

Governança judicial da saúde e saúde suplementar A consolidação dos tribunais superiores como vetores de racionalização da judicialização

Judicial governance of healthcare and supplementary healthcare
the consolidation of higher courts as vectors for rationalizing judicialization

Renata Gonçalves Leão

Programa de Mestrado em Direitos Sociais e Processos Reivindicatórios do
Centro Universitário Instituto de Educação Superior de Brasília 

<https://orcid.org/0009-0002-3008-5773>

<http://lattes.cnpq.br/6243366568709089>

rleao@stj.jus.br

Prof. Dr. Douglas Henrique Marin dos Santos

Programa de Mestrado em Direitos Sociais e Processos Reivindicatórios do
Centro Universitário Instituto de Educação Superior de Brasília 

<https://orcid.org/0000-0003-2497-0784>

<http://lattes.cnpq.br/5475946672513033>

douglas.santos@iesb.edu.br



Artigo está licenciado sob
forma de uma licença



Attribution-NonCommercial-
NoDerivatives 4.0
International Public
License (CC BY-NC-ND 4.0)

Resumo Este artigo
investiga a judicialização
da saúde no Brasil sob a
ótica da governança
institucional e judicial,
analisando as tensões

entre a efetividade do direito à saúde e os limites impostos pelo desenho institucional do Sistema Único de Saúde (SUS) e da saúde suplementar. Parte-se da hipótese de que o Supremo Tribunal Federal e o Superior Tribunal de Justiça vêm consolidando um microsistema de governança judicial da saúde, entendido como arranjo normativo estruturado por precedentes qualificados, critérios técnico-científicos e mecanismos de uniformização decisória. O estudo examina em que medida essa atuação contribui para a racionalização da judicialização e para a internalização da medicina baseada em evidências como parâmetro jurídico. Adota-se abordagem qualitativa de natureza jurídico-dogmática, com análise de precedentes paradigmáticos proferidos entre 2008 e 2023, apoiada em dados quantitativos secundários extraídos do Relatório CNJ/Insper (2019), referentes ao período de 2008 a 2017, utilizados de forma descritiva e contextual. Conclui-se

que há um movimento de transição de um modelo fragmentado de intervenção judicial para uma estrutura progressivamente orientada por critérios técnico-institucionais, cuja consolidação depende da internalização efetiva desses parâmetros pelas instâncias ordinárias.

Palavras-chaves:

Judicialização da saúde; Governança institucional; Sistema Único de Saúde; Direito à saúde; Políticas públicas

Abstract This article examines the judicialization of healthcare in Brazil from the perspective of institutional and judicial governance, analyzing the structural tensions between the effectiveness of the right to health and the institutional constraints of the Unified Health System (SUS) and supplementary healthcare. It advances the hypothesis that the Federal Supreme Court (STF) and the Superior Court of Justice (STJ) have progressively

consolidated a microsystem of judicial governance in healthcare, structured through qualified precedents, technical-scientific criteria, and mechanisms of jurisprudential harmonization. The study assesses whether such jurisprudential coordination contributes to the rationalization of judicialization and to the incorporation of evidence-based medicine as a legal parameter. Methodologically, the research adopts a qualitative doctrinal and institutional approach, centered on the analysis of landmark precedents issued between 2008 and 2023, supported by secondary quantitative data extracted from the CNJ/Insper Report (2019), covering lawsuits filed between 2008 and 2017, used descriptively and contextually rather than for independent statistical inference. The findings suggest a gradual transition from a fragmented and emergency-driven model of judicial intervention to a more structured and technically oriented framework, whose consolidation ultimately depends on the effective internalization of these parameters by lower courts.

Keywords: Judicialization of healthcare. Institutional governance. Unified Health System (SUS). Right to health. Public policies.

1. Introdução

A judicialização da saúde no Brasil consolidou-se como fenômeno estrutural do sistema de justiça e das políticas públicas sanitárias. O crescimento expressivo das demandas judiciais envolvendo fornecimento de medicamentos, tratamentos e cobertura assistencial deslocou para o Poder Judiciário decisões tradicionalmente situadas na esfera técnico-administrativa, produzindo um rearranjo institucional com impactos diretos sobre a formulação e a execução das políticas públicas de saúde.

O problema de pesquisa que orienta este estudo consiste em examinar - e em que medida - a atuação dos tribunais superiores brasileiros tem contribuído para a racionalização da judicialização da saúde mediante a fixação de parâmetros decisórios estruturantes, ou se permanece reforçando dinâmicas fragmentadas de intervenção casuística sobre políticas públicas.

Embora a literatura jurídica tenha analisado amplamente o fenômeno sob as perspectivas da efetivação de direitos fundamentais e das restrições orçamentárias, permanece insuficientemente delimitada a dimensão institucional da coordenação jurisprudencial exercida pelas cortes superiores como mecanismo de estabilização normativa e indução de uniformidade decisória. Nesse contexto, a literatura ainda carece de um modelo analítico capaz de explicar como decisões das cortes superiores se convertem em mecanismos de coordenação institucional e produzem efeitos estruturais sobre o comportamento das instâncias ordinárias e sobre a formulação de políticas públicas sanitárias.

Parte-se da hipótese de que o Supremo Tribunal Federal e o Superior Tribunal de Justiça vêm consolidando um microsistema de governança judicial da saúde, compreendido, neste trabalho, como um arranjo normativo estruturado que opera por meio de precedentes qualificados, critérios técnico-científicos e mecanismos de uniformização decisória, produzindo efeitos sistêmicos sobre a atuação das instâncias inferiores e sobre a administração sanitária.

Para fins deste estudo, o microsistema de governança judicial é delimitado por quatro elementos constitutivos: (i) precedentes com função uniformizadora; (ii) incorporação de critérios técnico-científicos como condição decisória; (iii) mecanismos de indução institucional voltados à internalização desses parâmetros pelas instâncias inferiores; e (iv) efeitos de coordenação entre Judiciário, administração pública e agências reguladoras.

Esse microsistema não se confunde com repetição jurisprudencial, mas traduz um padrão decisório, dotado de coerência e vocação estabilizadora, capaz de influenciar tanto a formulação administrativa de políticas públicas quanto a prática adjudicatória ordinária. Trata-se, portanto, de categoria analítica que busca captar a institucionalização progressiva de parâmetros técnico-jurídicos vinculantes ou persuasivamente qualificados no âmbito da

judicialização da saúde.

A inovação teórica desta categoria reside em superar a análise da judicialização como fenômeno puramente litigioso ou casuístico para compreendê-la como um processo de regulação incremental mediado por precedentes vinculantes. Sob essa ótica, o Judiciário deixa de ser apenas o receptor de demandas individuais e passa a atuar como um agente regulador de última instância, que calibra o sistema por meio de 'gatilhos' normativos. Desloca-se o foco do litígio individual para os mecanismos de coordenação decisória, permitindo compreender a atuação das cortes superiores como forma de governança regulatória indireta.

A contribuição do estudo consiste, assim, na sistematização dessa arquitetura institucional, na demonstração empírica da assimetria entre os parâmetros fixados pelas cortes superiores e a prática decisória das instâncias ordinárias, e na proposição de uma leitura integrada da judicialização sob as categorias de governança judicial, diálogo institucional e regulação responsiva. Com isso, o estudo pretende oferecer um modelo explicativo para a racionalização da judicialização da saúde que permita identificar padrões decisórios, mecanismos de indução e limites institucionais da atuação judicial.

No plano metodológico, a pesquisa adota abordagem qualitativa de natureza jurídico-dogmática e institucional, centrada na análise interpretativa de precedentes paradigmáticos do Supremo Tribunal Federal e do Superior Tribunal de Justiça proferidos entre 2008 e 2023. Os dados quantitativos empregados possuem natureza exclusivamente secundária e foram extraídos do Relatório Analítico Propositivo "Judicialização da Saúde no Brasil", elaborado pelo Conselho Nacional de Justiça em parceria com o Insper e publicado em 2019.

O recorte empírico do relatório compreende processos distribuídos na Justiça Estadual e Federal entre 2008 e 2017, com metodologia própria de coleta e classificação das demandas a partir das classes processuais registradas nos tribunais analisados.

As estatísticas mencionadas neste artigo referem-se estritamente ao universo e à metodologia descritos no relatório, não sendo extrapoladas para períodos posteriores ou instâncias não contempladas na base original, a fim de evitar generalizações indevidas.

Os dados foram tratados de forma descritiva e contextual, com finalidade ilustrativa

e de delimitação do fenômeno, não constituindo inferência estatística autônoma nem pesquisa quantitativa propriamente dita.

Foram selecionadas decisões com efeito vinculante ou caráter paradigmático que fixaram critérios para o fornecimento de tecnologias não incorporadas ao SUS, delimitaram a responsabilidade federativa ou estabeleceram parâmetros estruturais para a cobertura assistencial na saúde suplementar. A análise qualitativa concentrou-se nos fundamentos determinantes das decisões, na estrutura argumentativa adotada, no grau de deferência às autoridades técnicas e no potencial impacto sistêmico das teses fixadas.

Sustenta-se, ao final, que a judicialização da saúde no Brasil atravessa uma transição de um modelo predominantemente fragmentado e emergencial para uma configuração progressivamente orientada por critérios técnico-institucionais definidos pelas cortes superiores. A consolidação desse microsistema de governança judicial dependerá, contudo, da internalização efetiva desses parâmetros pelas instâncias inferiores e do fortalecimento de canais institucionais estáveis de diálogo entre Judiciário, administração pública e agências reguladoras.

