte, inseriu os objetivos, princípios e diretrizes, tais como a universalidade e a integralidade, em um sistema universal de saúde – o Sistema Único de Saúde (SUS). Com isso, pretendeu atender a coletividade com fundos públicos assegurados por um pacto civilizatório garantido pela Ordem Social no bojo da consolidação da Seguridade Social em nossa Constituição Federal⁽³³⁾.

Em contrapartida, presenciamos, durante esses mais de trinta anos, a formação da política pública de saúde envolta em avanços, recuos e contradições, saindo de sua zona de conforto do texto constitucional para os embates da lide dos tribunais, especialmente no STF, corte máxima que influencia os órgãos da administração direta e indireta, assim como todo o Poder Judiciário e o Sistema de Justiça. Disso resultaram as quatro fases de decisão acima demonstradas, que funcionam como uma espécie de baliza conceitual para um direito à saúde judicializado.

Nesse cenário, destaca-se o papel da Defensoria Pública da União (DPU), instituição essencial à função jurisdicional do Estado⁽¹⁾, que atua na defesa dos direitos fundamentais dos necessitados, com especial atenção à saúde. A DPU tem se consolidado como uma ponte entre a microjustiça e a macrojustiça: ao mesmo tempo em que promove ações individuais para assegurar medicamentos, tratamentos ou internações a pessoas hipossuficientes, também utiliza instrumentos de tutela coletiva – como ações civis públicas, recomendações e litígios estruturais – que buscam alinhar a proteção individual ao fortalecimento do SUS. Dessa forma, sua atuação evita que a judicialização da saúde se limite a um modelo tecnicista e fragmentado, redirecionando-a para a perspectiva constitucional de universalidade e integralidade, além de conferir maior racionalidade às demandas perante o STF^(20,21,22).

Se por um lado temos um conceito formulado com participação democrática abarcando valores como universalidade, integralidade e equidade, que revelam o intuito de atingir o maior número de pessoas possível – macrojustiça – via cumprimento dos objetivos, princípios e diretrizes do SUS constitucional, por outro, temos um conceito formulado com base em critérios restritivos e tecnicistas, atendendo apenas ao indivíduo hipossuficiente demandante de um direito público subjetivo – microjustiça – lastreado em documentos de teor médico-científico balizados por instituições que têm usufruído de uma importância supraconstitucional em relação à concretização do direito à saúde.

Nesse sentido, assinala Lima⁽³⁶⁾, ao revisitar o direito à saúde entre os ideais da Constituição Federal de 1988 e o drama jurídico atual:

O fator que mais interessa aqui é que esse direito subjetivo, no âmbito da justiça como virtude, utiliza instrumentos de justiça particular comutativa (ou retributiva), na qual a distribuição é igual apenas entre indivíduos envolvidos nas trocas de bens ou mercadorias, e a qual dirige os chamados “jogos de soma zero”, ou seja, aqueles em que o resultado pertence integralmente a um vencedor, e a decisão tem, primordialmente, um caráter binário (lícito- ilícito; concessão do medicamento-não concessão) e tendem a decretar ordens cujo cumprimento é na forma tudo ou nada, que avaliam, em suma, apenas duas alternativas. Dessa forma, os direitos subjetivos afirmam-se independentemente dos deveres particulares, o que geraria uma desvinculação entre benefícios e ônus – e, assim, um caráter de potencial irresponsabilidade. **A consequência é perversa: o sujeito de um direito subjetivo fundamental pode exercê-lo contra mundum, sem que seu direito esteja condicionado ao alcance social de seu exercício; nesse compasso, a solução judicial dos conflitos vai-se deslocando da sua essência coletiva para uma forma de justiça privada** (grifo nosso)⁽³⁶⁾.

O risco que poderia surgir da fusão dos dois conceitos aqui estruturados explicita-se em um possível afastamento do conceito judicializado do direito à saúde em relação ao conceito constitucionalizado, principalmente após a publicação dos Temas nº 1.234 e 6 do STF.

Isso porque os direitos fundamentais sociais, como o direito à saúde, são compreendidos e interpretados como direitos de distribuição, direitos pertencentes a uma coletividade. Sendo assim, quando comparados com os direitos subjetivos, mostram-se distintos em sua natureza e, dessa forma, utilizam-se de remédios jurídicos igualmente diversos, os quais solicitam ações de mediação e negociação.

