

UNIVERSIDADE NOVE DE JULHO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU
DOUTORADO EM DIREITO

CRISTIAN DAVID GONÇALVES

**MEDIAÇÃO FRATERNA E FEDERALISMO COOPERATIVO DIGITAL: UM
NOVO OLHAR PARA A DESJUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE NO SUS E NA
SAÚDE SUPLEMENTAR**

SÃO PAULO

2026

CRISTIAN DAVID GONÇALVES

**MEDIAÇÃO FRATERNA E FEDERALISMO COOPERATIVO DIGITAL: UM
NOVO OLHAR PARA A DESJUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE NO SUS E NA
SAÚDE SUPLEMENTAR**

Tese apresentada à Banca Examinadora do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Direito da Universidade Nove de Julho – UNINOVE, como exigência parcial para obtenção do título de Doutor em Direito na Área de Concentração Direito Empresarial: Estruturas e Regulação, sob a orientação do Prof. Dr. Reynaldo Soares da Fonseca

São Paulo

2026

Gonçalves, Cristian David.

Mediação fraterna e federalismo cooperativo digital: um novo olhar para a desjudicialização da saúde no SUS e na saúde suplementar. / Cristian David Gonçalves. 2026.

253 f.

Tese (Doutorado)- Universidade Nove de Julho - UNINOVE, São Paulo, 2026.

Orientador (a): Prof. Dr. Reynaldo Soares da Fonseca.

1. Direito à saúde. 2. Desjudicialização. 3. Constitucionalismo fraternal. 4. Federalismo cooperativo digital. 5. Mediação fraterna integrativa cooperativa digital.

I. Fonseca, Reynaldo Soares da. II. Título

CDU 34

CRISTIAN DAVID GONÇALVES
**MEDIAÇÃO FRATERNA E FEDERALISMO COOPERATIVO DIGITAL: UM NOVO OLHAR
PARA A DESJUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE NO SUS E NA SAÚDE SUPLEMENTAR**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Direito da Universidade Nove de Julho como parte das exigências para a obtenção do título de Doutor em Direito.

São Paulo, 30 de abril de 2026.

BANCA EXAMINADORA

Reynaldo Soares da Fonseca:M001396 Assinado de forma digital por
Reynaldo Soares da
Fonseca:M001396
Dados: 2026.04.30 15:10:27 -03'00'

Prof. Dr. Reynaldo Soares da Fonseca
Orientador



Documento assinado digitalmente
MARCELO NAVARRO RIBEIRO DANTAS
Data: 01/05/2026 15:53:15-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof. Dr. Marcelo Navarro Ribeiro Dantas
Examinador Interno
UNINOVE

Prof. Dr. Valter Shuenquener de Araújo
Examinadora Interna UNINOVE



Documento assinado digitalmente
CLARA CARDOSO MACHADO JABORANDY
Data: 30/04/2026 15:57:14-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof. Dr. Clara Cardoso Machado Jaborandy
Examinador Externo
UNIT SE

Prof. Dr. Gabriel Benedito Issaac Chalita
Examinadora Externa
PUC SP

GABRIEL BENEDITO
ISSAAC
CHALITA:126457628 Assinado de forma digital por
GABRIEL BENEDITO ISSAAC
CHALITA:12645762859
Dados: 2026.05.01 13:53:57
-03'00'

AGRADECIMENTOS

Posso dizer que para chegar até aqui longo percurso foi percorrido e que só foi permitido porque Deus está no comando, me guiando em cada passo, e porque tenho ao meu lado pessoas que amam incondicionalmente, cujo apoio e generosidade não faltaram nos momentos mais difíceis.

Agradeço a minha família, a minha filha Luisa e a minha companheira incondicional de todas as horas, Jamili Simões, cujo amor impulsiona em mim a busca pelo melhor e uma vida acadêmica de exemplo e inspiração. Agradeço o amor, a paciência e generosidade nos momentos mais desafiadores.

Agradeço imensamente ao meu professor orientador, Reynaldo Soares da Fonseca, por quem tenho profunda admiração e carinho e cuja generosidade intelectual fora imprescindível nesses 3 anos de doutorado. Existem pessoas que surgem em nossas vidas para fazer a diferença e nos provocar a sair de nossas zonas de conforto, enfrentar o desconhecido e partir sem medo em um processo de criação intelectual e mudança de olhar, que no meu caso foi o Prof. Reynaldo, ao me apresentar uma perspectiva fraterna que fez sentido em tudo.

Agradeço carinhosamente aos meus amigos e companheiros de pesquisa e docência.

Agradeço a todos professores que contribuíram com meu engrandecimento: Samantha Meyer, Marcelo Benacchio, Marcelo N. R. Dantas, Paulo D. Moura Ribeiro, Valter Shuenquener, André Mendonça, Gabriel Chalita, Wilson Levy, José F. Vidal, Maurício Adeodato, Luciana Temer, Guilherme Campos, Clara Machado Jaborandy entre outros.

O Doutorado foi um desafio constante, mas que muito me engrandeceu. Pesquisar, escrever, pensar, repensar, significar, ressignificar, enfim, buscar soluções para transformar vidas para o bem é o que me moveu e sempre me moverá.

Que o amor possa sempre me guiar e ser o meu motivo primeiro para acordar e fazer a diferença todos os dias!

Muito obrigado.

Cristian David Gonçalves.

“Pensar o passado, para compreender o presente, e idealizar o futuro.”

Heródoto.

“se tentares viver de amor, perceberás que, aqui na terra, convém fazeres a tua parte. A outra, não sabes nunca se virá, e não é necessário que venha. Por vezes, ficarás desiludido, porém jamais perderás a coragem, se te convenceres de que, no amor, o que vale é amar...”

Chiara Lubich

"A utopia está lá no horizonte. Me aproximo dois passos, ela se afasta dois passos. Caminho dez passos e o horizonte se desloca dez passos. Por mais que eu caminhe, jamais a alcançarei. Para que serve a utopia? Serve para isso: para que eu não deixe de caminhar".

Eduardo Galeano

RESUMO

A presente tese investiga o fenômeno da judicialização da saúde no Brasil, que atingiu dimensões alarmantes com 682.468 novas ações em 2025 e crescimento de 94,42% entre 2020-2025, gerando impactos orçamentários significativos sobre entes federados e operadoras de planos de saúde. Diante da insuficiência das respostas institucionais tradicionais (CONITEC, NAT-jus, Resoluções do CNJ e Câmaras de Resolução em Saúde), propõe-se "novo olhar" para a desjudicialização fundamentado no resgate da fraternidade como princípio constitucional capaz de fundamentar relações interfederativas, interinstitucionais e público-privadas, baseadas na cooperação - federalismo fraternal; na mediação como expressão da fraternidade aplicada à resolução de conflitos em saúde, viabilizando construções consensuais que privilegiam diálogo e autonomia das partes; e consubstanciada no federalismo cooperativo digital, conceito desenvolvido a partir do Tema 1234 do STF (2023), que incorpora tecnologias disruptivas como elemento estruturante da coordenação colaborativa mediante plataforma nacional integrada. De forma inovadora, a tese apresenta o conceito de Mediação Fraternal Integrativa Cooperativa Digital, como modelo integrado que articula fraternidade, mediação e infraestruturas tecnológicas, considerando a interdependência sistêmica entre o SUS e a saúde suplementar, apresentando, empiricamente, estudo de caso da Câmara de Mediação em Direito da Saúde de Guarulhos/SP (CAMEDS), para avaliar a aplicação teórica, os resultados existentes e avanços possíveis. Inserindo-se na área de concentração Direito Empresarial: Estruturas e Regulação, a investigação adota abordagem integrativa que reconhece a interdependência entre SUS e saúde suplementar. A metodologia articula pesquisa teórico-normativa com estudo empírico, contribuindo para teoria do federalismo, direito sanitário, empresarial e estudos sobre tecnologia e sociedade. A tese demonstra que a desjudicialização demanda transformações que transcendem soluções meramente técnicas, exigindo fundamentação principiológica constitucional na fraternidade, adoção de métodos consensuais de mediação e infraestruturas digitais que viabilizem governança colaborativa integrativa em ambiente de complexidade, pluralidade de atores e interdependência sistêmica característicos dos sistemas de saúde contemporâneos, contribuindo assim para a realização constitucional de uma sociedade verdadeiramente justa e fraterna.

Palavras – chave: Direito à Saúde; Desjudicialização; Constitucionalismo Fraternal; Federalismo Cooperativo Digital; Mediação Fraternal Integrativa Cooperativa Digital.

ABSTRACT

This thesis investigates the judicialization of healthcare in Brazil, which has reached alarming dimensions with 682,468 new lawsuits in 2025 and a 94.42% increase between 2020-2025, generating significant budgetary impacts on federal entities and health insurance operators. Given the insufficiency of traditional institutional responses (CONITEC, NAT-jus, CNJ Resolutions, and Health Resolution Chambers), this research proposes a "new perspective" for dejudicialization grounded in the revival of fraternity as a constitutional principle capable of establishing interfederative, interinstitutional, and public-private relationships based on cooperation—fraternal federalism; mediation as an expression of fraternity applied to healthcare conflict resolution, enabling consensual constructions that prioritize dialogue and party autonomy; and embodied in digital cooperative federalism, a concept developed from the Brazilian Supreme Court's Theme 1234 (2023), which incorporates disruptive technologies as a structural element of collaborative coordination through an integrated national platform. Innovatively, the dissertation presents the concept of Digital Cooperative Integrative Fraternal Mediation as an integrated model that articulates fraternity, mediation, and technological infrastructures, considering the systemic interdependence between the SUS (Unified Health System) and supplementary healthcare. Empirically, it presents a case study of the Health Mediation Chamber in Health Law of Guarulhos/SP (CAMEDS) to evaluate the theoretical application, existing results, and possible advances. Situated within the concentration area of Business Law: Structures and Regulation, the investigation adopts an integrative approach that recognizes the interdependence between SUS and supplementary healthcare. The methodology articulates theoretical-normative research with empirical study, contributing to federalism theory, health law, business law, and studies on technology and society. The dissertation demonstrates that dejudicialization demands transformations that transcend merely technical solutions, requiring constitutional principled foundation in fraternity, adoption of consensual mediation methods, and digital infrastructures that enable integrative collaborative governance in an environment of complexity, plurality of actors, and systemic interdependence characteristic of contemporary healthcare systems, thus contributing to the constitutional realization of a truly just and fraternal society.

Keywords: Right to Health; Dejudicialization; Fraternal Constitutionalism; Digital Cooperative Federalism; Digital Cooperative Integrative Fraternal Mediation.

RESUMEN

La presente tesis investiga el fenómeno de la judicialización de la salud en Brasil, que alcanzó dimensiones alarmantes con 682.468 nuevas acciones en 2025 y un crecimiento del 94,42% entre 2020-2025, generando impactos presupuestarios significativos sobre entes federados y operadoras de planes de salud. Ante la insuficiencia de las respuestas institucionales tradicionales (CONITEC, NAT-jus, Resoluciones del CNJ y Cámaras de Resolución en Salud), se propone una "nueva mirada" para la desjudicialización fundamentada en el rescate de la fraternidad como principio constitucional capaz de fundamentar relaciones interfederativas, interinstitucionales y público-privadas basadas en la cooperación—federalismo fraternal; en la mediación como expresión de la fraternidad aplicada a la resolución de conflictos en salud, viabilizando construcciones consensuales que privilegian el diálogo y la autonomía de las partes; y consubstanciada en el federalismo cooperativo digital, concepto desarrollado a partir del Tema 1234 del STF (2023), que incorpora tecnologías disruptivas como elemento estructurante de la coordinación colaborativa mediante plataforma nacional integrada. De forma innovadora, la tesis presenta el concepto de Mediación Fraternal Integrativa Cooperativa Digital como modelo integrado que articula fraternidad, mediación e infraestructuras tecnológicas, considerando la interdependencia sistémica entre el SUS y la salud suplementaria, presentando, empíricamente, un estudio de caso de la Cámara de Mediación en Derecho Sanitario de Guarulhos/SP (CAMEDS) para evaluar la aplicación teórica, los resultados existentes y los avances posibles. Insertándose en el área de concentración Derecho Empresarial: Estructuras y Regulación, la investigación adopta un abordaje integrativo que reconoce la interdependencia entre SUS y salud suplementaria. La metodología articula investigación teórico-normativa con estudio empírico, contribuyendo a la teoría del federalismo, derecho sanitario, empresarial y estudios sobre tecnología y sociedad. La tesis demuestra que la desjudicialización demanda transformaciones que trascienden soluciones meramente técnicas, exigiendo fundamentación principiológica constitucional en la fraternidad, adopción de métodos consensuales de mediación e infraestructuras digitales que viabilicen gobernanza colaborativa integrativa en ambiente de complejidad, pluralidad de actores e interdependencia sistémica característicos de los sistemas de salud contemporáneos, contribuyendo así a la realización constitucional de una sociedad verdaderamente justa y fraterna.