2. A construção de um microsistema de governança judicial

Em resposta à crise institucional e à inércia regulatória, o poder judiciário tem se engajado ativamente na construção de um microsistema de governança judicial. Essa atuação, contudo, não se limita à prolação de decisões isoladas, mas revela um movimento progressivo de coordenação jurisprudencial, no qual precedentes paradigmáticos passam a organizar o ambiente decisório do sistema de justiça e a influenciar a própria estrutura de formulação das políticas públicas sanitárias.

A noção de microsistema é empregada como categoria analítica destinada a identificar padrões decisórios recorrentes nos precedentes das cortes superiores. O foco não reside na definição abstrata do conceito, já delineada na introdução, mas na verificação de como esses precedentes passam a operar como mecanismos de coordenação institucional, especialmente quando estabelecem critérios decisórios replicáveis, reforçam a deferência a instâncias técnicas e induzem a uniformização da atuação das instâncias ordinárias.

Nesse sentido, a análise privilegia a observação de três manifestações empíricas desse processo: a fixação de testes decisórios gerais, a incorporação de parâmetros técnico-científicos como condição de deferimento e a produção de efeitos indutivos sobre o comportamento judicial e administrativo.

O diálogo institucional consiste numa teoria jurídico-constitucional que propõe a construção compartilhada da interpretação constitucional entre os Poderes do Estado – Legislativo, Executivo e Judiciário – mediante uma interação recíproca e aberta ao contraditório. Em oposição à ideia de supremacia judicial, essa abordagem valoriza a deliberação interinstitucional como instrumento de legitimação democrática do controle de constitucionalidade, incorporando mecanismos normativos e práticas participativas que promovem uma jurisdição constitucional mais permeável à sociedade (Godoy; Machado Filho, 2022, p. 117-122).

Inspirado por experiências como a canadense (Clève; Lorenzetto, 2015, p. 190-193) e aprofundado por autores como Luís Roberto Barroso (2009, p. 299) e Roberto Gargarella (2015, p. 108-109), o diálogo institucional vincula-se à democracia deliberativa. Esta, por sua vez, é um modelo político segundo o qual a legitimidade das decisões estatais depende da sua conformidade com processos de deliberação pública racional, nos quais os cidadãos participam como iguais, com liberdade de expressão, respeito mútuo e acesso às instituições (Gargarella, 2015, p. 108; Habermas, 2003, p. 112; Dworkin, 2010, p. 419). Trata-se, portanto, de uma concepção que exige não apenas a cooperação formal entre instituições, mas um genuíno engajamento decisório orientado à inclusão, à racionalidade pública e ao fortalecimento do Estado Democrático de Direito.

É nesse horizonte teórico que se inserem as decisões estruturais, compreendidas como o mecanismo jurisdicional que concretiza o diálogo institucional no plano da prática judicial. Enquanto o diálogo representa a dimensão normativa e deliberativa da cooperação entre os Poderes, as decisões estruturais configuram sua expressão operativa, ao instaurarem processos judiciais voltados à reorganização de políticas públicas e instituições em situação de inconstitucionalidade. Por meio delas, o Judiciário deixa de atuar como substituto do gestor para assumir um papel de catalisador de reformas estruturantes, promovendo soluções cooperativas e monitoradas que visam à efetividade dos direitos fundamentais.

A decisão estrutural é uma ferramenta de intervenção judicial que surge como resposta à incapacidade de instituições e políticas públicas em garantir direitos fundamentais de forma sistêmica, o que se enquadra na chamada doutrina do diálogo institucional. Diferente de uma sentença tradicional que resolve um caso individual (por exemplo, obrigar o Estado a fornecer um medicamento específico), a decisão estrutural visa reestruturar e reorganizar o funcionamento de uma instituição, órgão ou política pública inteira (como o sistema prisional, a saúde pública ou a gestão de resíduos) que se encontra em um estado de inconstitucionalidade.

Seu objetivo não é apenas remediar o passado, mas sim moldar o futuro da política pública, buscando uma solução complexa e permanente para problemas sociais crônicos. Ao fazer isso, o judiciário adota uma postura que não substitui o administrador público, mas sim estabelece parâmetros e incentiva a correção de rumos, promovendo um ambiente de responsabilidade mútua.

As decisões estruturais possuem atributos singulares que as distinguem profundamente das sentenças judiciais tradicionais. O primeiro deles é seu caráter prospectivo e processual, pois não se esgotam em uma única determinação, sendo dinâmicas e exigindo o acompanhamento contínuo da situação pelo juiz. Elas estabelecem um verdadeiro processo de mudança, com diversas etapas, prazos e metas. Além disso, a sua multilateralidade é crucial; a execução envolve ativamente múltiplos atores, como diferentes órgãos do Executivo, o Ministério Público, a sociedade civil e, por vezes, *amicus curiae* — referindo-se a uma pessoa, entidade ou organização que, mesmo não sendo parte diretamente envolvida no processo, é autorizada a intervir com o objetivo de fornecer subsídios relevantes à decisão judicial, especialmente em casos de grande impacto social ou jurídico —, buscando que a solução seja construída, idealmente, de forma cooperativa.

Este caminho nos conduz à jurisdição de implementação, na qual o juiz não apenas declara um direito, mas assume uma função de supervisão sobre o cumprimento das ordens, monitorando o processo de reforma e ajustando as determinações conforme a evolução dos fatos e as dificuldades práticas. Por fim, a flexibilidade e modulação são características essenciais, já que o judiciário frequentemente precisa modular os efeitos da decisão, estabelecendo períodos de transição ou fases de cumprimento, reconhecendo a

complexidade e os limites orçamentários e técnicos do administrador público.

Soma-se a isso a resistência política, frequentemente manifestada por meio da alegação de invasão de competência ou de limitações orçamentárias, o que pode retardar ou esvaziar a implementação das ordens judiciais. Outro obstáculo relevante reside na dificuldade de efetividade — *enforcement* — entendida como a capacidade institucional de assegurar o cumprimento concreto das determinações judiciais.

No âmbito das decisões estruturais, esse desafio assume dimensão ampliada, pois a implementação costuma exigir monitoramento contínuo, coordenação entre múltiplos órgãos e, em certos casos, a adoção de medidas coercitivas. A complexidade se intensifica quando a inércia decorre de entraves sistêmicos da própria burocracia estatal, tornando a fiscalização e a responsabilização institucional particularmente delicadas.

Embora a decisão estrutural seja vista como um mecanismo legítimo para tutelar direitos em contextos de inércia ou omissão estatal, sua aplicação é objeto de intenso debate, gerando desafios e críticas significativas, começando pelos desafios de implementação. Um dos principais reside na capacidade institucional do judiciário, que muitas vezes carece da *expertise técnica* (orçamentária, urbanística, sanitária etc.) para desenhar ou supervisionar políticas públicas complexas, havendo o risco de as ordens serem tecnicamente inviáveis ou financeiramente irrealistas.

No campo das críticas, o principal questionamento se concentra no risco à separação de poderes. A crítica mais contundente é a de que as decisões estruturais invadem a esfera de competência do Executivo e do Legislativo, que são os poderes legitimados pela eleição para definir as prioridades e a alocação de recursos — o que se convencionou chamar de *judicial review of policy*. Esse termo refere-se ao controle judicial exercido sobre escolhas políticas discricionárias feitas pelo Poder Executivo ou Legislativo, especialmente em áreas como orçamento, políticas públicas e planejamento governamental.

Entretanto, no contexto da judicialização da saúde, a atuação das cortes superiores tem revelado padrão decisório que ultrapassa a intervenção pontual e passa a operar como mecanismo de estabilização normativa. Ao fixarem critérios objetivos para o fornecimento de medicamentos não incorporados ao SUS, ao condicionarem a cobertura assistencial à comprovação de evidência científica e ao delimitarem o espaço de atuação das agências

reguladoras, os tribunais superiores introduzem racionalidade técnico-institucional no sistema decisório.

Esse movimento reduz a discricionariedade fragmentada das instâncias inferiores, induz maior deferência às autoridades técnicas — como a CONITEC e a ANS — e promove a internalização progressiva da medicina baseada em evidências como critério jurídico.

Ao contrário do controle de legalidade ou de constitucionalidade estrita, o *judicial review of policy* envolve o exame de decisões políticas substantivas, sendo frequentemente criticado por supostamente comprometer o princípio da separação dos poderes (Godoy, Machado Filho, 2022, p. 124). Levanta-se a questão da legitimidade democrática, já que juízes não são eleitos e não respondem politicamente à sociedade. Ao tomar decisões que impactam orçamentos e políticas amplas, estariam se sobrepondo à vontade popular expressa nas urnas. Conseqüentemente, a decisão judicial pode gerar um efeito contramajoritário, impondo custos ou alterando a alocação de recursos em detrimento de outras políticas, o que exige uma fortíssima justificação constitucional.

Essa perspectiva teórica encontra ressonância direta nos precedentes paradigmáticos que conformam o microsistema de governança judicial da saúde. Tanto o Tema 1234 do STF e a ADI 7265 quanto o EAREsp 1.886.929/SP e o Tema 1021 do STJ representam, em graus distintos, manifestações concretas do diálogo institucional traduzido em decisões de natureza estrutural.

No STF, a Corte não apenas solucionou um conflito individual sobre o fornecimento de medicamentos fora da lista do SUS, mas instituiu parâmetros normativos vinculantes que reorientam a atuação administrativa e judicial em todo o país.

Trata-se de decisão com inequívoco alcance sistêmico, pois redefine o modo como o SUS, a CONITEC e os tribunais interagem na formulação e execução das políticas sanitárias, consolidando critérios verificáveis e reduzindo o espaço para decisões estritamente casuísticas.