Portanto, os direitos sociais – como o direito constitucionalizado à saúde – foram concebidos como interesses a serem fruídos ou executados não somente de forma individual, mas prioritariamente em um sentido coletivo, e, via de regra, realizam-se pela provisão e partilha de bens comuns ou de bens escassos – daí a importância do tema dos custos dos direitos entre a reserva do possível e o mínimo existencial. Além disso, têm sua eficácia dependente da atuação concreta do Executivo e do Legislativo, por apresentarem a característica formadora de generalidade e publicidade, que, no caso da saúde, ganha contornos de universalidade e integralidade, não podendo somente aguardar por uma possibilidade de agir em Juízo^(36, 37).

Com a demonstração sistematizada da trajetória do conceito do direito à saúde, tanto em sua perspectiva constitucional quanto em sua perspectiva judicial, esperamos que o Sistema de Justiça e o Sistema de Saúde possam afinar suas concordâncias em relação à temática, uma vez que suas implicações incidem diretamente sobre a população brasileira, aproximando os dois conceitos com o escopo de fortalecimento e consolidação do SUS. Objetiva-se com isso que: a) a microjustiça individual seja inserida em um contexto de justiça coletiva, em que os direitos individuais sejam julgados inerentes à consecução de demandas coletivas; b) os critérios de justiça comutativa sejam aproximados aos critérios da justiça distributiva; c) sejam respeitados os conceitos de universalidade, integralidade e equidade – elementos caracterizadores do direito à saúde via SUS Constitucional; d) os conceitos estipulados pelo Movimento da Reforma Sanitária brasileira sirvam de parâmetro para os posteriores debates através de reclamações, doutrina e jurisprudência pós-Temas nº 1.234 e 6, visando a uma estabilidade hermenêutica.

No mesmo sentido, conforme dispõe Lima⁽³⁶⁾ em trabalho já mencionado sobre a relação entre o conceito do direito à saúde constitucionalizado e o judicializado:

[...] muito embora tenha como seu núcleo norteador o indivíduo, consegue perceber os direitos prestacionais de maneira coletivista, [...] o que exigiria uma reflexão em torno não apenas das consequências práticas das decisões judiciais sobre demandas individualizadas, como também um esforço hermenêutico da Corte em tentar definir que valores atualmente contextualizam o direito à saúde, de forma que a isonomia entre os destinatários da norma não seja maculada (grifo nosso)⁽³⁶⁾.

Portanto, a rendição do Direito à Saúde Judicializado – que infelizmente se perdeu com a radicalização da tecnicidade dos Temas nº 1.234 e 6 do STF – só se dará com a conciliação epistemológica e hermenêutica progressista com o Direito à Saúde Constitucionalizado, tal qual alertamos na análise crítica da quarta fase de decisão do STF. Nesse processo, a atuação da DPU é central, pois possibilita que a defesa individual seja compreendida em chave coletiva, resgatando os ideais da Reforma Sanitária e promovendo uma hermenêutica que reafirma o SUS como expressão do pacto civilizatório constitucional.

Considerações Finais

Evidencia-se a judicialização como resposta à ineficiência estatal, ou seja, a população recorre ao Judiciário para garantir o acesso a tratamentos não disponíveis no SUS, evidenciando falhas na política pública de saúde. Também podemos considerá-la como um controle sobre a influência do complexo médico-industrial. Porém, decisões judiciais também podem reforçar desigualdades: a exigência de comprovação científica e a complexidade dos processos judiciais podem favorecer aqueles com maior acesso a recursos e informações, perpetuando a exclusão dos mais vulneráveis, mesmo sendo estes representados pelas Defensoria Pública da União.

A trajetória decisória do STF no campo do direito à saúde ilustra o profundo desafio de compatibilizar garantias fundamentais com a realidade orçamentária e administrativa do Estado. A transição para uma fase baseada em evidências, radicalizada pelos Temas nº 1234 e 6, reflete um esforço institucional por maior racionalidade e previsibilidade. No entanto, sua implementação concreta, sem os devidos mecanismos de compensação, corre o risco de converter a judicialização de um instrumento de emancipação em um mecanismo de exclusão e legitimação da desigualdade.