Palabras clave: Derecho a la Salud; Desjudicialización; Constitucionalismo Fraternal; Federalismo Cooperativo Digital; Mediación Fraternal Integrativa Cooperativa Digital.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 01: Síntese cronológica	96
Figura 02: Gráfico de ações novas de 2020 a 2025.....	97
Figura 03: Os cinco principais assuntos de saúde em geral, até 31/12/2025	98
Figura 04: Quantidade de casos saúde pública e saúde suplementar até 31/12/2025.....	98
Figura 05: Arcabouço mínimo normativo	182
Figura 06: Acolhimento e Registro	196
Figura 07: A Mediação	196
Figura 08: Resolução e Comunicação	196
Figura 09: Fluxo de Operacionalização da CAMEDS	197
Figura 10: Gráfico de casos por origem de solicitação	199
Figura 11: Casos por tipo de demanda	200
Figura 12: Casos por ano	201
Figura 13: Casos por resultado	202
Figura 14: Indicadores, resultado e apontamentos	203

LISTA DE SIGLAS

ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

CAMEDS – Câmara de Mediação em Direito da Saúde

CEJUSCS - Centros Judiciários de Solução de Conflitos e Cidadania

CF – Constituição Federal de 1988

CID – Classificação Internacional de Doença

CNJ – Conselho Nacional de Justiça

CNS – Conferência Nacional de Saúde

CONITEC – Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologia

COVID-19 – Coronavirus Disease 2019

DUDH – Declaração Universal dos Direitos Humanos

ESPIN – Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional

FONAJUS – Fórum Nacional de Justiça

GKV - *Gesetzliche Krankenversicherung*

IA – Inteligência Artificial

LGPD – Lei Geral de Proteção de Dados

MS – Ministério da Saúde

NAT-Jus - Núcleo de Apoio Técnico em Saúde

NUPEMECS - Núcleos Permanentes de Métodos Consensuais de Solução de Conflitos

ODM – Objetivos de Desenvolvimento do Milênio

ODS – Objetivos de Desenvolvimento Sustentável

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

PCDT – Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas

PIDESC - Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais

RGPD – Regulamento Geral de Proteção de Dados

REMUME – Relação Municipal de Medicamentos

RENAME – Relação Nacional de Medicamentos

RNDS – Rede Nacional de Dados em Saúde

STF – Supremo Tribunal Federal

STJ – Superior Tribunal de Justiça

SUS – Sistema Único de Saúde

TJSP – Tribunal de Justiça de São Paulo

TRF – Tribunal Regional Federal

UNB – Universidade Federal de Brasília

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	14
1. DO DIREITO À SAÚDE.....	22
1.1. Da Promoção dos Direitos Humanos: Da Saúde Caritativa à Agenda 2030	22
1.2 Direito à Saúde no Brasil: O SUS e a Saúde Suplementar	34
1.3 Sistemas de Saúde: Alguns Modelos Adotados pelo Mundo	48
2. DA JUDICIALIZAÇÃO À DESJUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE: DESAFIOS E SOLUÇÕES INSTITUCIONAIS EXISTENTES NA ERA DIGITAL	56
2.1. Da Constitucionalização do Direito à Saúde – Era da Efetividade	56
2.2. Panorama da Judicialização e os Desafios Contemporâneos do Direito à Saúde no Brasil Pós Pandemia da COVID-19	79
2.3. Justiça Multiportas, Mecanismos Mais Adequados e Inovações Tecnológicas com Vias à Desjudicialização	104
3. UM NOVO OLHAR PARA A DESJUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE	124
3.1. Do Princípio Jurídico da Fraternidade: Do Constitucionalismo Fraternal	124
3.2. Da Mediação como Expressão da Fraternidade	139
3.3. Do Federalismo Cooperativo Digital	151
3.4. Da Mediação Fraternal Integrativa Cooperativa Digital	170
4. ESTUDO EMPÍRICO - CÂMARA DE MEDIAÇÃO EM DIREITO DA SAÚDE DE GUARULHOS/SP: RESULTADOS INICIAIS E AVANÇOS POSSÍVEIS	188
4.1. Da Implementação da CAMEDS em Guarulhos/SP	190
4.2. Da Operacionalização	194
4.3. Eficiência e Humanidade: Resultados e Possíveis Avanços	198
4.4. Casos Hipotéticos e Possíveis Avanços	204
4.4.1. Caso 1: Sra. Luísa	204
4.4.2. Caso 2: Sr. Carlos	205

4.4.3. Repensando à luz da Mediação Fraternal Integrativa Cooperativa Digital	206
4.4.3.1. Avanço Possível I: A Mediação Fraternal como Solução ao Pacto Federativo	206
4.4.3.2. Avanço Possível II: Integrando a Saúde Suplementar pela Fraternidade	207
CONSIDERAÇÕES FINAIS	212
REFERÊNCIAS	218
ANEXOS	248

INTRODUÇÃO

O direito constitucional fundamental à saúde, consagrado no artigo 6º e detalhado nos artigos 196 a 200 da Constituição Federal de 1988, representa importante conquista da sociedade brasileira. Reconhecido simultaneamente como direito individual subjetivo e como dever do Estado, o direito à saúde transcende a dimensão meramente programática para se afirmar como direito plenamente exigível, corolário do direito à vida, cuja efetivação constitui pressuposto para o exercício digno do ser humano e para a realização de uma sociedade verdadeiramente justa e fraterna.

A busca pelo reconhecimento e realização do direito à saúde tem sido um dos grandes objetivos da humanidade. Pode-se identificar seu início nas práticas caritativas medievais, evoluindo para o reconhecimento internacional consagrado na Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948 e na Constituição da Organização Mundial da Saúde, se consolidando em documentos jurídicos pelo mundo, como no Brasil, com o reconhecimento de sua fundamentalidade na Constituição Federal de 1988.

Ainda, expressa relevante objetivo para o futuro mundial, com a sua inclusão entre os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável da Agenda 2030 das Nações Unidas. O ODS 3 visa "assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades". Esta evolução reflete importantes transformações nas concepções sobre o papel do Estado, das empresas e da sociedade civil na garantia de condições dignas de vida para todos.

No Brasil, a Constituição Cidadã de 1988 instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS), estruturado sobre os princípios da universalidade, integralidade e equidade. O SUS organiza-se sob a lógica do federalismo cooperativo, que demanda permanente coordenação entre União, Estados, Distrito Federal e Municípios para efetivação das competências comuns estabelecidas constitucionalmente.

Paralelamente ao sistema público universal, com uma interdependência sistêmica, a Constituição reconheceu a participação complementar e suplementar da iniciativa privada. Esta última, regulada pela Lei 9.656/98 e fiscalizada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que atualmente atende mais de 52 milhões de beneficiários, representando parcela significativa da população brasileira e movimentando aproximadamente R\$ 7,1 bilhões em

lucro líquido, apenas no primeiro trimestre de 2025¹, a evidenciar sua relevância econômica e social, e a busca por um olhar mais integrativo, tal como se propõe na presente tese.

A complexidade do arranjo institucional brasileiro cria ambiente particularmente propício para o fenômeno da judicialização. A coexistência de um sistema público universal com um robusto mercado de saúde suplementar, as evidenciadas desigualdades regionais e socioeconômicas, e um arcabouço constitucional que garante o direito à saúde de forma ampla convergem para este cenário desafiador.

Isto porque, a judicialização da saúde não constitui fenômeno unicausal ou de simples resolução, lidando com conflitos distributivos complexos. Trata-se, em verdade, de problema complexo resultante da convergência de múltiplas variáveis de natureza jurídica, política, social e econômica. Entre seus determinantes destacam-se: a constitucionalização do direito à saúde e a consequente possibilidade de sua exigibilidade judicial; a insuficiência de recursos públicos para atendimento universal de todas as demandas sanitárias; um evidenciando déficit prestacional pelo SUS e pelos planos privados, além dos desafios de acesso igualitário, que na era digital envolvem capacitação inclusiva tecnológica.

Somam-se a estes fatores a falta de integração sistêmica e de informações entre médicos prescritores, pacientes, gestores públicos, representantes de operadoras e magistrados; a atuação de escritórios advocatícios especializados e a possível influência da indústria farmacêutica; e as dificuldades de coordenação interfederativa e interinstitucional no modelo cooperativo brasileiro.

Referido fenômeno manifesta-se no crescente número de demandas judiciais buscando garantir acesso a medicamentos, tratamentos, procedimentos cirúrgicos e serviços de saúde não disponibilizados espontaneamente ou prestados de forma insatisfatória pelo SUS ou pelos planos privados. As dimensões atingiram níveis alarmantes nas últimas décadas, intensificando-se exponencialmente durante a pandemia da COVID-19 e revelando preocupações para o presente e o futuro.

Os dados são reveladores. Em 2024, foram ajuizadas 690.536 novas ações relacionadas à saúde, representando crescimento de 19,5% em relação ao ano anterior. Em 2025, apesar da pequena queda percentual de 1,2%, foram ajuizados 682.468 novos casos. Em 31.12.2025 totalizavam-se 895.368 ações pendentes. Entre 2020 e 2025, o crescimento acumulado das

¹ BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Resultados Divulgados**. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/numeros-do-setor/ans-divulga-dados-de-beneficiarios-referentes-a-julho-de-2025>. Acesso em: 31.10.25.

demandas atingiu impressionantes 94,42%.² O então Ministro do STF, Luís Roberto Barroso, denominou este cenário, no último Fórum Nacional de Justiça – FONAJUS 2025, como verdadeira "epidemia de litigiosidade".³

O impacto orçamentário é igualmente preocupante. Em 2024, apenas a União desembolsou R\$ 2,7 bilhões para custear demandas judiciais.⁴ Enquanto isso, 58,7% dos municípios e 100% dos estados enfrentam ações judiciais de saúde. Os medicamentos judicializados representam 8,4% do gasto municipal e 32,9% do gasto estadual em assistência farmacêutica.⁵

No âmbito da saúde suplementar, as operadoras também enfrentam crescentes passivos judiciais relacionados à cobertura de medicamentos e procedimentos não incluídos no rol da ANS. Isso afeta diretamente sua sustentabilidade atuarial e impacta a viabilidade empresarial do setor, além de refletir no SUS.

Diante deste cenário desafiador, algumas iniciativas institucionais foram desenvolvidas nas últimas décadas visando aprimorar a resposta do sistema de justiça e da administração pública. A Audiência Pública nº 4 do Supremo Tribunal Federal, realizada em 2009, constituiu marco fundamental ao promover amplo diálogo entre magistrados, gestores, profissionais de saúde e representantes da sociedade civil.

Entre as soluções viabilizadas destacam-se: a criação da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (CONITEC) pela Lei 12.401/2011, responsável por avaliar tecnologias e recomendar sua incorporação ao SUS; a valorização dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDTs) como instrumentos técnicos baseados em evidências científicas; a instituição dos Núcleos de Apoio Técnico do Judiciário (NAT-jus) pela Resolução CNJ 238/2016, para assessoramento especializado aos magistrados.

Registra-se, ainda, a edição da Resolução CNJ 125/2010, que estabeleceu a Política Nacional de Tratamento Adequado de Conflitos de Interesses, inaugurando o modelo de Justiça Multiportas no Brasil. A experiência exitosa do ConciliaCovid no TRF 3 demonstrou, durante a pandemia, o potencial da mediação digital.

² BRASIL. CNJ. **Números em saúde**. Disponível em: <https://justica-em-numeros.cnj.jus.br/painel-saude/>. Acesso em: 18.02.26.

³ BRASIL. CNJ. **Fonajus**: "Saúde é um dos temas mais difíceis que o Judiciário enfrenta", diz Barroso. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/fonajus-saude-e-um-dos-temas-mais-dificeis-que-o-judiciario-enfrenta-diz-barroso/>. Acesso em: 24.10.25.

⁴ BRASIL. Ministério da Saúde. **Gastos com judicialização somaram R\$ 2,7 bilhões em 2024**. Disponível em: <https://www.inaff.org.br/noticias/gastos-com-judicializacao-somaram-r-27-bilhoes-em-2024/>. Acesso em: 24.10.25.

⁵ VIEIRA, Fabiola Sulpino *et al.* **Pesquisa assistência farmacêutica no SUS: gasto em medicamentos judicializados de estados e municípios participantes (2019-2023)**. Brasília: IPEA, 2025, p. 7. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/17238>. Acesso em: 24.10.25.

Não obstante a relevância destas iniciativas, os dados demonstram sua insuficiência para conter o crescimento exponencial da judicialização ou para promover mudanças estruturais. A persistência e o agravamento do fenômeno evidenciam a necessidade de repensar os paradigmas que orientam as respostas institucionais.

Os fundamentos normativos e os arranjos institucionais que estruturam as relações entre Estado, empresas privadas de saúde e cidadãos demandam um novo olhar, com vias a desjudicialização da saúde, objeto desta pesquisa. Um olhar fundamentado na articulação entre o princípio constitucional da fraternidade, instrumentos consensuais de resolução de conflitos e infraestruturas tecnológicas inovadoras, como possível resposta que avance além das iniciativas até então existentes, de forma mais cooperativa, integrativa e humana.

O presente trabalho inova ao apresentar um novo modelo para a desjudicialização do direito à saúde, resgatando a fraternidade como princípio constitucional capaz de fundamentar normativamente relações interfederativas, interinstitucionais e público-privadas, baseadas em dever fundamental, solidariedade, cooperação e reconhecimento da interdependência sistêmica; trazendo a mediação como expressão concreta da fraternidade aplicada à resolução de conflitos, viabilizando construções consensuais que privilegiam o diálogo, a autonomia das partes e a busca de soluções mutuamente satisfatórias; além de propor uma releitura do federalismo cooperativo, sob o viés digital, com as possibilidades novas oferecidas pelas tecnologias disruptivas, para uma coordenação entre entes federados e entre setores público e privado.

Da articulação destes institutos apresenta-se uma inovadora solução para a desjudicialização da saúde, desenvolvendo-se o original conceito de “Mediação Fraternal Integrativa Cooperativa Digital”.