Embora o STJ tenha inicialmente buscado fixar a taxatividade do rol da ANS no julgamento do EAREsp 1.886.929/SP, o cenário regulatório foi profundamente reconfigurado pela Lei 14454/22. Esta norma estabeleceu a natureza exemplificativa do rol, determinando que a cobertura deve ser autorizada sempre que houver comprovação de eficácia científica

ou recomendações de órgãos técnicos (como a CONITEC).

Observa-se, assim, um processo de interação constitucional cooperativa entre os Poderes, no qual decisões judiciais e reação legislativa convergem para a racionalização da judicialização, revelando dinâmica coordenada e progressiva de estabilização normativa no setor da saúde, como evidenciado no julgamento da ADI 7265 pelo STF, que reafirmou a conformidade constitucional do novo regime de cobertura assistencial instituído pela Lei 14454/22.

Nesse contexto, a governança judicial não se confunde com substituição administrativa, mas configura mecanismo de indução institucional, cujo grau de consolidação dependerá da internalização efetiva desses parâmetros pelas instâncias ordinárias.

3. Fundamentos teóricos do direito à saúde

A saúde é direito de todos e dever do Estado, devendo ser garantida mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos, bem como ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (Brasil, 1988, art. 196). Trata-se de um enunciado normativo que vincula diretamente o Estado à realização de ações e entregas materiais, estruturando-se como um direito fundamental que impõe uma obrigação de fazer (ou de natureza comissiva).

A regulamentação infraconstitucional foi conferida pela Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90), que instituiu o SUS como modelo universal, descentralizado e com participação popular. Segundo Temporão et al. (2023, p. 1), o SUS promoveu avanços expressivos em indicadores como cobertura vacinal, redução da mortalidade infantil e ampliação da atenção primária. Esses resultados demonstram a concretização progressiva dos direitos sociais à luz do princípio da proibição do retrocesso. No entanto, fatores como subfinanciamento crônico, desigualdades regionais e pressão por incorporação de novas tecnologias têm dificultado a sustentabilidade do sistema.

A partir da década de 2000, o fenômeno da judicialização da saúde ganhou amplitude, suscitando controvérsias doutrinárias e desafios práticos. A atuação judicial, por

vezes descolada de critérios técnicos e epidemiológicos, tem implicado tensões entre os princípios da universalidade, equidade e integralidade, pilares estruturantes do SUS. Nesse contexto, torna-se imperativo analisar os contornos da governança judicial da saúde, compreendendo seus fundamentos, riscos e potencialidades.

Em 2019, foram ajuizadas 474.429 novas ações judiciais envolvendo demandas de saúde, conforme o Relatório *Justiça em Números 2020* (ano-base 2019), do Conselho Nacional de Justiça.. Esse volume expressivo confirma que a judicialização da saúde continua a crescer, exigindo respostas estruturadas do sistema de justiça. Esse dado é utilizado apenas para situar a persistência e a atualidade do fenômeno, sem inferência estatística e sem projeção sobre o universo empírico do relatório CNJ/Insper (2019).

3.1. O Dilema dos Direitos Prestacionais e o Mínimo Existencial

A saúde é consagrada como direito fundamental de natureza prestacional, exigindo do Estado a concretização da integralidade prevista na Lei 8.080/90. Essa integralidade pressupõe a oferta de todos os meios necessários ao cuidado, desde medidas preventivas até tratamentos de alta complexidade. Entretanto, a efetivação desse comando constitucional esbarra nos limites orçamentários e práticos da administração pública, o que demanda a construção de balizas teóricas para a exigibilidade judicial: o mínimo existencial e a reserva do possível.

O mínimo existencial decorre diretamente do princípio da dignidade da pessoa humana (art. 1º, III, CF/88), constituindo o núcleo essencial e irreduzível dos direitos sociais que o Estado deve garantir. Trata-se do patamar inafastável de proteção sem o qual se inviabiliza a própria condição de existência digna (Alexy, 2008, p. 433; Barroso, 2009, p. 247). Em matéria de saúde, essa noção demarca o ponto em que a esfera de discricionariedade administrativa cede ao imperativo constitucional, especialmente diante de situações de risco à vida.

Para que uma intervenção em saúde seja considerada viável no âmbito do SUS, é necessário que ela atenda a três critérios fundamentais: a possibilidade jurídica, fática e financeira.

A possibilidade juridicamente possível diz respeito à conformidade da demanda com a ordem normativa vigente, respeitando tanto os princípios constitucionais quanto as normas infraconstitucionais que regulam o SUS e os processos de incorporação de tecnologias em saúde (Faria, 2017, p. 118). Por outro lado, a possibilidade fática relaciona-se à comprovação científica da segurança, eficácia e efetividade da intervenção solicitada. Nesse sentido, a ausência de evidências clínicas adequadas constitui um limite jurídico e material intransponível, uma vez que o ordenamento deve tutelar um direito à saúde baseada em evidências.

Conforme sustenta Santos (2022, p.11), o direito à saúde não se perfaz em listas estáticas ou opiniões subjetivas, mas no acesso a tratamentos cujos desfechos sejam estatisticamente validados pelas melhores evidências disponíveis. Assim, o padrão-ouro científico — representado por revisões sistemáticas e ensaios clínicos randomizados — torna-se o balizador da auditabilidade das políticas públicas, garantindo que a intervenção judicial não se converta em um risco à segurança do paciente ou à sustentabilidade do sistema (Godoy, 2021, p. 129).

Essas três dimensões revelam que a reserva do possível não se opõe ao mínimo existencial, mas atua como critério de racionalidade e proporcionalidade no processo decisório. De fato, quando a prestação reclamada é inviável fática ou juridicamente, não há direito a ser assegurado, pois, como sintetiza a doutrina, “quando não há evidências, não há saúde” — e impor um tratamento sem comprovação científica afronta o próprio princípio da dignidade humana.

Nesse contexto, a judicialização da saúde desempenha papel ambíguo: ao mesmo tempo em que garante a tutela imediata de indivíduos em situações de urgência, também tensiona os princípios da universalidade e da equidade do SUS, ao realocar recursos de forma casuística e sem respaldo epidemiológico. O desafio hermenêutico consiste, portanto, em compatibilizar a exigibilidade do mínimo existencial com os limites da reserva do possível, assegurando que a efetivação do direito à saúde seja sempre pautada em critérios de evidência, legitimidade democrática e racionalidade distributiva.

3.2. O Mínimo Existencial, a Reserva do Possível e a Jurisprudência dos Tribunais Superiores

A interpretação do mínimo existencial em matéria de saúde, quando contraposta à reserva do possível, foi objeto de intenso debate jurisprudencial, especialmente no âmbito do STF e do STJ.

No STF, o Tema 6 da Repercussão Geral (RE 566.471/RS) consolidou o entendimento de que o direito à saúde não pode ser negado com base apenas em limitações orçamentárias. O Tribunal afirmou que, em casos de risco à vida e à integridade, prevalece a proteção ao mínimo existencial, cabendo ao Estado demonstrar a real inviabilidade da prestação (STF, RE 566.471/RS, Rel. Min. Celso de Mello, DJe 17.03.10). Esse julgado dialoga diretamente com a noção de reserva do possível financeiramente possível, impondo ao ente público o ônus argumentativo de comprovar a restrição material.

No Tema 793 (RE 855.178/SE), o STF enfrentou a questão da responsabilidade solidária entre os entes federados na garantia do fornecimento de medicamentos. A Corte assentou que União, Estados e Municípios podem ser demandados isolada ou conjuntamente, reforçando que a solidariedade federativa deve se submeter ao núcleo mínimo do direito à saúde (STF, RE 855.178/SE, Rel. Min. Luiz Fux, DJe 23.02.17).

O marco mais recente é o Tema 1234, em que o STF delimitou a exigibilidade judicial de medicamentos não incorporados ao SUS. A Corte reconheceu a possibilidade excepcional de fornecimento. Esse julgamento, dotado de repercussão geral, vinculou todo o Judiciário, incorporando às análises da reserva do possível não apenas o aspecto financeiro, mas também os limites jurídicos e fáticos da medicina baseada em evidências.

No STJ, a jurisprudência já havia trilhado caminho próximo. O Tema 106/STJ firmou que o fornecimento de medicamento fora da lista do SUS pode ser determinado judicialmente, desde que haja registro na ANVISA, comprovação de necessidade médica e ausência de substituto terapêutico (STJ, REsp 1657156/RJ, Rel. Min. Benedito Gonçalves, DJe 04.05.18).

Já no Tema 1021/STJ, o Tribunal assentou que os planos de saúde não podem recusar cobertura de procedimentos incluídos no rol da ANS quando houver comprovação médica de necessidade. Contudo, manteve a possibilidade de exclusão de tratamentos sem evidência científica de eficácia, reafirmando a centralidade da medicina baseada em evidências na definição do conteúdo do direito à saúde (STJ, REsp 1886929/SP, Rel. Min. Luis Felipe Salomão, DJe 23.09.21).

Dessa forma, verifica-se que o STF e o STJ caminham em direção convergente ao subordinar o núcleo essencial do direito à saúde às dimensões da reserva do possível — financeira, jurídica e fática. O histórico recente revela, contudo, uma dinâmica de diálogos institucionais e tensões entre os Poderes: após a decisão do STJ no EAREsp 1.886.929/SP, que fixou a taxatividade do rol da ANS, seguiu-se uma intensa mobilização social e jurídica via ADPFs, culminando na reação política do Parlamento com a edição da Lei 14.454/22. Esta norma restabeleceu o caráter exemplificativo do rol, diretriz que foi definitivamente chancelada pelo STF no julgamento da ADI 7265. Somado a isso, o julgamento do Tema 1234 pelo STF consolidou esse paradigma ao afirmar que o direito à saúde não subsiste fora do campo das evidências científicas, unificando a jurisprudência sob a premissa de que a efetividade das prestações depende da sua validade técnica e da sustentabilidade do sistema.