Nesse cenário complexo e desafiador, a Defensoria Pública da União (DPU) reafirma seu papel como instituição nacional de direitos humanos e indispensável à concretização do Estado Democrático de Direito. Sua atuação já não se limita à mera representação processual individual; ela exige agora uma atuação multidimensional que envolve: (1) a litigância estratégica individual e coletiva; (2) a mediação de capital científico e técnico; (3) a articulação com redes de apoio acadêmico e da sociedade civil; e (4) a crítica jurídica fundamentada aos excessos tecnocráticos.

O futuro do acesso à justiça em saúde dependerá, em grande medida, da capacidade da DPU em se adaptar a esse novo paradigma, lutando dentro dele para mitigar suas consequências mais perversas e, ao mesmo tempo, litigando contra ele quando necessário, para reafirmar a primazia da vida e da dignidade humana sobre qualquer cálculo economicista. A superação dos desafios aqui expostos exige, portanto, não apenas um Judiciário mais sensível, mas também um fortalecimento institucional da Defensoria Pública, dotando-a de recursos, especialistas e legitimidade para continuar sendo a voz daqueles que, de outra forma, seriam silenciados pela tecnicidade do direito.

Referências

1. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Presidência da República. [citado em 23 set. 2025]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm
2. Cunha JRA. Saúde e Constituição: alternativas para a consolidação do SUS. Rio de Janeiro: Lumen Iuris; 2020. 380 p.
3. Cunha JRA, Farranha AC. Judicialização da Saúde no Brasil: categorização das fases decisórias a partir do Supremo Tribunal Federal e os impactos no Sistema Único de Saúde. Public Sciences & Policies [Internet]. 2022 [citado em 23 set. 2025];7(1):15-35. Disponível em: <https://doi.org/10.33167/2184-0644.CPP2021.VVIIN1/pp.15-35>
4. Holmes S, Sunstein CR. O custo dos direitos: por que a liberdade depende dos impostos. São Paulo: WMF Martins Fontes; 2019.
5. Brasil. Lei Complementar nº 80, de 12 de janeiro de 1994. Organiza a Defensoria Pública da União, do Distrito Federal e dos Territórios e prescreve normas gerais para sua organização nos Estados, e dá outras providências. Brasília, 12 jan. 1994 [citado em 05 out. 2025]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp80.htm
6. Brasil. Supremo Tribunal Federal. Tema 1234 – RE 1366243. Rel. Min. Gilmar Mendes. [citado em 23 set. 2025]. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/jurisprudenciaRepercussao/verAndamentoProcesso.asp?incidente=6335939&numeroProcesso=1366243&classeProcesso=RE&numeroTema=1234>
7. Brasil. Supremo Tribunal Federal. Tema 6 – RE 566.471/RS. Rel. Min. Marco Aurélio. Brasília, DF: STF, 2024 [citado em 23 set. 2025]. Disponível em:

<https://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=2565078>.

8. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 13ª ed. São Paulo: Hucitec, 2002.

9. Minayo MCS. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2012 [citado em 7 out. 2025];17(3):621-626. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000300007>

10. Brasil. Supremo Tribunal Federal. Súmula nº 60. Brasília, DF: STF, 2024 [citado em 05 out. 2025]. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/jurisprudencia/sumariosumulas.asp?base=26&sumula=9260>

11. Brasil. Supremo Tribunal Federal. Súmula nº 61. Brasília: STF, 2024 [citado em 05 out. 2025]. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/jurisprudencia/sumariosumulas.asp?base=26&sumula=9296>

12. Brasil. Supremo Tribunal Federal. Agravo Regimental em Petição nº 1246-1/SC. Suspensão de liminar contra o poder público. Brasília: STF; 1998 [citado em 23 set. 2025]. Disponível em: <https://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=AC&docID=325774>

13. Brasil. Lei nº 9.020, de 30 de março de 1995. Dispõe sobre a implantação, em caráter emergencial e provisório, da Defensoria Pública da União e dá outras providências. Brasília, 30 mar. 1995 [citado em 05 out. 2025]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9020.htm

14. Ribeiro KD, Vidal JP. Uma análise da produção acadêmica sobre a evolução do fenômeno da judicialização da saúde no Brasil. Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário [Internet]. 2018 [citado em 23 set. 2025];7(2):239-261. Disponível em: <https://doi.org/10.17566/ciads.v7i2.493>

15. Wang DWL. Escassez de Recursos, Custos dos Direitos e Reserva do Possível na Jurisprudência do STF. Revista Direito GV [Internet]. 2008 [citado em 23 set. 2025];4(2):539-568. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1808-24322008000200009>

16. Sarlet IW, Figueiredo MF. Reserva do possível, mínimo existencial e direito à saúde: algumas aproximações. In: Sarlet IW, Timm LB, editores. Direitos fundamentais: orçamento e “reserva do possível”. Porto Alegre: Livraria do Advogado; 2010. p. 13-50.