Esta tese insere-se na área de concentração em Direito Empresarial: Estruturas e Regulação do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Direito da UNINOVE. Dentro do recorte feito, propõe-se uma solução de governança colaborativa baseados em mediação e tecnologias digitais, considerando a integração entre o SUS e a saúde suplementar.

Adota-se, desta forma, uma abordagem integrativa que reconhece a interdependência estrutural entre o sistema empresarial da saúde suplementar e o Sistema Único de Saúde. Esta interdependência está estabelecida na Constituição Federal (art. 199, §1º) e materializada no sistema de ressarcimento ao SUS (art. 32, Lei 9.656/98).

Diante do exposto, a presente tese enfrenta o seguinte problema: de que forma a articulação entre o princípio constitucional da fraternidade, os instrumentos consensuais de mediação e as infraestruturas tecnológicas do federalismo cooperativo digital pode contribuir para a desjudicialização da saúde no Brasil, viabilizando soluções mais adequadas para os

conflitos relacionados ao direito à saúde, considerando a interdependência sistêmica entre o SUS e a saúde suplementar?

A hipótese central sustenta que a Mediação Fraternal Integrativa Cooperativa Digital constitui resposta institucional mais adequada aos desafios da judicialização da saúde, em comparação aos modelos tradicionais de adjudicação judicial ou mesmo às iniciativas isoladas de consensualização existentes.

O objetivo geral é propor e fundamentar o conceito de Mediação Fraternal Integrativa Cooperativa Digital como modelo integrado de desjudicialização da saúde no Brasil, articulando o princípio constitucional da fraternidade, os instrumentos consensuais de mediação e as infraestruturas tecnológicas do federalismo cooperativo digital. Busca-se avaliar empiricamente, suas potencialidades e limitações mediante análise da experiência da Câmara de Mediação em Direito da Saúde de Guarulhos/SP (CAMEDS), vislumbrando e propondo possíveis avanços.

A presente investigação justifica-se pela relevância teórica, prática e social do tema abordado.

Do ponto de vista teórico, a tese contribui para o avanço do conhecimento jurídico de múltiplas formas: resgata a fraternidade como princípio constitucional e demonstra sua aplicabilidade concreta às relações interfederativas e interinstitucionais, e às relações entre Estado e empresas reguladas; desenvolve o conceito inédito de Federalismo Cooperativo Digital, contribuindo para a teoria do federalismo e para os estudos sobre impactos das tecnologias digitais sobre o Direito; propõe modelo integrado de Mediação Fraternal Integrativa Cooperativa Digital que articula institutos frequentemente abordados de forma isolada pela literatura jurídica; dialoga interdisciplinarmente com literaturas de Direito Constitucional, Direito Sanitário, Direito Empresarial, Direito Administrativo, e Estudos sobre Tecnologia e Sociedade; e contribui ainda para uma regulação colaborativa mediada digitalmente - este modelo articula instrumentos de comando e controle tradicionalmente exercidos pela ANS com mecanismos consensuais (mediação) e tecnológicos (plataformas integradas), configurando modalidade de meta-regulação.

Do ponto de vista prático, o estudo oferece contribuições diretas para aprimoramento das políticas públicas e das práticas institucionais relacionadas à saúde: propõe instrumentos concretos de desjudicialização baseados em mediação e tecnologias digitais que podem ser implementados por gestores públicos, operadoras privadas, magistrados, membros do Ministério Público e Defensorias Públicas; analisa empiricamente experiência concreta de câmara de mediação local, oferecendo subsídios para sua avaliação, aprimoramento e eventual

replicação em outros municípios e estados, e até mesmo em nível nacional, contribuindo para a implementação da plataforma nacional determinada pelo STF no Tema 1234, oferecendo referenciais teóricos e práticos sobre governança colaborativa em ambiente digital, superando abordagens meramente quantitativas para um repensar qualitativo relacionado à adequação técnica das soluções, à satisfação dos envolvidos e ao aprendizado institucional, amparados na fraternidade.

Do ponto de vista social, a relevância manifesta-se no potencial de contribuir para ampliação do acesso efetivo à saúde pela população brasileira, especialmente pelos segmentos mais vulneráveis. A judicialização, embora represente exercício legítimo de direitos constitucionais, gera significativas distorções na alocação de recursos públicos e privados: frequentemente privilegia aqueles que possuem acesso a informações e a assessoria jurídica qualificada em detrimento de parcelas da população que dependem exclusivamente das políticas públicas regulares - a desjudicialização fundamentada em mediação fraterna e viabilizada por infraestruturas digitais inclusivas pode contribuir para redução destas distorções; pode ampliar o acesso a mecanismos de resolução de conflitos para além dos que conseguem ingressar no Judiciário; pode qualificar as decisões sobre alocação de recursos mediante diálogo baseado em evidências científicas e em participação social; pode liberar recursos atualmente consumidos por litígios para aplicação direta em serviços de saúde; pode fortalecer a governança democrática do SUS e da regulação da saúde suplementar; e pode ainda promover responsabilidade social corporativa das operadoras de planos de saúde, reconhecendo que empresas que atuam em setores estratégicos como saúde possuem responsabilidade social que vai além do lucro, alcançando uma acepção fraterna.

Finalmente, a pandemia da COVID-19 reforçou a relevância da presente pesquisa. Revelou as fragilidades dos sistemas de saúde e as limitações dos mecanismos tradicionais de coordenação interfederativa e interinstitucional de resolução de conflitos.

A crise sanitária demonstrou que desafios complexos demandam cooperação interfederativa e interinstitucional efetiva, articulação fraterna entre setores público e privado, tomada de decisões baseada em evidências científicas atualizadas continuamente e infraestruturas tecnológicas capazes de viabilizar coordenação em tempo real. As respostas institucionais desenvolvidas durante a pandemia, como a experiência do ConciliaCovid no TRF3, sinalizam as potencialidades da mediação digital e da governança colaborativa, reforçando a pertinência e a atualidade da proposta desenvolvida nesta tese.

O referencial teórico articula contribuições de diversos campos do conhecimento jurídico e interdisciplinar, estruturando-se em torno do constitucionalismo fraternal; da mediação como expressão da fraternidade; e do federalismo cooperativo digital.

A investigação adota metodologia mista que articula pesquisa teórico-normativa com estudo empírico, estruturando-se em quatro etapas complementares. A primeira etapa consiste em pesquisa bibliográfica e documental, realizando a revisão sistemática da literatura nacional e internacional sobre direito à saúde, judicialização, fraternidade, mediação, federalismo cooperativo, direito empresarial, responsabilidade social corporativa e tecnologias digitais aplicadas ao Direito e à gestão pública. Analisa também o arcabouço normativo (Constituição Federal, leis federais, resoluções do CNJ, portarias do Ministério da Saúde, normas da ANS), jurisprudência (precedentes do STF e STJ, especialmente Temas 6, 500, 793, 1234, 106, 1082) e relatórios técnicos (CNJ, IPEA, Ministério da Saúde, ANS, OMS, ONU).

A segunda etapa dedica-se ao desenvolvimento teórico-conceitual. Desenvolve os conceitos de Mediação Fraternal, Federalismo Cooperativo Digital e Mediação Fraternal Integrativa Cooperativa Digital, mediante articulação crítica das contribuições teóricas identificadas na revisão bibliográfica, fundamenta-se normativamente na Constituição Federal e em legislação infraconstitucional e contextualiza-se nas especificidades do sistema de saúde brasileiro (coexistência SUS e saúde suplementar, arranjo federativo complexo, estruturas organizacionais das operadoras, cultura jurídica de judicialização).

A terceira etapa realiza análise jurisprudencial qualitativa, inclusive do Tema 1234 do STF.

Por fim, a quarta etapa desenvolve estudo empírico mediante estudo de caso, analisando se a experiência da Câmara de Mediação em Direito da Saúde de Guarulhos/SP (CAMEDS) através da análise de dados fornecidos pela CECOM da Justiça Federal de Guarulhos, mediante requerimento formulado, elaborando-se tabelas estatísticas dos casos mediados, dentro do recorte proposto, envolvendo demandas do SUS (respeitando-se o sigilo e a confidencialidade inerentes à mediação), para, verificar a aplicação dos conceitos desenvolvidos, suas limitações e possíveis avanços.

Vale mencionar que a escolha do presente caso se deu por sua relevância e potencial analítico, buscando avaliar a teoria desenvolvida em um modelo ativo de desjudicialização, com vias a vislumbrar a possibilidade e proposição de avanços através da inovação apresentada.

Consigna-se que a pesquisa observa rigorosos padrões éticos, respeitando confidencialidade de dados sensíveis, anonimização de casos concretos, obtenção de

autorizações institucionais necessárias e observância da Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD).

Declara-se que fora utilizada, nos termos do art. 9º, I, “c” da Portaria CNPq nº. 2.664, de 06 de março de 2026, que instituiu a política de integridade na atividade científica do CNPq, ferramenta de inteligência artificial generativa – IAG, qual seja Chat GPT – 5.4 e Claude, para revisão e identificação de possíveis inconsistências ortográficas e de ABNT e ampliação de base de pesquisa em banco de teses oficial, tudo devidamente verificado e aferido.

Por fim, a tese estrutura-se em quatro capítulos, além desta Introdução e das Considerações Finais. O Capítulo 1 contextualiza historicamente o direito à saúde, apresenta o modelo brasileiro e referencia alguns sistemas de saúde adotados pelo mundo. O Capítulo 2 analisa a judicialização e avalia soluções existentes. O Capítulo 3 desenvolve o "novo olhar" da desjudicialização, fundamentado em fraternidade, mediação e federalismo cooperativo digital. O Capítulo 4 analisa empiricamente o modelo proposto, mediante análise da CAMEDS Guarulhos (2020-2025) e propõe avanços possíveis. As Considerações Finais sintetizam as principais contribuições, retomam a hipótese à luz dos desenvolvimentos teóricos e análise empírica, aponta limitações e indica agenda futura de pesquisa, contribuindo, assim, para a realização constitucional de uma sociedade verdadeiramente justa e fraterna.

1. DO DIREITO À SAÚDE

1.1 Da Promoção dos Direitos Humanos: Da Saúde Caritativa à Agenda 2030

O reconhecimento do direito à saúde representa uma das mais importantes conquistas no campo dos direitos humanos, constituindo desde os primórdios uma busca constante da humanidade, e culmina nos compromissos globais estabelecidos pela Agenda 2030.

Para os propósitos deste trabalho, far-se-á, inicialmente, um breve recorte da evolução histórica no contexto de uma construção progressiva dos direitos humanos e para vislumbrar os caminhos futuros de uma plena e fraterna realização do direito à saúde para todos.

As origens da assistência caritativa à saúde podem ser identificadas nas civilizações antigas, onde templos e instituições religiosas assumiam funções de cuidado aos necessitados. No antigo Egito, os templos funcionavam simultaneamente como centros religiosos e locais de cura, onde sacerdotes exerciam funções médicas baseadas em conhecimentos empíricos e rituais sagrados. Similarmente, na Grécia antiga, os templos dedicados a Asclépio, o deus da medicina, serviam como santuários de cura onde os doentes buscavam alívio através de rituais religiosos combinados com práticas terapêuticas primitivas. Estes exemplos ilustram como, desde os primórdios da civilização, o cuidado à saúde esteve intimamente associado à dimensão sagrada e à responsabilidade moral de assistir aos necessitados.⁶

O advento do cristianismo introduziu elementos revolucionários na concepção da fraternidade e na assistência aos enfermos, estabelecendo bases doutrinárias que influenciariam profundamente o desenvolvimento posterior da saúde caritativa. Durante a maior parte da história humana, o cuidado aos enfermos esteve intrinsecamente vinculado a práticas fraternas caritativas. Desde os primórdios do Cristianismo, a instrução de Jesus Cristo para “amai-vos uns aos outros” (Jo 13:34)⁷ e “curar os enfermos” (Mt 10:8)⁸ se tornou um princípio orientador dos seus seguidores.

Neste sentido, Clara Machado⁹ elucida que:

⁶ PORTER, Roy. **The Greatest Benefit to Mankind: A Medical History of Humanity**. New York: W. W. Norton & Company, 1997, p. 45-55.

⁷ BÍBLIA. **Bíblia Sagrada**, 50ª Ed. Brasília: Editora Vozes, 2005, p. 1278.

⁸ *Ibid.*, p. 1168.

⁹ JABORANDY, Clara Cardoso Machado. **A fraternidade no direito constitucional brasileiro: um instrumento para proteção de direitos fundamentais transindividuais**. 2016. Tese (Doutorado em Direito Público) – Faculdade de Direito, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2016, p. 55-56. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/handle/ri/20048>. Acesso em: 11.12.25.

As origens históricas da fraternidade reportam-se à doutrina cristã. No Cristianismo, repousa o caráter polissêmico da fraternidade, remetendo-a inicialmente a laços de consanguinidade dado que o “frater” comporta o significado de “irmão” e, conseqüentemente, edifica a construção do parentesco entre irmãos, que se amplia para a ideia de fraternidade universal, evidenciando laços humanos e sociais. O “irmão” é o próximo com o qual se têm deveres em comunidade. A tradição cristã difunde o amor fraterno como base de todas as relações humanas. Vê se, portanto, que o Cristianismo inaugura a ética da fraternidade, ao apresentar a responsabilidade para com o “outro”.