3.2.1. A Governança Judicial no SUS e o STF

No âmbito do SUS, a atuação do STF consolidou parâmetros de racionalização da judicialização, que conformam um verdadeiro microsistema de governança judicial. Três precedentes paradigmáticos podem ser destacados: Tema 6, Tema 793 e Tema 1234 da repercussão geral.

No Tema 6 (RE 566.471/RS), o STF afastou a alegação genérica de insuficiência orçamentária como fundamento para negar o direito à saúde, afirmando que, em situações de risco à vida, o mínimo existencial deve prevalecer sobre restrições financeiras (STF, RE 566.471/RS, Rel. Min. Celso de Mello, DJe 17.03.2010). Esse julgado consagrou a exigência de um ônus argumentativo qualificado por parte do Estado para demonstrar a impossibilidade de fornecimento.

Posteriormente, no Tema 793 (RE 855.178/SE), a Corte reconheceu a responsabilidade solidária dos entes federativos, permitindo ao cidadão demandar qualquer esfera da federação. A decisão reforçou a ideia de que a universalidade e a integralidade do SUS impõem obrigações compartilhadas, ainda que a organização administrativa aponte para repartição de atribuições (STF, RE 855.178/SE, Rel. Min. Luiz Fux, DJe 23.02.2017).

O marco foi o Tema 1234 (RE 1366248), em que o STF delimitou a possibilidade de fornecimento de medicamentos não incorporados às listas do SUS. A Corte condicionou a concessão judicial a três requisitos: (i) inexistência de alternativa terapêutica no SUS; (ii) comprovação de eficácia e segurança baseada em evidências científicas; e (iii) incapacidade financeira do paciente (STF, RE 1366248, Rel. Min. Roberto Barroso, j. 26.04.2023). Esse precedente representa uma inflexão hermenêutica: o direito à saúde não pode ser dissociado da medicina baseada em evidências, da racionalidade orçamentária e da equidade distributiva.

Esse esforço racionalizador visa reduzir a fragmentação causada pela justiça de emergência das instâncias inferiores, que ainda decidem com baixa referência a parâmetros técnicos da CONITEC e aos Núcleos de Apoio Técnico (NATs), como demonstram dados empíricos do CNJ/Insper.

3.2.2 A Governança Judicial na Saúde Suplementar: STJ, Rol da ANS e Regulação Responsiva

A saúde suplementar compreende o conjunto de ações e serviços prestados por entidades privadas, como operadoras de planos e seguros de saúde, que atuam de forma complementar ao SUS. Regulada pela Lei 9.656/98 e fiscalizada pela ANS, constitui um modelo assistencial privado com relevância pública, dotado de função social, sobretudo pela sua capacidade de ampliar o acesso à saúde e reduzir a pressão sobre o sistema público.

Nesse contexto, a racionalização da judicialização tem sido protagonizada pelo STJ, que detém competência para uniformizar a interpretação da legislação e definir os limites da intervenção judicial nos contratos de planos de saúde. No Tema 1034, a Corte consolidou entendimento sobre o direito de permanência de aposentados e demitidos sem justa causa em planos coletivos empresariais, condicionando esse direito ao cumprimento de requisitos legais. Com isso, o STJ busca equilibrar a proteção dos consumidores com a sustentabilidade econômica do setor, conferindo maior segurança jurídica às relações contratuais.

Também paradigmático foi o EAREsp 1.886.929/SP, no qual o STJ definiu que o rol da ANS é taxativo mitigado. A lista constitui referência obrigatória mínima para as operadoras, mas admite exceções em hipóteses específicas: (i) inexistência de substituto

terapêutico no rol; (ii) comprovação de eficácia à luz da medicina baseada em evidências; e (iii) recomendação de órgãos técnicos de reconhecida credibilidade, nacionais ou internacionais. Essa solução buscou conter a litigância em massa sem sacrificar a dignidade do beneficiário.

Sob outra perspectiva, o julgamento do EAREsp 1.886.929/SP pelo STJ representou uma tentativa de contenção da litigância em massa, ao definir, à época, que o rol da ANS possuía natureza de taxatividade mitigada. Todavia, essa orientação jurisprudencial foi prontamente superada por uma reação legislativa, materializada na Lei 14.454/22.

O diploma legal restabeleceu o caráter exemplificativo do rol de procedimentos, determinando que a cobertura deve ser autorizada sempre que houver comprovação de eficácia científica ou recomendações de órgãos técnicos de renome. Essa superação legislativa foi definitivamente chancelada pelo STF no julgamento da ADI 7265, que confirmou a constitucionalidade da norma e consolidou o modelo de saúde baseada em evidências como o critério jurídico e fático para a ampliação da cobertura assistencial, independentemente da taxatividade administrativa da agência reguladora.

No Tema 1021/STJ, a Corte estabeleceu que a recusa de cobertura de tratamento constante do rol da ANS, quando indicado pelo médico assistente, é abusiva, mas reafirmou que não há dever de custear terapias experimentais ou sem comprovação científica (REsp 1.886.929/SP, Rel. Min. Luis Felipe Salomão, DJe 23.09.21). O Tribunal, assim, reafirma a convergência com o STF no Tema 1234, segundo o qual não existe direito à saúde fora do campo das evidências.

Sob a ótica da regulação responsiva (Ayres; Braithwaite, 1992; Melo; Melo, 2022, p. 73), a jurisprudência do STJ induz comportamentos equilibrados, reforçando a autoridade técnica da ANS e, ao mesmo tempo, permitindo flexibilizações pontuais em nome da dignidade humana. Esse modelo não substitui a agência reguladora, mas dialoga com ela, incorporando suas diretrizes e corrigindo falhas eventuais.

A regulação responsiva parte da premissa de que o Estado deve intervir de forma escalonada, ascendendo em níveis de coerção apenas quando os mecanismos de autorregulação e de supervisão técnica se mostram insuficientes (Ayres; Braithwaite, 1992, p. 35-36). Nessa chamada pirâmide regulatória, o Judiciário ocupa o vértice superior — um

espaço de regulação de último recurso. Seu papel não é substituir a agência, mas corrigir falhas sistêmicas de responsividade: quando a ANS deixa de atualizar o rol de procedimentos, o STJ intervém para restaurar o equilíbrio entre proteção do consumidor e sustentabilidade do sistema (Ayres; Braithwaite, 1992, p. 40-41). A decisão no EAREsp 1.886.929/SP (2022) ilustra esse papel, funcionando como gatilho para uma reação regulatória da ANS e das operadoras, sem expropriar-lhes a competência normativa.

Assim, a taxatividade mitigada do rol da ANS deve ser lida como um instrumento de regulação responsiva, no qual a coerção judicial — exercida no topo da pirâmide — estimula ajustes internos e induz a conformidade regulatória por meio do diálogo entre os níveis da estrutura. O Judiciário atua como agente de calibração, e não de substituição, restabelecendo a responsividade do sistema e reforçando sua legitimidade técnica e democrática (Ayres; Braithwaite, 1992, p. 44-45).

Assim como no SUS, também na saúde suplementar se consolida um microsistema de governança judicial. Enquanto o STF estrutura a governança pública com base na CONITEC, o STJ molda a governança privada a partir do rol da ANS. Ambos os tribunais convergem para uma racionalização da judicialização, subordinando o direito à saúde a critérios técnicos, científicos e distributivos e reforçando a necessidade de internalização desses parâmetros nas instâncias inferiores.

Essa convergência entre os critérios da saúde pública e suplementar demonstra que, independentemente da natureza do regime jurídico — se administrativo-estatal ou regulatório-privado —, ambos os sistemas orbitam o mesmo tronco constitucional. O Direito à Saúde, enquanto garantia fundamental, constitui o núcleo comum que ampara tanto o usuário do SUS quanto o beneficiário de planos privados. Contudo, essa base compartilhada enfrenta um desafio sistêmico: a pressão de uma crise de sustentabilidade que ameaça a proibição do retrocesso social. É sob essa lente de unidade constitucional e vulnerabilidade estrutural que se deve analisar, a seguir, a arquitetura do SUS e os riscos de involução das conquistas sanitárias

3.3. A Estrutura do SUS, Seus Avanços e a Crise do Retrocesso Social

A regulamentação infraconstitucional pela Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90) institucionalizou o SUS como um modelo universal, descentralizado e com participação popular. Dados oficiais do Ministério da Saúde indicam que a cobertura populacional estimada da Estratégia Saúde da Família situa-se em torno de dois terços da população brasileira, com variações regionais significativas, o que revela desigualdades territoriais na capacidade de resposta da atenção primária.

De fato, o SUS promoveu avanços expressivos em diversos indicadores nacionais, especialmente em cobertura vacinal, expansão da atenção primária e ampliação do acesso equitativo aos serviços de saúde, confirmando seu papel como política pública estruturante de proteção social (CNJ; INSPER, 2019, p. 118-120).

O relatório destaca que o SUS se consolidou como um sistema descentralizado e responsivo às diferenças regionais e epidemiológicas, permitindo melhorias sustentadas nos indicadores de saúde coletiva e na capacidade de resposta do Estado às demandas da população.

Esses resultados evidenciam a concretização progressiva dos direitos sociais à luz do princípio da proibição do retrocesso social, na medida em que o enfraquecimento do SUS comprometeria diretamente a efetividade do direito fundamental à saúde.

Esse princípio, de extração constitucional implícita, veda ao legislador e ao administrador a desconstituição de direitos sociais e garantias fundamentais já efetivados e concretizados por políticas públicas. Sua função é impor limites jurídicos ao Estado, impedindo que patamares mínimos de bem-estar social sejam reduzidos de forma arbitrária.