17. Sant’Ana RN. O Relevante Papel da Defensoria Pública na Garantia do Direito à Saúde e na Construção do SUS. Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário [Internet]. 2013 [citado em 23 set. 2025];2(2):431-434. Disponível em: <https://doi.org/10.17566/ciads.v2i2.95>

18. Brasil. Supremo Tribunal Federal. Informativo STF nº 345. Brasília, 26-30 abr. 2004 [citado em 23 set. 2025]. Disponível em: <https://www.stf.jus.br/arquivo/informativo/documento/informativo345.htm>

19. Brasil. Medida Provisória nº 301, de 29 de junho de 2006. Convertida na Lei nº 11.355, de 19 de outubro de 2006. Dispõe sobre a criação de carreiras e planos de classificação e cargos, sobre a criação de cargos na Carreira de Defensor Público da União e dá outras providências. Brasília, Presidência da República, 2006 [citado em 23 set. 2025]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11355.htm

20. Villaça CGL. O acesso à justiça nas demandas de saúde: impactos dos Temas 793 e 1234 do Supremo Tribunal Federal. Rev. DPU [Internet]. 2023 [citado em 23 set. 2025];19(19):63-87. Disponível em: <https://doi.org/10.46901/revistadadpu.i19.p63-87>

21. Villas-Bôas ME, Junior DC. Modificações Trazidas pelo Tema 1234 à Judicialização em Saúde e Atuação das Defensorias Públicas. Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário [Internet]. 2024 [citado em 23 set. 2025];13(4):57-76. Disponível em: <https://doi.org/10.17566/ciads.v13i4.1295>

22. Almeida LFL. O Julgamento do Tema 1234 pelo STF e a Evolução do Tratamento Judicial Conferido ao Tema da Judicialização da Saúde no Brasil: análise crítica acerca dos novos limites da cognição judicial e suas potenciais repercussões à luz da efetividade dos direitos sociais. Derecho y Cambio Social [Internet]. 2025 [citado em 23 set. 2025];2(79):1-22. Disponível em: <https://doi.org/10.54899/dcs.v2i2i79.138>

23. Brasil. Supremo Tribunal Federal. Agravo Regimental na Suspensão de Tutela Antecipada n. 175/CE. Relator: Min. Gilmar Mendes. Brasília, 17 mar. 2010 [citado em 23 set. 2025]. Disponível em: <https://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=AC&docID=610255>

24. Hohenheim TB. Paracelso: obras completas. Madrid: Dilema; 2016. 336 p.

25. Defensoria Pública da União. Portaria GABDPGF DPGU no 1.698, de 26 de novembro de 2024. Dispõe sobre o Núcleo Nacional de Interiorização em Saúde (NNIS) da Defensoria Pública da União, visando regulamentar a atuação centralizada para a ampliação do atendimento e o acesso à Justiça pela população vulnerável em questões de saúde na esfera federal, nos termos da Lei nº 14.726, de 17 de novembro de 2023, do Ato Conjunto DPGF/CSDPU nº 1, de 29 de fevereiro de 2024, e da decisão do STF no tema 1234 de Repercussão Geral. Brasília, 2024. [citado em 05 out. 2025]. Disponível em: <https://www.dpu.def.br/portarias/gabdpgf/2024/82474->

[portaria-gabdp-gf-dp-gu-n-1698-de-26-de-novembro-de-2024-dispoe-sobre-o-nucleo-nacional-de-interiorizacao-em-saude-nnis-da-dpu](#)

26. Bourdieu P. A Distinção: crítica social do julgamento. Porto Alegre: Zouk; 2011. 549 p.

27. Ferraz OLM. Para Equacionar a Judicialização da Saúde no Brasil. Rev. Direito GV [Internet]. 2019 [citado em 23 set. 2025];15(3):e1934. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2317-6172201934>

28. Marx K. O Capital. Vol. I. São Paulo: Ubu; 2025. 928 p.

29. Sevalho G. Determinação Social da Saúde, Complexidade, Colonialidade e Longa Duração. Cadernos de Saúde Pública [Internet]. 2024 [citado em 23 set. 2025];40(12). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT035724>

30. Marx K. Para a Crítica da Economia Política. São Paulo: Boitempo; 2024. 272 p.

31. Althusser L. Aparelhos ideológicos de Estado. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2022. 144 p.

32. Pachukanis EB. Teoria Geral do Direito e Marxismo. São Paulo: Boitempo; 2017. 224 p.

33. Paim JS. O que é o SUS. 12ª reimpressão. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2025. 93 p.

34. Foucault M. História da Sexualidade: a vontade de saber (vol.1). Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2014. 176 p.