Os ensinamentos cristãos sobre caridade, compaixão e amor ao próximo criaram um imperativo moral para o cuidado aos doentes. No início, portanto, os cuidados eram prestados de forma fraterna pelos primeiros cristãos, que se dedicavam a atender os sofredores e marginalizados.

Este modelo caritativo, que perdurou por séculos, moldou não apenas as formas concretas de organização da assistência à saúde, mas também as concepções culturais e sociais sobre o papel da sociedade diante do sofrimento humano e da vulnerabilidade decorrente da doença. Essa prática ganhou contornos mais organizados com o surgimento das primeiras instituições hospitalares, geralmente fundadas em contextos monásticos.¹⁰

Contudo, as limitações estruturais do modelo caritativo tornaram-se progressivamente evidentes à medida que as sociedades se tornaram mais complexas e os problemas de saúde mais desafiadores. A dependência da boa vontade individual tornava a assistência irregular e imprevisível. A ausência de critérios objetivos para a distribuição de cuidados gerava arbitrariedades e desigualdades. A integração entre assistência material e doutrinação religiosa limitava o acesso de grupos não conformes às doutrinas dominantes. A falta de coordenação entre diferentes instituições caritativas resultava em duplicação de esforços e lacunas na cobertura assistencial. Mais fundamentalmente, o modelo fraterno caritativo perpetuava relações de dependência que impediam o desenvolvimento de uma consciência de direitos por parte dos necessitados¹¹¹².

Com o advento das transformações sociais e econômicas ocorridas a partir do final do século XIX, o modelo assistencial baseado exclusivamente na caridade passou a se revelar insuficiente para atender às necessidades de uma população em rápida urbanização e sujeita a

¹⁰ RIVA, Michele Augusto; CESANA, Giancarlo. The charity and the care: the origin and the evolution of hospitals. **European Journal of Internal Medicine**, Vol.24, 2013, p.3. Disponível em <https://doi.org/10.1016/j.ejim.2012.11.002>. Acesso em: 10.09.25.

¹¹ GRELL, Ole Peter; CUNNINGHAM, Andrew. **Health Care and Poor Relief in Protestant Europe 1500-1700**. London: Routledge, 1997, p. 22. Disponível em: <https://archive.org/details/healthcarepoorre0000unse/page/n5/mode/2up>. Acesso em: 10.09.25

¹² MCINTOSH, Marjorie K. Poverty, Charity, and Coercion in Elizabethan England. **The Journal of Interdisciplinary History**, vol. 35, no. 3, 2005, p. 457. Disponível em: <http://www.jstor.org/stable/3657035>. Acesso em: 28.09.25.

epidemias e crises sanitárias. Essa conjuntura impulsionou a consciência de valor do ser humano como indivíduo, com o posterior reconhecimento dos direitos humanos e o surgimento, mais recente, de um novo paradigma, no qual o Estado se apresenta como principal responsável por garantir a saúde a todos os cidadãos.

Os direitos humanos¹³ têm como cerne da sua criação a luta contra opressão e a busca do bem-estar do indivíduo. Suas ideias basilares são referentes à justiça, igualdade e liberdade, cujo conteúdo impregna a vida social desde o surgimento das primeiras comunidades humanas.

A Declaração Francesa dos Direitos do Homem e do Cidadão, de 1789, proclamou os direitos humanos a partir de uma premissa que permeia até os tempos hodiernos, de que todos os homens nascem livres e com direitos iguais.

No aspecto constitucionalista, houve a introdução dos chamados direitos sociais, cuja finalidade era assegurar condições materiais mínimas de existência, em diversas Constituições, sendo as pioneiras a Constituição do México (1917), da República da Alemanha (também chamada de República de Weimar, 1919) e, no Brasil, a Constituição de 1934.

No aspecto do Direito Internacional, consagrou-se, pela primeira vez, uma organização internacional voltada à melhoria das condições dos trabalhadores, através da Organização Internacional do Trabalho, criada em 1919, pelo próprio Tratado de Versailles, que pôs fim à Primeira Guerra Mundial.

A criação do direito internacional dos direitos humanos está relacionada à nova organização da sociedade internacional no pós-Segunda Guerra Mundial, com a finalidade de efetivar os direitos humanos. Tem-se como marco dessa nova etapa do Direito Internacional a Conferência de São Francisco em 1945, com a criação da Organização das Nações Unidas (ONU), por meio da “Carta de São Francisco”.

O contexto histórico desta criação localiza-se no pós-Segunda Guerra Mundial, como reação à barbárie nazista com a inserção da temática de direitos humanos na Carta da ONU.

Neste cenário, e pelo fato da Carta da ONU não listar o rol dos direitos que seriam considerados essenciais, em 10 de dezembro de 1948, em Paris, foi aprovada, sob a forma de Resolução da Assembleia Geral da ONU, a Declaração Universal dos Direitos Humanos¹⁴

¹³ Direitos humanos são um conjunto de direitos considerados indispensáveis para uma vida humana pautada na liberdade, igualdade e dignidade. Tais direitos são reconhecidos como universais, inalienáveis, indivisíveis e interdependentes, o que significa dizer que se aplicam a todos os seres humanos, independentemente de quaisquer distinções, não podem ser retirados ou alienados, e sua efetivação depende da realização conjunta de direitos civis, políticos, econômicos, sociais e culturais, conforme RAMOS, André de Carvalho. **Curso de direitos humanos**. 10. ed. São Paulo: Editora Saraiva, 2023, p. 18.

¹⁴ ONU. **Declaração universal dos direitos humanos**. Disponível em: <https://www.oas.org/dil/port/1948%20Declara%C3%A7%C3%A3o%20Universal%20dos%20Direitos%20Humanos.pdf>. Acesso em: 14.04.25.

(também chamada de “Declaração de Paris”, e pela sigla DUDH), que contém 30 (trinta) artigos e explicita o rol de direitos humanos aceitos internacionalmente.

Entende Annas¹⁵ que “*the rights enumerated in the declaration stem from the cardinal axiom that all human beings are born free and equal, in dignity and rights, and are endowed with reason and conscience. All the rights and freedoms belong to everybody.*”¹⁶

O artigo XXV da Declaração Universal estabeleceu, pela primeira vez, o reconhecimento do direito à saúde como elemento essencial do direito a um padrão de vida adequado:

Toda pessoa tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis, e direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência fora de seu controle.¹⁷

Esta formulação, embora ainda incipiente, representou um marco paradigmático ao vincular a saúde ao conceito mais amplo de dignidade humana e ao reconhecer a responsabilidade do Estado na garantia das condições mínimas.¹⁸

O trecho preambular da Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS)¹⁹ declara, de forma ampla e irrestrita, que a saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade.

A OMS foi criada em 1946²⁰, após a realização da Conferência de Washington, em que os representantes de Estados-membros da ONU se reuniram para discutir o estatuto da futura Organização Mundial da Saúde, entre outras agências lucrativas para a cooperação sanitária. A ideia era criar uma agência especializada com uma base jurídica clara, capaz de estabelecer normas sanitárias globais, coletar dados de saúde, financiar pesquisas e prestar assistência técnica.

¹⁵ ANNAS, George J. Human rights and health – the universal declaration of human rights at 50. **New England Journal of Medicine**. 1998, p.1778. Disponível em: https://scholarship.law.bu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=2299&context=faculty_scholarship. Acesso em: 20.11.25

¹⁶ Tradução livre: Os direitos enumerados na declaração derivam do axioma fundamental de que todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e em direitos, e são dotados de razão e consciência. Todos os direitos e liberdades pertencem a todos.

¹⁷ ANNAS, *op. cit.*, p. 1778.

¹⁸ AITH, Fernando Mussa Abujamra. Direito à saúde e democracia sanitária: experiências brasileiras. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v. 15, n. 3, nov. 2014/fev. 2015, p. 87. Disponível em: <https://revistas.usp.br/rdisan/article/view/97328>. Acesso em: 20.09.25

¹⁹OMS. **Constituição da Organização Mundial da Saúde**. Disponível em: <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1>. Acesso em: 10.04.24.

²⁰ RIBEIRO, Mayra Thais Andrade; CABRAL, Cristiane Helena de Paula Lima. A Dignidade humana frente às medidas sanitárias restritivas da OMS e dos Estados em tempo de pandemia. **Cadernos Eletrônicos Direitos Internacionais sem Fronteiras**, vol.2, n.1, 2020, p.2. Disponível em: <https://zenodo.org/records/3958306>. Acesso em: 20.09.25

Assim, com a *Constitution of the World Health Organization*, resultou-se a base jurídica da Organização Mundial da Saúde, entrando em vigor em 7 de abril de 1948, data que, inclusive, se celebra o Dia Mundial da Saúde.

Desta forma, a Organização Mundial da Saúde foi formalmente fundada, em Genebra, a partir da Assembleia Mundial da Saúde que ratificou a sua criação, sendo assim, uma agência especializada das Nações Unidas.²¹

Pensando ainda sobre o conceito de saúde, é factível conceber que a saúde é um estado de bem-estar generalizado que tem como premissa a plenitude fisiológica e psíquica do indivíduo²², considerando ainda a harmonia existente entre o indivíduo e seu entorno social, cultural e religioso, mas também se perfaz na prestação estatal no que tange a garantia da sociedade em ter amparo e proteção a este bem jurídico fundamental.²³

Ante a essencialidade e inalienabilidade do direito à saúde²⁴, que exige uma prestação positiva - e efetiva - do Estado²⁵ mostra-se imprescindível sua salvaguarda jurídica. E uma vez reconhecida, torna-se cristalina sua inclusão no rol de direitos fundamentais.

Nesse sentido, destaca-se outro trecho do preâmbulo da constituição da OMS²⁶, gozar do melhor estado de saúde que é possível atingir constitui um dos direitos fundamentais de todo o ser humano, sem distinção de raça, de religião, de credo político, de condição econômica ou social. Assim, Ordacgy²⁷ aponta:

A Saúde encontra-se entre os bens intangíveis mais preciosos do ser humano, digna de receber a tutela protetiva estatal, porque se consubstancia em característica indissociável do direito à vida. Dessa forma, a atenção à Saúde constitui um direito de todo cidadão e um dever do Estado, devendo estar plenamente integrada às políticas públicas governamentais.

Internacionalmente, a Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 1948, elaborada com o objetivo de estabelecer e formalizar uma ordem pública mundial, com fulcro

²¹ RIBEIRO, Mayra Thais Andrade; CABRAL, Cristiane Helena de Paula Lima. A Dignidade humana frente às medidas sanitárias restritivas da OMS e dos Estados em tempo de pandemia. **Cadernos Eletrônicos Direitos Internacionais sem Fronteiras**, vol.2, n.1, 2020, p.2. Disponível em: <https://zenodo.org/records/3958306>. Acesso em: 20.09.25

²² DALLARI, Sueli Gandolfi. A construção do direito à saúde no Brasil. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v. 9, n. 3, nov./fev. 2009, p. 12. Disponível em: https://revistas.usp.br/rdisan/pt_BR/article/view/13128/14932. Acesso em: 12.02.25

²³ SANTOS, Ricart César Coelho dos. **Financiamento da Saúde Pública no Brasil**. Belo Horizonte: Fórum, 2016, p.45-46.

²⁴ DALLARI, *op. cit.*, p. 18.

²⁵ ABRIL, F.G.Marnrique; DIAZ, J.M.Ospina; MARTÍN, A.F.Martín. ¿La Salud: servicio público o derecho fundamental?. **Revista Salud, Historia y Sanidad**, v. 3, n. 2, 2008. Disponível em: <https://agenf.org/ojs/index.php/shs/article/view/79/78>. Acesso em: 22.10.24

²⁶ *Ibid.*

²⁷ ORDACGY, André da Silva. O direito humano fundamental à saúde. **Revista da Defensoria Pública da União**, n.1, 2009, p. 16. Disponível em: <https://revistadadpu.dpu.def.br/article/view/185/162>. Acesso em: 10.11.24.

especialmente no respeito à dignidade humana, consagrando valores básicos universais, aborda, ainda que timidamente, a saúde, reconhecendo-a como direito inalienável de toda e qualquer pessoa e como um valor social a ser perseguido por toda a humanidade, assimilando-a diretamente ao direito à vida e às condições básicas de bem-estar e de desenvolvimento mental e social.

Vieira²⁸ explica que o texto da DUDH reforça três elementos fundamentais: a) a existência da “certeza” dos direitos, ou seja, que ocorra o estabelecimento prévio e claro dos direitos e das obrigações, com o intuito de os sujeitos poderem usufruir desses direitos sem que haja quaisquer imposições ou condicionamentos; b) que tais direitos estejam seguros, exigindo a existência de normas que preceituem que “em qualquer circunstância” haverá o devido respeito e cumprimento dos direitos humanos/fundamentais; c) a existência concreta de possibilidade dos direitos, para que não expressem apenas uma igualdade formal e possam permitir a verdadeira fruição destes por “todos”.

A Convenção Interamericana de Direitos Humanos²⁹, promulgada pelo Brasil por meio do Decreto nº 678, de 6 de novembro de 1992, reza em seu artigo 1º, itens 1 e 2, que:

1. Toda pessoa tem direito à saúde, compreendendo-se como saúde o gozo do mais alto nível de bem-estar físico, mental e social. 2. A fim de tornar efetivo o direito à saúde, os Estados-Partes comprometem-se a reconhecer a saúde com bem público [...].

O Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (PIDESC)³⁰, aprovado pela Assembleia Geral das Nações Unidas em 16 de dezembro de 1966 e em vigor desde 3 de janeiro de 1976, representou um salto qualitativo na proteção internacional dos direitos humanos ao estabelecer obrigações jurídicas específicas para os Estados-partes:

12. §1. Os Estados-partes no presente Pacto reconhecem o direito de toda pessoa de desfrutar o mais elevado nível de saúde física e mental. §2. As medidas que os Estados-partes no presente Pacto deverão adotar, com o fim de assegurar o pleno exercício desse direito, incluirão as medidas que se façam necessárias para assegurar: 1. A diminuição da mortalidade e da mortalidade infantil, bem como o desenvolvimento das crianças. 2. A melhoria de todos os aspectos de higiene do trabalho e do meio ambiente. 3. A prevenção e o tratamento das doenças epidêmicas,

²⁸ VIEIRA, Reginaldo de Souza. O Direito à saúde e a participação comunitária em saúde nos documentos internacionais: anotações preliminares. **Caderno Iberoamericano de Direito Sanitário**, v. 2, n.2, jul/dez 2013, p. 852. Disponível em: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/126/168>. Acesso em: 10.07.25

²⁹ BRASIL. **Decreto Lei nº 678, de 6 de novembro de 1992**. Promulga a Convenção Americana sobre Direitos Humanos (Pacto de São José da Costa Rica), de 22 de novembro de 1969. Brasília, DF: Presidência da República, 1992. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d0678.htm. Acesso em: 01.02.25

³⁰ ONU. **Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais**. Disponível em: <https://www.oas.org/dil/port/1966%20Pacto%20Internacional%20sobre%20os%20Direitos%20Econ%C3%B3micos,%20Sociais%20e%20Culturais.pdf>. Acesso em: 01.02.25

endêmicas, profissionais e outras, bem como a luta contra essas doenças. 4. A criação de condições que assegurem a todos assistência médica e serviços médicos em caso de enfermidade.

Tal pacto apenas foi ratificado pelo Brasil em 24/01/1992, sendo aprovado pelo Decreto Legislativo nº 226, de 12/12/1991, e promulgado pelo Decreto nº 591, de 06/07/1992.³¹

No ano 2000, a ONU promoveu a Cúpula do Milênio³². Com o fito de sumarizar os diversos acordos internacionais assinados até então, formulou um novo pacto global, denominado “Declaração do Milênio”, onde foram compilados os 8 Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM)³³.

De acordo com Sachs³⁴, os ODM representaram a primeira tentativa sistemática de estabelecer metas globais mensuráveis para o desenvolvimento humano, incluindo objetivos específicos relacionados à saúde.

Contudo, ao avançar dos anos foram identificadas diversas lacunas no documento elaborado, de tal forma que se fez necessária a construção de uma nova Agenda, com o objetivo de inovar e ampliar a participação dos diversos setores da sociedade na construção do desenvolvimento sustentável e renovar compromissos práticos com os objetivos de desenvolvimento.

Nessa toada, em 2012, na Conferência das Nações Unidas sobre o Desenvolvimento Sustentável (Rio+20)³⁵, o documento “O futuro que queremos”³⁶ surgiu estabelecendo linhas gerais para a fixação de novos objetivos globais, iniciando, portanto, o processo para a criação dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS).

³¹ VIEIRA, Reginaldo de Souza. O Direito à saúde e a participação comunitária em saúde nos documentos internacionais: anotações preliminares. **Caderno Iberoamericano de Direito Sanitário**, v. 2, n.2, jul/dez 2013, p. 852. Disponível em: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/126/168>. Acesso em: 10.07.25

³² ONU. **Cúpula do Milênio**. Disponível em: <https://www.un.org/en/conferences/environment/newyork2000>. Acesso em: 03.03.25

³³ Os 8 ODM são: 1) erradicar a extrema pobreza e a fome; 2) atingir o ensino básico universal; 3) promover a igualdade entre os sexos e a autonomia das mulheres; 4) reduzir a mortalidade infantil; 5) melhorar a saúde materna; 6) combater o HIV/AIDS, a malária e outras doenças; 7) garantir a sustentabilidade ambiental; e 8) estabelecer uma parceria mundial para o desenvolvimento).

³⁴ SACHS, Jeffrey D. **The Age of Sustainable Development**. 2. ed. New York: Columbia University Press, 2019, p. 5. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/321491959_The_Age_of_Sustainable_DevelopmentThe_Age_of_Sustainable_Development_Jeffrey_D_Sachs_Columbia_University_Press_New_York_NY_2015_xvii_543_pp_ISB_N_978-0-231-17315-5. Acesso em: 22.02.25

³⁵ ONU. **Conferência Rio +20**. Disponível em: <https://sustainabledevelopment.un.org/rio20>. Acesso em: 07.04.25.

³⁶ ONU. **Declaração final da conferência das Nações Unidas sobre o desenvolvimento sustentável**. Disponível em: <https://riomais20sc.ufsc.br/files/2012/07/CNUDS-vers%C3%A3o-portugu%C3%AAs-COMIT%C3%8A-Pronto1.pdf>. Acesso em: 30.05.25.

Cumpra-se destacar que esse processo de construção dos novos objetivos a serem adotados contou com uma participação sem precedentes da sociedade civil, do setor privado, de governos locais e nacionais, tanto em sua elaboração, quanto na implementação.

Finalmente, em agosto de 2015, durante a Cúpula das Nações Unidas sobre o Desenvolvimento Sustentável³⁷, na presença de 193 países, foi adotada a “Agenda 2030”, trazendo em seu bojo ações, programas e diretrizes para orientar os trabalhos dentre os anos de 2016 a 2030, a fim de “utilizá-la ao máximo para transformar o nosso mundo para melhor em 2030³⁸”.

Trata-se, em síntese, de um plano de ação global que elenca 17 objetivos para um desenvolvimento sustentável e as 169 metas relacionadas, pensados a fim de promover e garantir vida digna a todos os indivíduos, fazendo com que estes possam usufruir e preservar os recursos naturais do planeta, de forma a resguardar ainda a qualidade de vida das próximas gerações.

Os objetivos e metas abrangem as dimensões social, ambiental e econômica do desenvolvimento sustentável e não só podem como devem ser incentivados e colocados em prática pelos órgãos governamentais, a sociedade civil, o setor privado e cada cidadão individualmente.

A ideia é trazer efetividade aos principais preceitos da vida comum. A agenda é composta por 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS)³⁹, são eles:

Objetivo 1 - Erradicação da Pobreza

Acabar com a pobreza em todas as suas formas, em todos os lugares.

Objetivo 2 - Fome Zero e Agricultura Sustentável

Acabar com a fome, alcançar a segurança alimentar e melhoria da nutrição e promover a agricultura sustentável.

Objetivo 3 - Saúde e Bem Estar

Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades.

Objetivo 4 - Educação de Qualidade

Assegurar a educação inclusiva e equitativa de qualidade, e promover oportunidades de aprendizagem ao longo da vida para todos.

Objetivo 5 - Igualdade de Gênero

Alcançar a igualdade de gênero e empoderar todas as mulheres e meninas.

Objetivo 6 - Água Potável e Saneamento

Assegurar a disponibilidade e a gestão sustentável da água e saneamento para todos.

Objetivo 7 - Energia Acessível e Limpa

Assegurar o acesso confiável, sustentável, moderno e a preço acessível a serviços de energia para todos.

Objetivo 8 - Trabalho Decente e Crescimento Econômico

³⁷ ONU. **Abertura da cúpula dos objetivos de desenvolvimento sustentável.** Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/246325-abertura-da-c%C3%BApula-dos-objetivos-de-desenvolvimento-sustent%C3%A1vel-ods>. Acesso em 07.04.25.

³⁸ ONU. **A agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável.** Disponível em: <https://brasil.un.org/sites/default/files/2020-09/agenda2030-pt-br.pdf>. Acesso em 07.04.25.

³⁹ *Ibid.*

Promover o crescimento econômico sustentado, inclusivo e sustentável, o emprego pleno e produtivo e o trabalho decente para todos.

Objetivo 9 - Indústria Inovação e Infraestrutura

Construir infraestruturas resilientes, promover a industrialização inclusiva e sustentável e fomentar a inovação.

Objetivo 10 - Redução das Desigualdades

Reduzir a desigualdade dentro dos países e entre eles.

Objetivo 11 - Cidades e Comunidades Sustentáveis

Tornar as cidades e os assentamentos humanos inclusivos, seguros, resilientes e sustentáveis.

Objetivo 12 - Consumo e Produção Responsáveis

Assegurar padrões de produção e de consumo sustentáveis.

Objetivo 13 - Ação Contra a Mudança Global do Clima

Tomar medidas urgentes para combater a mudança do clima e seus impactos.

Objetivo 14 - Vida na Água

Conservar e promover o uso sustentável dos oceanos, dos mares e dos recursos marinhos para o desenvolvimento sustentável.

Objetivo 15 - Vida Terrestre

Proteger, recuperar e promover o uso sustentável dos ecossistemas terrestres, gerir de forma sustentável as florestas, combater a desertificação, deter e reverter a degradação da terra e deter a perda.

Objetivo 16 - Paz, Justiça e Instituições Eficazes

Promover sociedades pacíficas e inclusivas para o desenvolvimento sustentável, proporcionar o acesso à justiça para todos e construir instituições eficazes, responsáveis e inclusivas em todos os níveis.

Objetivo 17 - Parcerias e Meios de Implementação

Fortalecer os meios de implementação e revitalizar a parceria global para o desenvolvimento sustentável.

Esses objetivos, apesar de ambiciosos, especialmente quando pensados em escala global, representam um esforço conjunto como uma forma de sensibilizar os diversos atores - países, empresas, instituições e os membros da sociedade civil - a respeito da escassez de recursos e das violações ainda encontradas na sociedade, aos direitos humanos.

A evolução do reconhecimento internacional dos direitos humanos encontrou na Agenda 2030 das Nações Unidas um marco contemporâneo de excepcional relevância, particularmente através do Objetivo de Desenvolvimento Sustentável 3 (ODS 3), que visa "assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades". Este objetivo representa a concretização de décadas de construção normativa internacional iniciada com a Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948, consolidando o direito à saúde como pilar fundamental da dignidade humana e do desenvolvimento sustentável.

O Objetivo 3 não constitui apenas uma meta programática, mas sim a materialização jurídico-política de um direito humano fundamental já consagrado no artigo 25 da Declaração Universal, que estabelece o direito de toda pessoa a "um padrão de vida capaz de assegurar-lhe,

e a sua família, saúde e bem-estar".⁴⁰ A transição da declaração principiológica de 1948 para as metas específicas e mensuráveis da Agenda 2030 representa uma evolução importante na proteção internacional dos direitos humanos⁴¹, incorporando uma dimensão que vai além do caráter meramente programático das declarações anteriores.

A arquitetura normativa do ODS 3 compreende treze metas específicas que abrangem desde a redução da mortalidade materna e neonatal até o fortalecimento dos sistemas de saúde nacionais. Entre suas principais metas destaca-se a meta 3.1, que visa reduzir a taxa de mortalidade materna global para menos de 70 mortes por 100.000 nascidos vivos até 2030, e a meta 3.2, que busca acabar com as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de 5 anos.⁴² Essas metas refletem a compreensão contemporânea de que o direito à saúde não se limita à ausência de doenças, mas engloba o acesso universal a serviços de saúde de qualidade, conforme preconizado pela Organização Mundial da Saúde desde sua constituição de 1946.⁴³

A dimensão universal do Objetivo 3 representa um avanço significativo em relação aos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, que se concentravam predominantemente nos países em desenvolvimento. A nova agenda reconhece que os desafios de saúde pública ultrapassam fronteiras geográficas e econômicas, exigindo uma abordagem global coordenada⁴⁴.

Esta perspectiva universalista alinha-se perfeitamente com a natureza indivisível e interdependente dos direitos humanos estabelecida na Declaração de Viena de 1993, reafirmando que o direito à saúde constitui condição *sine qua non* para o exercício pleno da cidadania e da dignidade humana.⁴⁵

Não obstante, o objetivo incorpora uma visão integral de saúde que abrange não apenas a prevenção e tratamento de doenças, mas também a promoção da saúde mental, a redução de

⁴⁰ ONU. **Declaração universal dos direitos humanos.** Disponível em: <https://www.oas.org/dil/port/1948%20Declaracao%20A7%20A3o%20Universal%20dos%20Direitos%20Humanos.pdf>. Acesso em 14.04.25.

⁴¹RIZZOLLI, Daniel. **Participação do sindicato no diálogo social como forma de atingir o trabalho decente para o desenvolvimento sustentável da Agenda 2030.** 2024. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento no Estado Democrático de Direito) - Faculdade de Direito de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2024, p. 29 Disponível em: <https://doi.org/10.11606/D.107.2024.tde-31032025-141223>. Acesso em 23.09.25.

⁴² ONU. **A agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável.** Disponível em: <https://brasil.un.org/sites/default/files/2020-09/agenda2030-pt-br.pdf>. Acesso em 07.04.25.

⁴³ OMS. **Constituição da Organização Mundial da Saúde.** Disponível em: <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1>. Acesso em: 10.04.24.

⁴⁴ LARANJA, Lara Silva. **Inteligência pública, gestão e governança para o desenvolvimento sul global: considerações e aplicações para o Brasil e a saúde.** 2024. Tese (Doutorado em Desenvolvimento, Sociedade e Cooperação Internacional) — Universidade de Brasília, Brasília, 2024, p. 86. Disponível em: <https://repositorio.unb.br/handle/10482/51923>. Acesso em: 23.09.25.