Dados do Programa Nacional de Imunizações indicam queda relevante na cobertura de vacinas infantis ao longo da última década. No caso da poliomielite, por exemplo, a cobertura, que superava 90% no início dos anos 2010, caiu para patamares próximos a 70% em anos recentes, conforme registros do DATASUS. Contudo, o subfinanciamento crônico e políticas de austeridade, como a EC 95/16, configuram retrocessos indiretos que comprometem a manutenção da qualidade e do acesso, ferindo o núcleo de eficácia do direito à saúde.

A crise se expressa em dois fatores principais:

1. *Subfinanciamento Crônico e Retrocesso Social*: a EC 95/16, ao restringir o crescimento dos gastos públicos até 2036, resultou em uma perda projetada de R\$ 743 bilhões para o SUS em 20 anos. Segundo dados oficiais consolidados pelo Ministério da Saúde e por organismos internacionais, o Brasil registrou, em 2021, razão de mortalidade materna superior a 100 óbitos por 100 mil nascidos vivos, evidenciando retrocesso relevante nos indicadores de saúde coletiva.

2. *Pressão Tecnológica e Desigualdades Regionais*: a constante demanda por novas tecnologias de alto custo e a disparidade de acesso entre as regiões brasileiras continuam a desafiar a integralidade do sistema. Em 2017, os cinco estados com maior índice per capita de ações judiciais de saúde (por 100 mil habitantes) estavam no Centro-Oeste e Nordeste: Mato Grosso do Sul, Ceará, Rio Grande do Norte, Mato Grosso e Pernambuco. Evidenciado a necessidade de regulação do mercado de saúde, a fim de evitar que tratamentos de alto custo ingressem no SUS principalmente via judicialização.

Esse cenário de tensões normativas e fáticas torna imperativa a análise da governança judicial: compreender como o Poder Judiciário administra o conflito entre o mínimo existencial individual e a sustentabilidade sistêmica, garantindo universalidade, equidade e integralidade.

Em síntese, o princípio atua como uma cláusula de estabilidade material para os direitos sociais, exigindo que qualquer medida restritiva ou redutora seja devidamente justificada por razões imperiosas e devidamente compensada por medidas de igual ou maior alcance social.

A partir desse cenário de tensões normativas e fáticas, a análise da governança judicial da saúde torna-se imperativa. É preciso compreender como o Poder Judiciário tem administrado o conflito entre o mínimo existencial individualmente exigido e a manutenção da sustentabilidade do sistema, garantindo os pilares da universalidade, equidade e

integralidade.

4. A judicialização da saúde e a crise da governança judicial

O direito à saúde, ancorado na integralidade (art. 196, CF/88), tem seu conteúdo frequentemente redefinido pelo Judiciário. A judicialização tornou-se estrutural: entre 2008 e 2017, quase 500 mil ações de saúde foram ajuizadas em primeira instância, segundo o CNJ (2019). Conforme o Relatório Analítico Propositivo “Judicialização da Saúde no Brasil” (CNJ/Insper, 2019), esse quantitativo decorre de base empírica que abrange processos distribuídos na Justiça Estadual e Federal no período de 2008 a 2017, com metodologia própria de coleta e classificação por classes processuais.

Embora haja forte percepção de que os litígios se concentram no SUS, dados empíricos do CNJ demonstram que, em primeira instância, as ações contra planos e seguros de saúde (51,5%) superam aquelas contra o setor público (11,7%). Contudo, a prevalência de temas de saúde pública em grau recursal mantém a impressão de centralidade do SUS. Esse dado revela que a judicialização da saúde não é fenômeno exclusivamente público, mas atravessa de forma significativa o setor suplementar.

A distinção entre judicialização pública e suplementar, contudo, não deve ser compreendida como uma separação estanque. Os dois microsistemas — o público (SUS) e o privado (Saúde Suplementar) — são estruturalmente interdependentes, e a litigância em um frequentemente repercute sobre o outro. Estudos do CNJ (2019) e da ANS (2023) indicam que a recusa de cobertura por planos privados constitui uma das principais portas de entrada da judicialização no SUS, uma vez que o beneficiário, diante da negativa, busca atendimento ou fornecimento de medicamento diretamente na rede pública. Essa migração litigiosa não apenas pressiona o orçamento público, como distorce a lógica distributiva do SUS, que passa a financiar prestações originalmente destinadas a usuários da saúde suplementar.

Há, portanto, um efeito de retroalimentação entre os dois sistemas: a omissão ou resistência das operadoras privadas em garantir coberturas adequadas desloca a demanda para o sistema público, enquanto a jurisprudência que impõe obrigações ao SUS cria parâmetros de expectativa que também influenciam o comportamento do setor privado.

Nesse sentido, a judicialização da saúde suplementar e a judicialização pública formam microssistemas comunicantes, cuja racionalização exige abordagens integradas de governança judicial. Essa interconexão reforça o argumento central deste artigo: STF e STJ atuam como vetores de racionalização complementar — o primeiro disciplinando a governança pública e o segundo calibrando a regulação privada —, ambos buscando mitigar os efeitos descoordenados da litigância cruzada entre os sistemas.

O núcleo da judicialização pública reside na tensão entre o mínimo existencial e a gestão sistêmica. A primeira instância tem operado como uma verdadeira justiça de emergência: decisões rápidas, centradas na urgência clínica individual, frequentemente à margem da avaliação técnica de políticas públicas. Exemplo disso é o TJSP, onde mais de 74% das ações de primeira instância são julgadas procedentes, evidenciando um padrão de deferimento imediato. Tal percentual foi identificado na base de acórdãos examinada pelo relatório CNJ/Insper (2019), no recorte específico do Tribunal de Justiça de São Paulo.

A baixa utilização de parâmetros técnicos confirma o distanciamento: a CONITEC é citada em apenas 0,68% dos acórdãos de segunda instância, e os NATs em 13,9%. Conforme as Figuras 24 e 25 (p. 65–66) e as Figuras 66 e 67 (p. 136–137) do Relatório CNJ/Insper (2019), a menção à CONITEC em decisões colegiadas revela incidência estatisticamente residual no universo analisado (2008–2017), indicando reduzida internalização dos critérios técnico-científicos da política pública. Em alguns casos, há mais menções em sentenças de improcedência do que de procedência, indicando que a lógica da tutela individual imediata prevalece sobre a racionalidade sistêmica.

Esse dado empírico revela uma falha na governança judicial. A quase ausência de referência à CONITEC — órgão técnico responsável pela incorporação de tecnologias em saúde com base em evidências científicas e custo-efetividade — implica que a decisão judicial, ao desprezar tais critérios, deixa de dialogar com a política pública vigente. O resultado é uma intervenção casuística que, embora bem-intencionada, deslegitima o processo racional de formulação de políticas e enfraquece a autoridade técnica do SUS.

Do ponto de vista normativo, essa desconexão entre decisão judicial e evidência técnica compromete a equidade distributiva e a universalidade do sistema, pois recursos escassos são realocados para demandas individuais sem avaliação de impacto coletivo. Em

termos de governança, configura-se uma judicialização descoordenada, em que o Judiciário atua sem os filtros institucionais que garantem a racionalidade pública — violando, assim, o princípio da proporcionalidade e a própria ideia de justiça procedimental.

Em síntese, a baixa citação da CONITEC e dos NATs não é apenas uma questão estatística, mas um sintoma de déficit deliberativo: o Judiciário decide sem dialogar com os instrumentos de política pública baseados em evidências, substituindo a *expertise* técnica por uma racionalidade de urgência.

Essa resistência das instâncias ordinárias em internalizar os subsídios técnicos da CONITEC e dos NATJus revela que a justiça de emergência opera em um vácuo de governança, retroalimentando a fragmentação do sistema. É precisamente esse déficit de racionalidade na base que desloca a função dos Tribunais Superiores: diante da ineficácia dos mecanismos de triagem técnica no primeiro grau, o STF e o STJ deixam de ser meros revisores de legalidade para assumirem o papel de reguladores de última instância. A imposição de precedentes vinculantes, portanto, não é apenas uma escolha hermenêutica, mas uma medida de regulação responsiva necessária para estancar a erosão da sustentabilidade sistêmica causada pela judicialização descoordenada.

Essa assimetria revela o paradoxo central da governança judicial da saúde: enquanto o STF, especialmente no Tema 1234, condiciona a concessão de medicamentos não incorporados ao SUS à comprovação de eficácia científica e ausência de alternativa terapêutica, os tribunais de piso ainda decidem sem incorporar plenamente critérios de medicina baseada em evidências. Assim, a racionalização dos tribunais superiores contrasta com a irracionalidade fragmentada da justiça de base.

O CNJ tem buscado enfrentar esse desafio com a criação dos NATs e fóruns de saúde, além de iniciativas estaduais como o S-Codes em São Paulo e a Câmara de Conciliação na Bahia. Ainda assim, a governança judicial da saúde permanece um projeto em construção, em busca de maior alinhamento entre proteção individual e racionalidade coletiva.

4.1. O Mínimo Existencial em Conflito com a Gestão Sistêmica

O debate central na judicialização da saúde pública reside na tensão entre a garantia

do mínimo existencial individual e o princípio da equidade distributiva inerente a uma política de saúde universal como o SUS. No nível da primeira instância, essa tensão se manifesta na consolidação do que se pode chamar de justiça de emergência.

O foco nessas demandas de alto impacto é real. Mesmo em estados com alta litigância no setor privado, o fornecimento de medicamentos se destaca, sendo responsável pela grande maioria das demandas contra o SUS (91% das ações públicas envolvendo medicamentos). Esse percentual decorre do recorte temático realizado no relatório CNJ/Insper (2019), que identificou predominância das demandas farmacêuticas no universo analisado.