35. Dardot P, Laval C. A nova razão do mundo: ensaio sobre a sociedade neoliberal. São Paulo: Boitempo; 2016. 212 p.

36. Lima TM. O direito à saúde revisitado: entre os ideais da Constituição de 1988 e o drama jurídico atual. Revista de Informação Legislativa [Internet]. 2014 [citado em 23 set. 2025];51(202):181-201. Disponível em: https://www12.senado.leg.br/ril/edicoes/51/202/ril_v51_n202_p181.pdf

37. Lopes JRL. Direitos sociais: teoria e prática. São Paulo: Grupo Editorial Nacional; 2006. 304 p.

Informações editoriais

Histórico

Recebido: 08/10/2025

Revisado: 10/12/2025

Aprovado: 19/12/2025

Processo de Avaliação

Avaliação por pares duplo-cego.

Avaliação por pares aberta

As opções de abertura do processo de avaliação por pares, incluindo a publicação dos pareceres, a divulgação de identidade e a interação entre autores e pareceristas, não foram disponibilizadas para este artigo.

Preprint

O manuscrito não é um *preprint*.

Verificação de similaridade

Este artigo foi submetido à verificação de similaridade textual com o software *CopySpider*.

Contribuição dos autores

J.R.A. Cunha: concepção/desenho do artigo, análise e redação, revisão crítica do conteúdo e aprovação da versão final do artigo.

E.R. Marques: redação, revisão crítica do conteúdo e aprovação da versão final do artigo.

P.M. Corrêa: redação e formatação, revisão crítica do conteúdo e aprovação da versão final do artigo.

S.M.C. Alves: redação, revisão crítica do conteúdo e aprovação da versão final do artigo.

Conflito de interesses

Três autores exercem funções editoriais na revista e, por esse motivo, declararam conflito de interesses. Esses autores não participaram de nenhuma etapa do processo editorial deste artigo, que foi conduzido de forma independente por outro editor. Os demais autores declaram não haver conflitos de interesse.

Financiamento

Não se aplica.

Aprovação ética da pesquisa

Não se aplica.

Disponibilidade dos dados de pesquisa

Não se aplica.

Declaração de uso de ferramentas de Inteligência Artificial (IA)

Não se aplica.

Equipe editorial

Editora assistente: Amanda Nunes Lopes Espiñeira Lemos

Assistentes editoriais: Danilo Silva Santos Rocha, Daphne Sarah Gomes Jacob Mendes, Maria Ester Simões Nogueira

Revisora de texto: Júlia Ribeiro Vitoriano

Publisher

Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Programa de Direito Sanitário, Brasília, DF, Brasil

Direitos Autorais

Os autores mantêm os direitos autorais sobre suas obras e concedem aos Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário (CIADS) o direito de primeira publicação.

Open Access

Este artigo é publicado em Acesso Aberto (*Open Access*), com acesso imediato, gratuito e permanente ao seu conteúdo, sem cobrança de taxas para leitura, download ou compartilhamento.

Licença de Uso

Copyright © 2026 Jarbas Ricardo Almeida Cunha, Edson Rodrigues Marques, Paloma Moraes Corrêa, Sandra Mara Campos Alves. Este artigo é licenciado sob a licença [Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional \(CC BY 4.0\)](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/), que permite o uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, desde que a autoria original e a fonte de publicação sejam devidamente citadas.



Como citar (Vancouver)

Cunha JRA, Marques ER, Corrêa PM, Alves SMC. A atuação da Defensoria Pública da União na quarta fase da judicialização da saúde no Supremo Tribunal Federal: analisando os Temas 1.234 e 6. Cad. Ibero-Am. Direito Sanit. 2026;15:e2026004. doi: [10.17566/ciads.e2026004](https://doi.org/10.17566/ciads.e2026004)