⁴⁵ ONU. **Declaração de Viena de 1993.** Disponível em: <https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/vienna-declaration-and-programme-action>. Acesso em: 23.09.25.

mortes por acidentes de trânsito, o combate ao uso de substâncias nocivas e o fortalecimento da capacidade de resposta a emergências sanitárias globais (meta 3.d). Esta abordagem, em sua totalidade, reflete a evolução conceitual do direito à saúde, que passou de uma concepção restritiva centrada na assistência médica para uma visão ampliada que engloba os determinantes sociais da saúde e a necessidade de políticas públicas.

A meta 3.8 da referida ODS merece atenção especial por estabelecer o compromisso de "alcançar a cobertura universal de saúde, incluindo a proteção do risco financeiro, o acesso a serviços de saúde essenciais de qualidade e o acesso a medicamentos e vacinas essenciais seguros, eficazes, de qualidade e a preços acessíveis para todos".⁴⁶ Esta meta representa a operacionalização contemporânea do direito à saúde como direito humano fundamental, estabelecendo parâmetros concretos para sua efetivação pelos Estados signatários.⁴⁷

A implementação do ODS 3 exige dos Estados não apenas a abstenção de práticas que prejudiquem a saúde de seus cidadãos, mas também a adoção de medidas positivas para garantir o acesso universal aos serviços de saúde. Este duplo aspecto - negativo e positivo - do direito à saúde encontra-se claramente delineado nos instrumentos internacionais de direitos humanos, particularmente no Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais de 1966, cujo artigo 12 estabelece o direito de toda pessoa de gozar do melhor estado de saúde física e mental possível.⁴⁸

Segundo Laranja⁴⁹, o monitoramento e a avaliação do progresso rumo ao cumprimento do ODS 3 baseiam-se em um sistema robusto de indicadores que permitem mensurar objetivamente os avanços alcançados. No contexto brasileiro, a implementação desses indicadores encontra-se com os desafios típicos dos países do Sul Global, onde a gestão pública deve desenvolver instrumentos próprios de inteligência pública para apoiar a tomada de decisões em saúde, considerando as especificidades locais e os riscos inerentes à sociedade contemporânea.

⁴⁶ ONU. **A agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável**. Disponível em: <https://brasil.un.org/sites/default/files/2020-09/agenda2030-pt-br.pdf>. Acesso em: 07.04.25.

⁴⁷ FORMAN, Lisa *et al.* What do core obligations under the right to health bring to universal health coverage? **Health and Human Rights**, v. 18, n. 2, 2016, p. 28. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5394991/>. Acesso em: 23.09.25

⁴⁸ ONU. **Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais**. Disponível em: <https://www.oas.org/dil/port/1966%20Pacto%20Internacional%20sobre%20os%20Direitos%20Econ%C3%B3micos,%20Sociais%20e%20Culturais.pdf>. Acesso em: 01.02.25.

⁴⁹ LARANJA, Lara Silva. **Inteligência pública, gestão e governança para o desenvolvimento sul global: considerações e aplicações para o Brasil e a saúde**. 2024. Tese (Doutorado em Desenvolvimento, Sociedade e Cooperação Internacional) — Universidade de Brasília, Brasília, 2024, p. 68. Disponível em: <https://repositorio.unb.br/handle/10482/51923>. Acesso em: 23.09.25.

A pandemia de COVID-19 demonstrou, de forma inequívoca, a relevância e urgência do ODS 3, evidenciando as fragilidades dos sistemas de saúde globais e a necessidade de fortalecimento da cooperação internacional em saúde pública.⁵⁰

A crise sanitária revelou não apenas problemas estruturais de subfinanciamento e fragmentação dos sistemas nacionais de saúde, mas também a urgência de se desenvolver instrumentos próprios de inteligência pública que permitam uma gestão mais eficaz dos riscos sanitários. A crise acelerou o reconhecimento de que o direito à saúde não constitui apenas uma prerrogativa individual, mas também um bem público global cuja proteção demanda ação coletiva coordenada, especialmente considerando os desafios específicos enfrentados por países em desenvolvimento na construção de sistemas universais de saúde inclusivos, sustentáveis e democráticos.⁵¹

Vale, ainda, referenciar outro importante objetivo a ser cumprido, dado o recorte da presente tese, já que propõe um repensar ao modelo de enfrentamento do direito à saúde, com vias à desjudicialização, qual seja o ODS 16 - Paz, Justiça e Instituições Eficazes, que estabelece: “Promover sociedades pacíficas e inclusivas para o desenvolvimento sustentável, proporcionar o acesso à justiça para todos e construir instituições eficazes, responsáveis e inclusivas em todos os níveis”.

Assim, a implementação do ODS 3 e também do ODS 16 no contexto nacional exige a harmonização entre os compromissos internacionais assumidos pelos Estados e seus ordenamentos jurídicos internos, processo que no Brasil encontra particular complexidade devido à estrutura federativa do país e à necessidade de coordenação e cooperação entre os diferentes níveis de governo, a compreensão da interdependência sistêmica com a saúde suplementar, bem como o papel do cidadão.

A análise da dimensão nacional do direito à saúde, suas bases constitucionais e sua operacionalização através do Sistema Único de Saúde e do sistema de saúde suplementar constitui, inicialmente, etapa fundamental para a compreensão da efetivação deste direito humano fundamental no ordenamento jurídico brasileiro.

⁵⁰ BERNARDES, Liliane Cristina Gonçalves; VIEIRA, Fabíola Sulpino. ODS 3: assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar social para todas e todos, em todas as idades. *In: Avaliação do progresso das principais metas globais para o Brasil*. Brasília: IPEA, 2024, p.5. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/server/api/core/bitstreams/cf63f3ab-3c34-48f6-ad19-3614dca11fb5/content>. Acesso em: 27.09.25.

⁵¹ LARANJA, Lara Silva. *Inteligência pública, gestão e governança para o desenvolvimento sul global: considerações e aplicações para o Brasil e a saúde*. 2024. Tese (Doutorado em Desenvolvimento, Sociedade e Cooperação Internacional) — Universidade de Brasília, Brasília, 2024, p. 6. Disponível em: <https://repositorio.unb.br/handle/10482/51923>. Acesso em: 23.09.25.

1.2 Direito à Saúde no Brasil: O SUS e a Saúde Suplementar

A constitucionalização do direito à saúde, inaugurando a era da efetividade, será objeto de apreciação no próximo capítulo que trata da judicialização. No presente, far-se-á uma abordagem mais específica da regulamentação da saúde no Brasil, com um olhar integrativo do Sistema Único de Saúde – SUS e da Saúde Suplementar.

A “Constituição Cidadã”⁵², como também é conhecida a Constituição Federal brasileira de 1988, trata do direito à saúde de forma pioneira e expressa, elevando-o ao *status* constitucional e delineando seu funcionamento, além de elencá-lo não apenas como direito do cidadão, mas principalmente como uma obrigação estatal:

Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição.

(...)

Art. 196. 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.⁵³

Essa busca pelo reconhecimento de fundamentalidade do direito à saúde tem origem em um movimento social desencadeado na década de 70, posteriormente designado de Movimento da Reforma Sanitária, que abrangia todos os setores da saúde, objetivando proporcionar melhor qualidade de vida para a população, perfazendo-se em verdadeiro marco do processo histórico da saúde em sua alçada para o reconhecimento constitucional.⁵⁴

O Movimento da Reforma Sanitária se consolidou após o fim da ditadura militar, na 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), em 1986, oportunidade em que mais de cinco mil representantes de todos os seguimentos da sociedade civil discutiram um novo modelo de saúde para o Brasil, que culminou com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) pela Assembleia Nacional Constituinte, em 1988.⁵⁵

⁵² A expressão “*Constituição Cidadã*” foi utilizada pelo deputado federal Ulysses Guimarães - Presidente da Assembleia Nacional Constituinte - no discurso de promulgação da Constituição da República de 1988, tendo tal termo se popularizado.

⁵³BRASIL. **Constituição Federal de 1988**. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Presidência da República, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.html. Acesso em: 02.12.24.

⁵⁴ FREITAS, Antônio Alberto; SILVA, Magda Costa; NASCIMENTO, Verônica Salgueiro do. Direitos da cidadania: O direito à saúde no Brasil. **Revista Interdisciplinar de Direitos Humanos**, Bauru, v. 11, n. 1, 2023, p. 198. Disponível em: <https://www2.faac.unesp.br/ridh3/index.php/ridh/article/view/179>. Acesso em: 09.12.24.

⁵⁵ SOUSA, Maria Fátima de. A Reforma Sanitária Brasileira e o Sistema Único de Saúde. **Tempus – Actas de Saúde Coletiva**, v. 8, n. 1, 2014, p. 14. Disponível em: <https://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1448>. Acesso em: 11.12.24

Desta forma, uma saúde antes embasada em aberto sistema de privilegiamento aos interesses econômico-corporativos e empresariais do setor privado e da medicina liberal, passou por uma remodelação democrática, não sendo mais tida como mero negócio, mas sim como direito fundamental e universal.⁵⁶ Nesse sentido, pontuam Favaret Filho e Oliveira⁵⁷:

A fórmula 'Saúde — Direito dos Cidadãos, Dever do Estado', elaborada no seio do movimento sanitarista e consagrada como princípio constitucional de 1988, sintetiza admiravelmente a concepção que informa a primeira experiência brasileira de uma política social universalizante. A Reforma Sanitária, não obstante suas marchas e contramarchas, configura uma ruptura pioneira no padrão de intervenção estatal no campo social moldado na década de 30 e desde então intocado em seus traços essenciais. Com ela surge na cena política brasileira a noção de direito social universal, entendido como um atributo da cidadania sem qualificações, ao que deve corresponder, como direito, não como concessão, uma ação estatal construtiva da oferta dos serviços que lhes são inerentes.

A Constituição Federal elenca os princípios que embasam o direito à saúde, que podem ser sintetizados em universalidade, uniformidade, equivalência, seletividade e distributividade de benefícios e serviços; irredutibilidade do valor dos benefícios; equidade e diversidade na forma de custeio e financiamento; caráter democrático e descentralizado de administração, mediante gestão quadripartite, com participação dos trabalhadores, dos empregadores, dos aposentados e do Governo nos órgãos colegiados.⁵⁸

Pode se perceber que a Constituição dedicou diversos de seus artigos no sentido de regular de forma prática a efetivação deste direito, permeando frentes imprescindíveis, tais como o financiamento da saúde e as atribuições e competências dos órgãos estatais, matérias que, dentre outras, por expressa previsão constitucional viriam a ser esmiuçadamente abordadas por Lei Orgânica responsável por dispor acerca da organização e funcionamento do Sistema Único de Saúde.

Observou-se, no entanto, inicial resistência por parte do Governo Federal em enviar o projeto de lei ao Congresso Nacional, o que resultou em um atraso inicial de dois anos para o

⁵⁶ MARTINS, Leonardo; DIMOULIS, Dimitri. **Teoria Geral dos Direitos Fundamentais**. 9ª Edição revista, atualizada e ampliada. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2021, p. 97.

⁵⁷ FAVARET FILHO, Paulo; OLIVEIRA, Pedro Jorge. A universalização excludente: reflexões sobre as tendências do sistema de saúde. **Planejamento e Políticas Públicas**. Brasília, DF: IPEA, n. 3, jun.1990, p. 139. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/entities/publication/399d43ae-1c1f-4397-bda5-ac0ff3c68036>. Acesso em: 03.03.25

⁵⁸ BARRETO JUNIOR, I. F.; PAVANI, M. O direito à saúde na ordem constitucional brasileira. **Revista de Direitos e Garantias Fundamentais**, v. 14, n. 2, 2013, p. 77. Disponível em: <https://sisbib.emnuvens.com.br/direitosegarantias/article/view/263>. Acesso em: 24.02.25

começo da implantação do SUS, posto que a aprovação da Lei Orgânica da Saúde ocorreu através das leis n. 8.080, de 19 de dezembro de 1990⁵⁹ e n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990.⁶⁰

Apesar da demora inicial em sua implementação, o Sistema Único de Saúde rompe completamente com a realidade de exclusão vivenciada no País até então, perfazendo-se num marco significativo da redemocratização brasileira.⁶¹

Como dito, a Constituição Federal de 1988 implementou o Sistema Único de Saúde (SUS) no País; um sistema de saúde pública profuso, que engloba desde o atendimento ambulatorial até o transplante de órgãos, assegurando o acesso integral, gratuito e universal para todos os brasileiros, se configurando, nas palavras de Freitas, Silva e Nascimento⁶² “um dos maiores sistemas de saúde do mundo”.

Cumprir destacar que o SUS é um sistema relacionado ao direito sanitário do país e não detém personalidade jurídica própria, razão pela qual não pode, portanto, ser titular de direitos e obrigações no ordenamento jurídico.

Sabino⁶³ aponta que a regulamentação do SUS foi o ponto de partida para que se orquestrasse uma rede estatal intrincada e complexa para cumprir o mandamento constitucional, composta por órgãos de todas as esferas federadas, a rigor do art. 23, II, da Constituição Federal de 1988.

Nesse sentido, destaca o referido autor que o SUS compreende todas as ações na área da saúde tomadas pela administração pública (art. 4º, da Lei nº 8.080/90); além das ações do Ministério da Saúde e das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, compõem a rede de definição de políticas na área de saúde a Anvisa (Agência Nacional de Vigilância Sanitária), a

⁵⁹ BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm. Acesso em: 02.01.25.