A chamada justiça de emergência expressa uma forma de atuação judicial que prioriza a urgência clínica e a narrativa individual do demandante, muitas vezes em detrimento de uma avaliação sistêmica e técnica das políticas públicas. No contexto da judicialização da saúde, essa lógica tem se institucionalizado como padrão decisório: no Tribunal de Justiça de São Paulo (TJSP), por exemplo, mais de 74% das ações de primeira instância são julgadas procedentes, evidenciando o predomínio de decisões favoráveis baseadas na lógica da tutela individual imediata.

Essa dinâmica revela um paradoxo central da governança judicial da saúde: ao mesmo tempo em que o judiciário exerce uma função de proteção de direitos fundamentais diante de omissões estatais, sua atuação individualizada e fragmentada pode comprometer a racionalidade coletiva do SUS, violando princípios como a equidade, a universalidade e a alocação eficiente de recursos.

A eficácia do litígio individual, associada à alta taxa de sucesso e à celeridade processual, retroalimenta o recurso na primeira instância de acesso a bens de saúde, enfraquecendo os canais administrativos e os mecanismos institucionais de triagem e provisão. Assim, a ausência de articulação entre a jurisdição emergencial e a governança sistêmica do SUS configura um desafio estrutural, exigindo respostas mais coordenadas e interinstitucionais.

O Anuário do Sistema de Defensorias Nacional e Regionais de Direitos Humanos da DPU (junho/2023–junho/2024) evidencia que o direito à saúde permanece entre os eixos temáticos com maior incidência de atuação institucional, especialmente em demandas

coletivas envolvendo populações vulnerabilizadas. Tal dado demonstra que a judicialização não se restringe à litigância individual atomizada, mas integra dinâmicas estruturais de acesso a políticas públicas, reforçando a necessidade de parâmetros estabilizadores e maior coordenação institucional por parte das cortes superiores.

A baixa menção aos instrumentos técnicos do SUS nas decisões judiciais é a principal evidência desse distanciamento:

- A CONITEC (Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias ao SUS), órgão técnico responsável pela avaliação de custo-efetividade e incorporação de tecnologias, é citada em apenas 0,68% do total de acórdãos de segunda instância analisados.
- Os NATs (Núcleos de Avaliação de Tecnologias da Saúde), criados dentro dos próprios tribunais para prover subsídio técnico aos magistrados, são citados em apenas 13,90% dos acórdãos de segunda instância.

Tais dados sugerem que o Judiciário, ao proferir decisões, frequentemente o faz descolado dos critérios de medicina baseada em evidências e de saúde coletiva que informam a política pública. Em alguns casos, a menção à ANVISA e à CONITEC é inclusive mais frequente em sentenças de primeira instância que negam o pedido do autor do que naquelas que o concedem (no TJSP, a CONITEC é citada em 1,38% das improcedentes, mas apenas 0,13% das procedentes).

Isso reforça a crítica de que o Judiciário, ao invés de atuar como um fiscal das falhas do SUS, age como um agente de substituição do gestor sem o devido conhecimento técnico, violando a autonomia da gestão ao priorizar o caso concreto sem ponderar o impacto sistêmico.

4.2. Os Desafios da Governança Judicial e a Busca por Racionalidade

A crescente judicialização da saúde no Brasil tem imposto desafios significativos à estrutura do sistema público e ao próprio funcionamento do Poder Judiciário. Essa realidade, marcada por demandas individuais que frequentemente tensionam os limites da política pública vigente, levou à formulação de respostas institucionais voltadas à construção de uma

governança judicial mais qualificada, racional e técnica. Essa governança busca compatibilizar a proteção judicial dos direitos fundamentais à saúde com a preservação do equilíbrio e da sustentabilidade do Sistema Único de Saúde (SUS).

Nesse cenário, o CNJ tem desempenhado papel central ao fomentar iniciativas estruturantes, como a criação dos Fóruns Nacionais de Saúde e dos Núcleos de Apoio Técnico ao Judiciário (NATs). Essas instâncias visam promover o diálogo interinstitucional e oferecer subsídios técnico-científicos às decisões judiciais, com o propósito de introduzir maior racionalidade e previsibilidade na apreciação das demandas relacionadas à saúde. Todavia, conforme apontado pelo relatório produzido em parceria entre o CNJ e o Insper, a consolidação dessas estruturas ainda se encontra em estágio desigual nos diferentes entes federativos, revelando uma institucionalização fragmentada e frequentemente dependente da atuação proativa de um número reduzido de atores estratégicos.

Além dos NATs, observa-se a emergência de outras formas de cooperação interinstitucional, materializadas por meio de Comitês Estaduais de Saúde, Procuradorias especializadas e mecanismos administrativos de triagem de demandas. Exemplos notáveis incluem o programa ACESSA SUS, no estado de São Paulo, e a Câmara de Conciliação em Saúde, na Bahia, que se destacam por viabilizar soluções extrajudiciais para casos considerados evitáveis — isto é, situações em que o objeto da demanda judicial já está contemplado na política pública vigente, mas cuja execução enfrenta entraves administrativos ou operacionais. Tais iniciativas reforçam o potencial da atuação integrada entre Poder Judiciário, Executivo e Ministério Público como estratégia para conter a judicialização excessiva e promover maior efetividade nas respostas do Estado.

No âmbito da gestão, merece destaque o desenvolvimento de ferramentas tecnológicas como o sistema S-Codes, concebido em São Paulo e posteriormente adotado por outras unidades federativas. Essa plataforma permite o monitoramento sistemático do perfil das demandas judiciais — identificando, por exemplo, os medicamentos e tratamentos mais requisitados e suas respectivas regiões de incidência — e oferece subsídios importantes para a formulação de políticas públicas mais responsivas e baseadas em evidências. Tais esforços demonstram uma tentativa do Poder Executivo de enfrentar as causas estruturais da judicialização por meio de estratégias de planejamento e correção de falhas sistêmicas

na rede pública de saúde.

Apesar dos avanços identificados, persistem obstáculos relevantes à consolidação de uma governança judicial da saúde sólida e uniforme em todo o território nacional. A heterogeneidade regional no volume e no conteúdo das demandas, a resistência de parte do Judiciário à utilização de pareceres técnicos e a persistência de práticas que ameaçam a equidade do sistema — como o sequestro de verbas públicas para cumprimento de decisões judiciais individuais — indicam que esse processo ainda se encontra em construção. Tais elementos revelam a complexidade de se articular a função contramajoritária do Judiciário, voltada à proteção de direitos individuais, com a necessidade de garantir a universalidade e a integralidade do SUS enquanto política pública estruturante.

Em síntese, a busca por racionalidade na judicialização da saúde exige não apenas mecanismos técnicos e instrumentos de gestão, mas também um compromisso contínuo com o diálogo institucional, a transparência nas decisões e a valorização do conhecimento técnico-científico. A construção de uma governança judicial efetiva dependerá, portanto, da capacidade do Estado brasileiro de promover articulações interinstitucionais duradouras, alinhadas aos princípios do SUS e à proteção dos direitos fundamentais em um contexto de restrições orçamentárias e desafios estruturais.

5. A judicialização da saúde suplementar

As demandas contra operadoras de planos de saúde também cresceram de forma exponencial, impulsionadas pela inclusão de terapias de alto custo, pela fragilidade contratual e pela morosidade da ANS em atualizar o rol de procedimentos obrigatórios. Essa inércia regulatória gerou uma terceirização involuntária do poder regulatório, transferindo ao Judiciário a função de definir a cobertura assistencial.

Nesse contexto, o STJ assumiu o papel de racionalizador. No EAREsp 1.886.929/SP, a Corte definiu que o rol da ANS é taxativo mitigado: referência mínima obrigatória para as operadoras, mas passível de flexibilização em hipóteses excepcionais, desde que haja comprovação científica de eficácia, inexistência de alternativa terapêutica e recomendação de órgãos técnicos de reconhecida credibilidade. Já no Tema 1021/STJ, fixou-se que a recusa

de cobertura de tratamento incluído no rol, quando indicado pelo médico, é abusiva, mas reafirmou-se a impossibilidade de impor terapias experimentais.

A interpretação ampliativa do rol, catalisada pela inércia administrativa, tornou-se a principal via de acesso a tratamentos, pressionando o equilíbrio atuarial das operadoras e afetando negativamente a previsibilidade das relações contratuais. Diante desse cenário, a governança judicial emerge como uma governabilidade reativa: o Judiciário não planeja, mas reage ao conflito individual gerado pela deficiência regulatória.

Operadoras em autogestão têm buscado mitigar o volume de litígios por meio de mecanismos de *compliance*, gestão de riscos e revisão de processos internos. Contudo, a insegurança regulatória persiste, mantendo abertas discussões cruciais sobre o caráter exemplificativo ou taxativo do rol, a inclusão de medicamentos milionários e as terapias de alto impacto. O desafio é reconduzir a função de racionalidade decisória para o âmbito técnico-administrativo, reservando ao Judiciário o papel de controle de legalidade e constitucionalidade.

A partir da perspectiva da regulação responsiva, o STJ pode ser compreendido como um “regulador de último recurso”, acionado quando a regulação administrativa falha em oferecer respostas adequadas às transformações tecnológicas e sociais (Melo; Melo, 2022, p. 71-73). Ao fixar a natureza taxativa mitigada do rol da ANS, o Tribunal não apenas solucionou controvérsias contratuais, mas restaurou a responsividade do sistema regulatório, forçando a ANS a revisar suas diretrizes e atualizações (Ayres; Braithwaite, 1992, p. 44-45).

Essa intervenção judicial, embora coercitiva, não rompe a lógica da pirâmide de coerção descrita por Ayres e Braithwaite (1992, p. 45-46): o Judiciário age no ápice do processo regulatório, induzindo a recomposição da autorregulação e da supervisão técnica. O que se observa, portanto, não é uma judicialização desordenada, mas uma judicialização responsiva, em que o STJ desempenha papel de calibrador da ação administrativa, mantendo o sistema de saúde suplementar em equilíbrio dinâmico entre liberdade econômica e proteção social (Baldwin; Cave; Lodge, 2012, p. 153-156).

Sob essa ótica, a atuação do STJ induz condutas equilibradas: reforça a autoridade da ANS e, ao mesmo tempo, admite flexibilizações calibradas em nome da dignidade humana (Melo; Melo, 2022, p. 88-89). Assim, consolida-se um microsistema de governança

judicial na saúde suplementar, paralelo ao do SUS, que busca harmonizar direitos individuais e sustentabilidade sistêmica.

6. Considerações finais

A investigação empreendida permite concluir que a judicialização da saúde no Brasil atravessa um momento de profunda reconfiguração institucional, transitando de uma fase de experimentalismo judicial para a consolidação de um microsistema de governança técnica e racional. Este processo é marcado por uma dialética vigorosa entre as cortes superiores e o Poder Legislativo, resultando em um modelo que busca harmonizar a proteção do mínimo existencial com a sustentabilidade sistêmica.

A análise foi orientada por abordagem qualitativa e centrada na identificação de padrões decisórios, permite sustentar que a hipótese de formação de um microsistema de governança judicial encontra respaldo empírico-interpretativo nos precedentes examinados. Tal constatação decorre não da mera repetição jurisprudencial, mas da presença de critérios decisórios replicáveis, da incorporação progressiva de parâmetros técnico-científicos e da capacidade desses precedentes de induzir comportamentos institucionais nas instâncias inferiores e na administração sanitária.

No âmbito do SUS, a jurisprudência do STF, consolidada no Tema 1234, fixou a premissa de que o direito à saúde não é absoluto nem desvinculado de evidências científicas. Ao condicionar a entrega de tecnologias não incorporadas a critérios rigorosos de eficácia, segurança e incapacidade financeira, o STF conferiu densidade normativa à reserva do possível fática, transformando a CONITEC no eixo central da racionalidade pública.

Contudo, a mudança mais drástica de paradigma operou-se na saúde suplementar. O protagonismo histórico do STJ — que culminou no julgamento do EAREsp 1.886.929/SP e na tese da taxatividade mitigada — foi superado. A edição da Lei 14.454/22 alterou a sistemática da Lei 9.656/98 para restabelecer o caráter exemplificativo do rol da ANS, desde que cumpridos os requisitos de eficácia científica ou recomendação de órgãos técnicos de renome. Esta opção legislativa foi definitivamente chancelada pelo STF no julgamento da ADI 7265, que reconheceu a constitucionalidade da ampliação da cobertura como forma de

garantir a máxima efetividade do direito à saúde e a proteção do consumidor.

Nesse novo cenário, embora a tese da taxatividade tenha sido superada, o STJ mantém seu protagonismo processual. Como última instância recursal em matéria infraconstitucional, caberá ao STJ a tarefa hercúlea de fiscalizar a aplicação fática desses novos critérios. O rigor técnico passa a ser o novo divisor de águas: a discussão não mais gravita em torno da natureza do rol (exemplificativo *ex lege*), mas sim sobre a robustez da evidência científica apresentada para superar a negativa administrativa.

Persiste, todavia, o desafio da assimetria vertical. Enquanto as instâncias superiores e o legislador convergem para uma governança baseada em evidências, a "justiça de emergência" das instâncias de piso ainda apresenta baixa internalização desses parâmetros técnicos. A baixa citação de órgãos como a CONITEC e os NATJus em sentenças de primeiro grau revela um déficit de racionalidade que compromete a equidade.

Os resultados devem ser compreendidos como evidência de tendência institucional, e não como demonstração empírica generalizável do comportamento judicial agregado. O estudo contribui, sobretudo, ao oferecer um modelo interpretativo capaz de explicar como precedentes qualificados podem operar como mecanismos de coordenação decisória e de racionalização incremental da judicialização da saúde.

Em conclusão, a governança judicial da saúde no Brasil evoluiu para um modelo de regulação responsiva e dialógica. A sustentabilidade do sistema, seja público ou privado, depende agora da capacidade do Judiciário de atuar como um calibrador técnico e não como um substituto cego do gestor. A consolidação deste microsistema exige que a racionalidade científica, agora amparada pela Lei 14.454 e pela ADI 7265, irradie para todas as instâncias, transformando a judicialização em um vetor de aperfeiçoamento das políticas públicas e de proteção consciente da dignidade da pessoa humana.

Referências

ALEXY, Robert. **Teoria dos Direitos Fundamentais**. 2. ed. São Paulo: Malheiros, 2008.

AYRES, Ian; BRAITHWAITE, John. **Responsive Regulation**: Transcending the Deregulation Debate. Oxford: Oxford University Press, 1992.

BALDWIN, Robert; CAVE, Martin; LODGE, Martin. **Understanding Regulation: Theory, Strategy, and Practice**. 2. ed. Oxford: Oxford University Press, 2012.

BARROSO, Luís Roberto. **Curso de Direito Constitucional Contemporâneo: os conceitos fundamentais e a construção do novo modelo**. São Paulo: Saraiva, 2009.

_____. **O novo direito constitucional brasileiro: contribuições para a construção teórica e prática da jurisdição constitucional no Brasil**. Belo Horizonte: Fórum, 2009.

BASE DOS DADOS. **Cobertura da Atenção Básica** (população coberta por ESF e AB). Dataset. Disponível em: <https://basedosdados.org/dataset/2cc0b275-d02a-413a-8769-7ce2785d86ae>.

Acesso em: 25.02.2026.

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. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 set. 1990.

CLÈVE, Clèmerson Merlin; LORENZETTO, Bruno Meneses. Diálogo Institucional e Controle de Constitucionalidade. **Revista Brasileira de Estudos Constitucionais – RBEC**, Belo Horizonte: Fórum, v. 9, n. 34, p. 187–205, abr./jun. 2015.

CLÈVE, Clèmerson Merlin; LORENZETTO, Lucas. O papel do Judiciário na realização dos direitos sociais: entre a democracia e o ativismo judicial. In: SARLET, Ingo Wolfgang; MARINONI, Luiz Guilherme; MITIDIERO, Daniel (orgs.). **Direitos fundamentais: estudos em homenagem ao Professor José Joaquim Gomes Canotilho**. São Paulo: Saraiva, 2015. p. 185-199.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Justiça em Números 2020** (ano-base 2019). Brasília: CNJ, 2020. Disponível em: <https://bibliotecadigital.cnj.jus.br/handle/123456789/574> Acesso em: 25.02.2026.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Soluções consensuais podem conter judicialização da saúde**. Brasília: CNJ, 22 jun. 2020. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/solucoes-consensuais-podem-conter-judicializacao-da-saude/> Acesso em: 25.02.2026.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA; INSPER. **Relatório Analítico Propositivo: Judicialização da Saúde no Brasil**. Brasília: CNJ, 2019. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br>. Acesso em: 8 out. 2025.

DATASUS, cobertura vacinal – poliomielite, 2015–2021

DEFENSORIA PÚBLICA DA UNIÃO. Defensoria Nacional de Direitos Humanos. **Anuário do Sistema de Defensorias Nacional e Regionais de Direitos Humanos**: junho de 2023 a junho de 2024. Brasília: DPU, 2024. Disponível em: <https://direitoshumanos.dpu.def.br/wp->

content/uploads/2024/08/anuario_sistema_DN_DRDH.pdf. Acesso em: 25.02.2026.

DWORKIN, Ronald. **O império do direito**. São Paulo: Martins Fontes, 2010.

EMPRESA BRASIL DE COMUNICAÇÃO (EBC). **Agência Brasil**. Brasil teve, em 2021, média de 107 mortes maternas a cada 100 mil nascimentos. 28 maio 2022. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2022-05/brasil-teve-em-2021-media-de-107-mortes-cada-100-mil-nascimentos/>. Acesso em: 25.02.2026.

FARIA, Bruno Moraes Monteiro Belém. A reserva do financeiramente possível no conteúdo normativo dos direitos sociais e o controle de constitucionalidade no Brasil. **Revista de Direito Constitucional**, v. 22, n. 1, 2017.

FUNDAÇÃO GETULIO VARGAS (FGV). Instituto de Inovação em Saúde / FGV -Direito SP. **A judicialização da saúde suplementar**: uma análise empírica da jurisprudência de 1ª e 2ª instâncias do Tribunal de Justiça de São Paulo. Rio de Janeiro/São Paulo: FGV, 2023. Disponível em: https://fgviisr.fgv.br/sites/default/files/2023-03/Relatorio-A_judicializacao_da_saude_suplementar-08.02.2023.pdf. Acesso em: 25 fev. 2026.

GARGARELLA, Roberto. **Cortes e democracia na América Latina**: um estudo institucional. Tradução de Silvana Cobucci Leite. São Paulo: Saraiva, 2015.

GARGARELLA, Roberto. **La sala de máquinas de la Constitución**: dos siglos de constitucionalismo en América Latina (1810–2010). Buenos Aires: Katz Editores, 2015.

GODOY, Miguel Gualano de; MACHADO FILHO, Roberto Dalledone. Diálogos institucionais: possibilidades, limites e o importante alerta de Roberto Gargarella. **Revista de Informação Legislativa**, v. 59, n. 233, p. 117–133, jan./mar. 2021.