⁶⁰ BRASIL. **Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 1990. Disponível em: https://planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18142.htm. Acesso em: 02.01.25.

⁶¹ MACHADO, Felipe Rangel de Souza. Contribuições ao debate da judicialização da saúde no Brasil. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, Brasil, v. 9, n. 2, 2008, p. 77. Disponível em: <https://revistas.usp.br/rdisan/article/view/13118>. Acesso em: 12.01.25

⁶² FREITAS, Antônio Alberto; SILVA, Magda Costa; NASCIMENTO, Verônica Salgueiro do. Direitos da cidadania: O direito à saúde no Brasil. **Revista Interdisciplinar de Direitos Humanos**, Bauru, v. 11, n. 1, 2023, p. 198. Disponível em: <https://www2.faac.unesp.br/ridh3/index.php/ridh/article/view/179>. Acesso em: 09.12.24.

⁶³ SABINO, Marco Antonio da Costa. Quando o Judiciário ultrapassa seus limites constitucionais e institucionais. O caso da saúde. In: GRINOVER, Ada Pellegrini; WATANABE, Kazuo (Coords.). **O Controle jurisdicional de políticas públicas**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Forense, 2013, p. 368.

ANS (Agência Nacional de Saúde), os Conselhos de Saúde (CNS, CONASS e CONASEMS), e a CMED (Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos).⁶⁴

Noronha, Lima e Machado⁶⁵ sintetizam a amplitude do Sistema Único de Saúde Brasileiro: para dar materialidade à política de saúde, a Constituição instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS), definido na lei n. 8.080, de 1990, como “o conjunto de ações e serviços públicos de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público”. Estão incluídos nesta definição, de acordo com os autores:

- 1) atividades dirigidas às pessoas, individual ou coletivamente, voltadas para promoção da saúde e prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação de agravos e doenças;
- 2) serviços prestados no âmbito ambulatorial, hospitalar e nas unidades de apoio diagnóstico e terapêutico geridos pelos governos (...), bem como em outros espaços, especialmente no domiciliar;
- 3) ações de distintas complexidades e custos, que variam desde aplicação de vacinas e consultas médicas nas clínicas básicas (clínica médica, pediatria e ginecologia-obstetrícia) até cirurgias cardiovasculares e transplantes;
- 4) intervenções ambientais no seu sentido mais amplo, incluindo as condições sanitárias nos ambientes onde se vive e se trabalha, na produção e circulação de bens e serviços, o controle de vetores e hospedeiros e a operação de sistemas de saneamento ambiental;
- 5) instituições públicas voltadas para o controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, sangue e hemoderivados e equipamentos para a saúde.

Inclusive, a utilização do termo “único” em sua nomenclatura se dá exatamente em razão da unificação de todas as ações e serviços públicos de saúde em um só sistema, a ser executado por muitos entes políticos e autônomos.⁶⁶ Neste ponto, cumpre destacar que, por mais que a redação do art. 8º da lei 8.080/1990 faça referência a hierarquia, esta deve ser entendida de forma diferente daquela puramente prevista no dicionário brasileiro. A hierarquia aplicada ao SUS é uma hierarquia que não subordina uma esfera de governo em relação às outras.

⁶⁴ SABINO, Marco Antonio da Costa. Quando o Judiciário ultrapassa seus limites constitucionais e institucionais. O caso da saúde. In: GRINOVER, Ada Pellegrini; WATANABE, Kazuo (Coords.). **O Controle jurisdicional de políticas públicas**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Forense, 2013, p. 368.

⁶⁵ NORONHA, José de Carvalho; LIMA, Luciana Dias; MACHADO, Cristiani Vieira. O Sistema Único de Saúde – SUS. In: GIOVANELLA, Lígia, et. al. **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. 2 ed. rev. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012, p. 372. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/c5nm2/pdf/giovanella-9788575413494.pdf>. Acesso em: 25.01.25.

⁶⁶ SANTOS, Lenir. ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de. Redes interfederativas de saúde: um desafio para o SUS nos seus vinte anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n.3, março 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/b77HCkBwb3FcTzJtBzzjgcr/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 03.04.25

Assim, por exemplo, o município “X” não se encontra subordinado à União no âmbito do SUS e nem poderia ser diferente, já que os entes políticos possuem autonomia em um Estado federativo como o Brasil.⁶⁷

Ana Carvalhal⁶⁸ ensina que o Sistema Único de Saúde descentralizou os serviços e conjugou os recursos financeiros da União, Estados e Municípios com o objetivo de aumentar a capacidade de resolução, restando assim, portanto, estabelecida a solidariedade entre os entes.

A hierarquia proposta pelo SUS está relacionada tão somente aos níveis de complexidade crescente da problemática envolvendo a saúde, de modo que a hierarquização referida observará, em tese, a seguinte premissa: Atenção Básica (primária), que realiza a triagem dos interessados em utilizar o sistema; a Atenção Secundária (média complexidade) e Atenção Terciária (alta complexidade).⁶⁹

Neste sentido explica Mendes⁷⁰, que a estrutura hierárquica do SUS é definida por níveis de “complexidade” crescentes, e com relações de ordem e graus de importância entre os diferentes níveis, o que caracteriza uma hierarquia. O sistema público brasileiro de atenção à saúde organiza-se, em síntese e segundo suas normativas, em atenção básica, atenção de média e alta complexidades.

Nesse sentido, é imprescindível que num sistema composto por diversos entes haja uma efetiva relação entre eles, a fim de garantir a prestação do serviço público de forma efetiva, como apontam Santos e Andrade⁷¹:

Na saúde, é fundamental que os serviços de uns se interconectem ou interajam com os dos outros, para compor uma rede de serviços que seja capaz de garantir ao cidadão de um ou de outro município a integralidade de sua saúde, uma vez que a maioria das municipalidades não é capaz de arcar sozinha com a assistência à saúde de seus habitantes. Por isso a necessidade de articulação entre os entes federativos para compor uma rede interfederativa, dotada de instrumentos jurídico-administrativos que lhes permitam, de maneira integrada e compartilhada, planejar e gerir serviços, transferir recursos e se referenciar uns aos outros de forma sistêmica, numa interdependência política, administrativa e financeira, sem hierarquia e sem perda de autonomia. O SUS é uma política pública dotada de elementos que exigem um modelo de gestão mais condizente com as tendências atuais da moderna administração

⁶⁷ SANTOS, Ricart César Coelho dos. **Financiamento da saúde pública no Brasil**. Belo Horizonte: Fórum, 2016, p. 74.

⁶⁸ CARVALHAL, Ana Paula Zavarize. O fornecimento de medicamentos à luz da teoria da justiça Aristotélica. **Cadernos do Programa de Pós-Graduação em Direito da UFRGS**, v. 4, n. 7, 2005, p. 67. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/ppgdir/article/view/50819>. Acesso em: 17.12.24

⁶⁹BRASIL. **Relatório anual de gestão de 2023**. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_anual_gestao_2023_versao_25_10_24.pdf. Acesso em: 02.01.25.

⁷⁰ MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, agosto 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/VRzN6vF5MRYdKGMBYgksFwc/?lang=pt>. Acesso em: 22.01.25.

⁷¹ SANTOS, Lenir; ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de. Redes interfederativas de saúde: um desafio para o SUS nos seus vinte anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 3, março 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/b77HCkBwb3FcTzJtBzzjgcr/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 03.04.25

pública, que deve atuar mais próxima do cidadão e mediante permanente articulação entre os entes políticos.

Essa comunhão dos entes e a repartição de suas respectivas competências e atribuições é fruto do federalismo vigente no País, em uma modelagem cooperativa, em que é fundamental para o bom funcionamento estatal que haja entrosamento entre os entes da federação em todos seus objetivos, evoluindo para um cenário de ações cooperativas e convergentes.⁷²

Pode-se afirmar que a forma mais eficaz de garantir o pleno e eficiente funcionamento de um sistema de saúde da magnitude do SUS é a colaboração do conjunto de entes envolvidos para além da previsão normativa. Trata-se, portanto, do literal federalismo cooperativo, que se caracteriza pela existência de competências comuns entre os entes federativos, em relação às quais é necessária a cooperação com o objetivo de alcançar o equilíbrio do desenvolvimento e do bem-estar em âmbito nacional.⁷³

Santos e Andrade⁷⁴ apontam ainda não ser suficiente apenas a comunicação entre os órgãos, devendo haver em essência uma gestão compartilhada:

A rede interfederativa se caracteriza pela necessidade de haver, no SUS, “gestão” intergovernamental, e não apenas relações entre os governos. Na saúde, é imperioso haver gestão compartilhada, planejamento integrado e financiamento tripartite. A instituição de uma rede interfederativa de saúde altera substancialmente a forma de relacionamento entre os entes políticos, que passam a discutir, sem hierarquia, os interesses e as realidades locais, as diversidades culturais, econômicas e sociais dos territórios, superando a “dicotomização entre a administração e a política”.

Prova disso é que, num primeiro momento, o Supremo Tribunal Federal, na ADI 2544⁷⁵, expressou que a “inclusão de determinada função administrativa no âmbito da competência comum não impõe que cada tarefa compreendida no seu domínio, por menos expressiva que seja, haja de ser objeto de ações simultâneas das três entidades federativas”.

⁷² AMARAL FILHO, Jair do. Princípios do federalismo: contribuições metodológicas para sair do labirinto fiscalista. In: GUIMARÃES, Paulo Ferraz *et al.* (Orgs.). **Um olhar territorial para o desenvolvimento**: Nordeste. Rio de Janeiro: Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social, 2014, p. 310.

⁷³ SCHWENCK, Camila Rocha. Federalismo cooperativo brasileiro e as políticas públicas sociais. **Revista da Procuradoria Geral do Estado**, v.79, 2014, p. 203. Disponível em: https://www.al.sp.gov.br/repositorio/bibliotecaDigital/20606_arquivo.pdf. Acesso em: 04.01.25

⁷⁴ SANTOS, Lenir; ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de. Redes interfederativas de saúde: um desafio para o SUS nos seus vinte anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 3, março 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/b77HCkBwb3FcTzJtBzzjgcr/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 03.04.25

⁷⁵ BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **ADI nº 2.544 RS**. Declara a inconstitucionalidade da Lei 11.380/99, do referido Estado-membro, que atribui a proteção, guarda e responsabilidade dos sítios arqueológicos e respectivos acervos existentes no Estado aos Municípios em que os mesmos se localizam. Relator: Min. Sepúlveda Pertence, 12 de junho 2002. Disponível em: <https://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=AC&docID=347618>. Acesso em: 23.01.25.

Entretanto, aproximadamente quinze anos depois da referida decisão, em 2020, na ACO 3121⁷⁶, verificou-se a sinalização de uma mudança na perspectiva do federalismo cooperativo. Neste caso, o estado de Roraima, com fulcro no federalismo cooperativo, solicitou à justiça que determinasse a ação da União ante à situação excepcional em seu território.

Segundo Filho, a ministra relatora do caso à época, Rosa Weber, em voto favorável à demanda, manifestou-se sobre os conceitos de solidariedade e federalismo cooperativo, destacando a obrigatoriedade de atuação conjunta e do exercício da cooperação interinstitucional, pontuando, inclusive, que a ausência de previsão normativa específica quanto ao grau de comprometimento de cada ente federativo no que tange às competências comuns não pode ser um fator prejudicial aos entes federativos⁷⁷.

No que tange às nuances do federalismo especificamente ao direito à saúde, cumpre destacar o tema 793 do STF⁷⁸, oriundo do julgamento do RE nº 855.178 que tinha como objetivo a discussão sobre a solidariedade existente entre os entes federados em relação à promoção do direito à saúde:

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

Na mesma linha, de suma importância o julgamento do tema 1.234⁷⁹, originado pela afetação com repercussão geral do RE nº 1.366.243⁸⁰, no qual o STF reafirma a ideia de responsabilidade dos entes federativos garantirem o fornecimento de medicamentos, especialmente os de alto custo, necessários para o tratamento de doenças graves; responsabilidade essa compartilhada entre os entes, no contexto do federalismo cooperativo,

⁷⁶ BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **ACO 3121 RR**. Pretensão de reforço nas medidas administrativas de áreas de controle policial, saúde e vigilância sanitária na fronteira. Min. Relator: Rosa Weber, 27 de out de 2020. Disponível em: <https://jurisprudencia.stf.jus.br/pages/search/sjur435469/false>. Acesso em: 23.01.25.

⁷⁷ LOPES FILHO, Juraci Mourão. **Competências federativas**: na Constituição e nos precedentes do STF. 3. ed. São Paulo: Editora Foco, 2024, p. 368.

⁷⁸ BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Tema nº 793**. Estabelece a responsabilidade solidária entre União, Estados e Municípios no fornecimento de saúde (medicamentos/tratamentos). Min. Relator: Luiz Fux, 06 de março de 2015. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/jurisprudenciaRepercussao/tema.asp?num=793>. Acesso em: 23.01.25.

⁷⁹ BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Tema nº 1234**. Responsabilidade solidária nas demandas prestacionais na área da saúde. Min Relator: Luiz Fux, 23 de maio de 2019. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/jurisprudenciaRepercussao/verAndamentoProcesso.asp?incidente=6335939&numeroProcesso=1366243&classeProcesso=RE&numeroTema=1234>. Acesso em: 14.02.25.

⁸⁰ BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **RE nº 1.366.243 SE**. Responsabilidade solidária nas demandas prestacionais na área da saúde. Min Relator: Luiz Fux, 23 de maio de 2019. Disponível em: <https://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=TP&docID=752469853>. Acesso em: 23.01.25

ainda que o medicamento não esteja disponível na rede pública e independentemente de suas respectivas limitações orçamentárias.