HABERMAS, Jürgen. **Direito e democracia**: entre facticidade e validade. Vol. II. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 2003.

MARIANO, Cynara Monteiro. **Emenda constitucional 95/2016 e o teto dos gastos**: impactos para o Sistema Único de Saúde. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 43, n. esp. 5, p. 82–95, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/7rQxQqQ4WfZ4y5nqQqj9c7J/>. Acesso em: 25 fev. 2026.

MELO, Cristiane Derani de; MELO, Raphael Furtado de. **Regulação Responsiva e Direito Administrativo Brasileiro**. Belo Horizonte: Fórum, 2022.

MONTEIRO, Álvaro Ricardo de Souza Cruz. **A reserva do possível e a efetividade dos direitos fundamentais sociais**. Belo Horizonte: Fórum, 2015.

OMS/OPAS – **Observatório de Mortalidade Materna**, Relatório 2022.

ORTEGA, Francisco; PELE, Antonio. **O futuro do SUS e o direito à saúde no Brasil: desafios para o novo governo Lula.** The Lancet Regional Health – Americas, 2023.

TEMPORÃO, José Gomes et al. **SUS: Avanços, Desafios e Perspectivas.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2023.

Fluxo editorial/Editorial flow

Recebido em 18.02.2026

Aprovado em 04.03.2026

Publicado em 05.03.2026

Contributor Role Taxonomy (CRedit)

Renata Gonçalves Leão *Conceptualization / Investigation / Methodology / Writing – original draft*

Prof. Dr. Douglas Henrique Marin dos Santos *Supervision / Validation / Writing – review & editing*



Centro Universitário Instituto de Educação Superior de Brasília
Research Organization Registry
<https://ror.org/05t0gvw18>

A **Revista de Direito – Trabalho, Sociedade e Cidadania / Law Review - Labor, Society and Citizenship** (e-ISSN 2448-2358) adota "Publicação em Fluxo Contínuo"/"Ahead of Print" e Acesso Aberto (OA) vinculada ao Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Direitos Sociais e Processos Reivindicatórios (PPG-MPDS) do Centro Universitário Instituto de Educação Superior de Brasília (IESB) e utiliza o verificador de plágio *Similarity Check/Crossref* e visa atender às exigências das boas práticas editoriais da Iniciativa de Acesso Aberto de Budapeste (BOAI), do Comitê de Ética em Publicações (COPE), do Diretório de Periódicos de Acesso Aberto (DOAJ) e da Associação de Publicações Acadêmicas de Acesso Aberto (OASPA).

A revista possui QUALIS/CAPES B3 (2017-2020) nas áreas de Direito, Filosofia e Interdisciplinar e seus editores-chefes são filiados à Associação Brasileira de Editores Científicos (ABEC).

Está presente e conservada na Rede LOCKSS Cariniana / LOCKSS Program at Stanford Libraries e nos demais indexadores/diretórios: ABEC / CAPES Qualis / Cariniana / Crossref / CrossrefDOI / Crossref Similarity Check / Diadorim / ERIHPLUS / Google Scholar / Latindex / LatinREV / LivRe / Miguilim / Oasisbr / OpenAlex / ROAD / RVBI

Editores-Chefes


Profa. Dra. Any Ávila Assunção  **ORCID** Centro Universitário Instituto de Educação Superior de Brasília/IESB, Brasília/Distrito Federal, Brasil.

Prof. Dr. Miguel Ivân Mendonça Carneiro  **ORCID**.
Centro Universitário Instituto de Educação Superior de Brasília/IESB, Brasília/Distrito Federal, Brasil.

Editor-Associado

Prof. Dr. Phillippe Cupertino Salloum e Silva  ORCID Universidade Federal de Jataí, Programa de Pós-Graduação Mestrado Acadêmico em Direito/PPGD-UFJ, Jataí/Goiás, Brasil.

Conselho Editorial

Profa. Dra. Ada Ávila Assunção  ORCID. Universidade Federal de Minas Gerais/UFMG, Belo Horizonte/Minas Gerais, Brasil.


Prof. Dr. Alexandre de Souza Agra Belmonte  ORCID. Centro Universitário Instituto de Educação Superior de Brasília/IESB. Tribunal Superior do Trabalho/ TST, Brasília/Distrito Federal, Brasil.

Prof. Dr. Alcian Pereira de Souza  ORCID. Universidade do Estado do Amazonas/UEA, Manaus/Amazonas, Brasil.

Prof. Dr. Alex Sandro Calheiros de Moura  ORCID. Universidade de Brasília/UnB, Brasília, Brasil.

Prof. Dr. Alysson Leandro Barbate Mascaro  ORCID. Universidade de São Paulo/USP, São Paulo/São Paulo, Brasil.

Prof. Dr. Antônio Escrivão Filho  ORCID. Universidade de Brasília/UnB, Brasília/Distrito Federal, Brasil.

Prof. Dr. Arnaldo Sampaio de Moraes Godoy  ORCID. Centro Universitário Instituto de Educação Superior de Brasília/IESB, Brasília/Distrito Federal, Brasil.

Prof. Dr. Augusto César Leite de Carvalho  ORCID. Centro Universitário Instituto de Educação Superior de Brasília/Tribunal Superior do Trabalho/TST, Brasília/Distrito Federal, Brasil.

Prof. Dr. Diogo Palau Flores dos Santos.  ORCID. Escola da Advocacia Geral da União/AGU, Brasília/Distrito Federal, Brasil.


Prof. Dr. Douglas Alencar Rodrigues  ORCID. Centro Universitário Instituto de Educação Superior de Brasília/Tribunal Superior do Trabalho/TST, Brasília/Distrito Federal, Brasil.


Prof. Dr. Márcio Evangelista Ferreira da Silva  ORCID. Centro Universitário Instituto de Educação Superior de Brasília/IESB, Tribunal de Justiça do Distrito Federal e dos Territórios/JDFT, Brasília/Distrito Federal, Brasil.


Prof. Dr. Paulo José Leite de Farias  ORCID Escola Superior do Ministério Público da União, Brasília/Distrito Federal, Brasil.


Prof. Dr. Ulisses Borges de Resende  ORCID. Centro Universitário Instituto de Educação Superior de Brasília, Brasília/Distrito Federal, Brasil.


Prof. Dr. Newton de Oliveira Lima  ORCID. Universidade Federal da Paraíba/UFPB, João Pessoa/Paraíba, Brasil.

Prof. Dr. Rodolfo Mário Veiga Pamplona Filho  ORCID. Universidade Federal da Bahia/UFBA, Salvador/Bahia, Brasil.

Prof. Dr. Rodrigo Duarte Fernando dos Passos  ORCID. Universidade Estadual Paulista/UNESP, Marília/São Paulo, Brasil.


Prof. Dr. Siddharta Legale  ORCID. Universidade Federal do Rio de Janeiro/UFRJ, Rio de Janeiro/Rio de Janeiro, Brasil.

Prof. Dr. Sílvio Rosa Filho  ORCID. Universidade Federal de São Paulo/UNIFESP, Guarulhos/São Paulo, Brasil.

Prof. Dr. Tiago Resende Botelho  ORCID. Universidade Federal da Grande Dourados/UFGD, Dourados/Mato Grosso do Sul, Brasil.

Profa. Dra. Yara Maria Pereira Gurgel  ORCID. Universidade Federal do Rio Grande do Norte/UFRN, Natal/Rio Grande do Norte, Brasil.

Conselho Consultivo Internacional

Fabio Petrucci , Università degli Studi di Roma *La Sapienza*.

Federico Losurdo  ORCID, L'Università degli Studi di Urbino Carlo Bo

Giorgio Sandulli, Università degli Studi di Roma *La Sapienza*.

Guilherme Dray  ORCID, Universidade Nacional de Lisboa.

Joaquín Perez Rey  ORCID, Universidad de Castilla lá Mancha.

Corpo de Pareceristas (2024-atual)


Prof. Dr. Antônio Escrivão Filho  ORCID. Universidade de Brasília/UnB, Brasília/Distrito Federal, Brasil.


Prof. Dr. Eduardo Xavier Lemos  ORCID. Universidade de Brasília - UnB, Brasília/Distrito Federal, Brasil.

Prof. Dr. Fernando Nascimento dos Santos  ORCID. Universidade de Brasília - UnB, Brasília/Distrito Federal, Brasil.

Prof. Dr. Guilherme Camargo Massau  ORCID. Universidade Federal de Pelotas - UFPEL, Pelotas/Rio Grande do Sul, Brasil.

Prof. Dr. Guilherme Machado Siqueira  ORCID. GCrim/Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro/Rio de Janeiro, Brasil.

Prof. Dr. Lucas Barreto Dias  ORCID. Universidade Estadual do Ceará/UEC, Ceará/Fortaleza, Brasil.

Prof. Dra. Núbia Regina Moreira  ORCID. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia/UESB, Jequié/Bahia, Brasil.

Prof. Dr. Raúl de Miguel Benjamim Jofrisse Nhamitambo, Universidade Pedagógica de Maputo, Moçambique, África.

Prof. Dr. Wagner Teles de Oliveira  ORCID, Universidade Estadual de Feira de Santana, Bahia, Brasil.

Prof. Dr. Williem da Silva Barreto Júnior  ORCID Faculdade de Tecnologia e Ciências/Centro Universitário Excelência, Salvador/Bahia, Brasil.

Apoio Técnico

Setor de TI do Centro Universitário Instituto de Educação Superior de Brasília.

A Revista está presente e preservada em:



Nacionais



Internacionais

PRESERVED WITH