No âmbito do referido julgamento, pode-se compreender, inclusive, estar diante de um “Federalismo Cooperativo Digital”, conceito que está intrinsecamente atrelado à premente necessidade de colaboração entre os entes federativos e a evolução tecnológica, o que será desenvolvido em item próprio do terceiro capítulo.

Para o recorte proposto, cumpre, neste momento, abordar importantíssima característica do direito à saúde, em que a Constituição Federal confere a possibilidade de participação à iniciativa privada, inclusive através da saúde suplementar, porém sem um detalhamento mais específico.

Segundo a previsão constitucional, a assistência à saúde também é livre à iniciativa privada, possibilitando a participação ativa do setor privado, que atualmente ocorre principalmente de duas maneiras: a primeira relacionada aos serviços complementares de saúde do SUS, com prestação de serviços ambulatoriais ou hospitalares, pagos por desembolso do usuário, além de possibilitar a execução indireta por organizações sociais de saúde do terceiro setor⁸¹, enquanto que a segunda refere-se ao mercado de saúde suplementar, composto pelos planos privados de saúde, oferecidos por pessoas jurídicas de direito privado, e por planos vinculados à instituição patronal de assistência ao servidor público civil e militar⁸²:

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

(...)

Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

§ 1º - As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

§ 2º É vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos.

⁸¹ PAIM, J; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C.; BAHIA, L.; MACINKO, J. **O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios**. Disponível em: https://actbr.org.br/uploads/arquivo/925_brazil1.pdf. Acesso em: 26.06.25.

⁸² ALBUQUERQUE, C. *et al.* A situação atual do mercado da saúde suplementar no Brasil e apontamentos para o futuro. **Ciência Saúde Coletiva**, v.13, n.5, outubro 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/jXwhKzH5MtFjLS4h7WdMy8m/>. Acesso em: 26.12.24.

§ 3º É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País, salvo nos casos previstos em lei.⁸³

A saúde complementar consiste na participação da iniciativa privada na execução de serviços públicos de saúde, mediante contratos ou convênios com o poder público.⁸⁴ Trata-se, essencialmente, de uma forma de delegação estatal, em que o ente privado atua no lugar da Administração Pública, porém sempre subordinado às normas do direito administrativo, aos princípios da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência, além da responsabilidade objetiva prevista no art. 37, § 6º, da Constituição Federal.⁸⁵

O sistema suplementar refere-se à prestação direta de serviços de assistência à saúde por operadoras de planos e seguros privados, com regulação e fiscalização exercidas pelo Estado, por meio da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).⁸⁶

A estrutura organizacional das operadoras de planos de saúde é diversificada, sendo constituída por diferentes modalidades jurídicas que se distinguem quanto ao modelo de acesso, forma de financiamento e benefícios oferecidos. As principais categorias são: medicina de grupo, cooperativas médicas, autogestão e seguradoras especializadas.⁸⁷

A medicina de grupo representa empresas privadas que operam planos de saúde para indivíduos, famílias ou empresas, comercializando seus serviços de forma ampla e estruturando redes próprias ou credenciadas.⁸⁸ As cooperativas médicas, regulamentadas pela Lei nº 5.764/1971⁸⁹, organizam-se como sociedades sem fins lucrativos, nas quais os médicos são simultaneamente prestadores e sócios-cooperados. No modelo de autogestão, a empresa assume diretamente, ou por meio de terceiros (cogestão), a administração dos serviços de saúde destinados a seus empregados e dependentes, sem ofertá-los no mercado em geral. Há também

⁸³ BRASIL. **Constituição Federal de 1988**. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Presidência da República, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.html. Acesso em: 02.12.24.

⁸⁴ CERQUEIRA, Rafael Soares de; CARDOSO, Henrique Ribeiro. Análise do impacto regulatório na saúde suplementar. **Revista Brasileira de Direito da Saúde**, v. 4, n. 1, 2018, p. 143-144. Disponível em: <https://www.indexlaw.org/index.php/revistaddsus/article/view/4337>. Acesso em: 28.09.25

⁸⁵ OLIVEIRA, Elysângela Afonso Aguiar de Andrade; MONTEIRO, Michael Lemes. A saúde suplementar no Brasil: avanços e desafios após 25 anos de regulação. In: ESTALD, Amanda de Souza *et al*(orgs.). **Rumo à conexão integral: explorando fronteiras multidisciplinares**. Belo Horizonte: Editora Poisson, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.36229/978-65-5866-401-7>. Acesso em: 28.09.25.

⁸⁶ CERQUEIRA; CARDOSO, *op. cit.*, p. 147.

⁸⁷ HECK, Joaquim. **Ensaio em economia da saúde: análise da demanda no mercado de saúde suplementar utilizando um modelo econométrico de dados de contagem**. São Paulo: FGV, 2012, p. 26. Disponível em: <https://repositorio.fgv.br/server/api/core/bitstreams/8f6ce2e7-0f26-4408-8701-fc3a4fdcd0da/content>. Acesso em: 29.07.25.

⁸⁸ *Ibid.*, p. 28.

⁸⁹ BRASIL. **Lei nº 5.764, de 16 de dezembro de 1971**. Define a Política Nacional de Cooperativismo, institui o regime jurídico das sociedades cooperativas, e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1971. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/15764.htm. Acesso em: 29.07.25.

autogestões constituídas por associações de trabalhadores ou entidades sindicais, sem fins lucrativos, que financiam os cuidados de saúde dos seus membros. Já as seguradoras especializadas são empresas com fins lucrativos autorizadas a operar seguros-saúde, oferecendo cobertura mediante reembolso ou garantia de assistência.⁹⁰

O mercado de planos e seguros de saúde só veio a ser regulamentado com a promulgação da Lei nº 9.656/1998⁹¹ e da Medida Provisória nº 1.665 (posteriormente republicada sob o número 2.177-44⁹²). E objetivando garantir efetividade à regulação da atuação do setor privado em saúde, a Lei 9.961 de 2000⁹³ criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS):

Art. 3º A ANS terá por finalidade institucional promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde no País.

A atuação da ANS abrange desde a normatização dos critérios de entrada, operação e saída das operadoras, até a definição dos padrões mínimos de cobertura assistencial, bem como o monitoramento da qualidade do atendimento prestado. Todos os contratos celebrados após a regulamentação passaram a ser obrigatoriamente registrados na agência, e devem obedecer às diretrizes previstas na legislação específica e nas normas da própria agência.

Sendo assim, com um extenso rol de competências, a ANS foi pensada com o intuito de fiscalizar, monitorar, regulamentar e avaliar o exercício dos serviços de saúde oferecidos pelos atores privados autorizados a prestá-la. De acordo com Gregory⁹⁴:

Um marco importante para o mercado de saúde suplementar, à medida que o Estado sinalizava, de um lado, que esta atividade estava submetida aos princípios constitucionais da ordem econômica, da livre iniciativa e competição, por considerá-los instrumentos agregadores de eficiência a esse mercado, e, de outro, que tais atividades deveriam ser desenvolvidas de acordo com decisões e regulamentações editadas por um órgão estatal responsável por autorizar, regulamentar e fiscalizar o

⁹⁰ HECK, Joaquim. **Ensaio em economia da saúde**: análise da demanda no mercado de saúde suplementar utilizando um modelo econométrico de dados de contagem. São Paulo: FGV, 2012, p. 27. Disponível em: <https://repositorio.fgv.br/server/api/core/bitstreams/8f6ce2e7-0f26-4408-8701-fc3a4fdcd0da/content>. Acesso em: 29.07.25.

⁹¹ BRASIL. **Lei nº 9.659, de 3 de junho de 1998**. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Brasília, DF: Presidência da República, 1998. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19656.htm. Acesso em: 05.08.25.

⁹² BRASIL. **Medida Provisória nº 1665, de 24 de agosto de 2001**. Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos privados de assistência à saúde e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2001. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/CCivil_03///MPV/2177-44.htm. Acesso em: 05.08.25.

⁹³ BRASIL. **Lei 9.961, de 28 de janeiro de 2000**. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2000. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19961.htm. Acesso em: 08.04.25.

⁹⁴ GREGORI, Maria Stella. **Planos de saúde**: a ótica da proteção do consumidor. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2007, p. 42.

exercício dessas atividades, de modo a permitir que a competição se desse de forma saudável e em benefício da sociedade como um todo.

Importante mencionar que existe a possibilidade do ressarcimento ao SUS, de acordo com o artigo 32, da Lei 9.656/98⁹⁵, quando os atendimentos prestados aos beneficiários de planos de saúde forem realizados em instituições integrantes do sistema público.

Esse ressarcimento pode ser considerado uma hipótese de forçosa e regulamentada cooperação também envolvendo a iniciativa privada, imposta por lei e executada por intermédio da ANS, a fim de desestimular o não cumprimento dos contratos celebrados no âmbito privado, o que, conseqüentemente, prejudicaria o equilíbrio econômico-financeiro da saúde pública. A agência sintetiza o processo realizado para garantir a efetiva realização dos ressarcimentos:

A ANS recebe do Departamento de Informática do SUS (DATASUS) a base de dados com informações sobre os atendimentos ocorridos na rede do SUS e faz a conferência dessas informações com o seu banco de dados de beneficiários de planos de saúde.

Após a checagem, uma vez identificado que beneficiários utilizaram os serviços do SUS, são encaminhadas às operadoras de planos de saúde notificações, denominadas de Aviso de Beneficiário Identificado (ABI), para que efetuem o pagamento dos valores apurados ou apresentem defesa.

A defesa por parte das operadoras é composta por duas instâncias. Inicialmente é protocolada uma impugnação, em que serão alegados os motivos pelos quais o ressarcimento não é devido. Caso haja o indeferimento das alegações, é possível apresentar um recurso contra a decisão anteriormente proferida.

Ao final do processo administrativo, caso seja constatado que os atendimentos identificados de fato se encontravam cobertos pelos contratos, são emitidas Guias de Recolhimento da União (GRU). As operadoras que não pagarem as guias serão inscritas em dívida ativa e no Cadastro Informativo de Créditos não quitados do Setor Público federal (CADIN), bem como ficam sujeitas à cobrança judicial. Por fim, os valores arrecadados pela ANS são encaminhados ao Fundo Nacional de Saúde (FNS) do Ministério da Saúde.⁹⁶

A análise da saúde suplementar e de seu marco regulatório justifica a inserção da presente tese na linha de pesquisa Direito Empresarial: Estruturas e Regulação, sendo desenvolvida, contudo, mediante abordagem integrativa que reconhece a interdependência sistêmica entre o SUS e a saúde suplementar privada, conforme estabelecido pela Constituição Federal.

Neste sentido, um olhar integrativo e necessário reeduca os atores no cumprimento do mister constitucional, com vias a realização do direito fundamental à saúde, sem perder de vista o fomento ao desenvolvimento da atividade econômica, com a proteção dos direitos dos

⁹⁵ BRASIL. **Lei nº 9.659, de 3 de junho de 1998**. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Brasília, DF: Presidência da República, 1998. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19656.htm. Acesso em: 05.08.25.

⁹⁶ BRASIL. **Espaço de ressarcimento ao SUS**. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/operadoras/compromissos-e-interacoes-com-a-ans-1/espaco-ressarcimento-ao-sus-1>. Acesso em: 08.04.25.

usuários, ampliando o acesso à saúde, melhorando a qualidade dos serviços ofertados e promovendo maior transparência e previsibilidade nas relações jurídicas do setor.

Nesse contexto, o papel das empresas na promoção da saúde pública emerge como um objeto de estudo relevante, especialmente considerando a crescente intersecção entre responsabilidade social corporativa, direito empresarial e direito sanitário. Conforme aponta Gostin⁹⁷, o direito à saúde tem evoluído de uma concepção estritamente individual para uma dimensão coletiva, que envolve múltiplos atores sociais, incluindo o setor privado.

Empresa, para Comparato⁹⁸, é uma instituição social carregada de influência, dinamismo e poder de transformação, servindo como elemento explicativo e definidor da civilização contemporânea.

De acordo com Asquini⁹⁹, o conceito de empresa é o de um fenômeno econômico poliédrico, o qual tem sob o aspecto jurídico, não um, mas diversos perfis em relação aos diversos elementos que o integram. Assim, as definições jurídicas de empresas podem, portanto, ser diversas, segundo o diferente perfil pelo qual referido fenômeno é encarado.

O entendimento de França¹⁰⁰ é de que, economicamente, empresa significa organização dos fatores da produção: natureza, capital e trabalho.

Forgioni¹⁰¹ aduz ser necessário deixar de ver a empresa como estática, centrada apenas no empresário, alterando a perspectiva para suas relações com os empregados, os fornecedores, o mercado, os consumidores e o Estado. Ainda, deve-se partir do pressuposto de que sua atividade somente encontra função econômica, razão de ser, no mercado.

Diante destas concepções, para o direito brasileiro, a empresa privada é definida como a atividade econômica organizada de produção e circulação de bens e serviços para o mercado, exercida pelo empresário, em caráter profissional, através de um complexo de bens.

Disciplinada na Constituição de 1988 e no Código Civil de 2002, a atividade empresarial deve estar subordinada aos preceitos constitucionais, principalmente pelo fato de a empresa,

⁹⁷ GOSTIN, Lawrence. O. **Global Health Law**. Harvard University Press, 2014, p. 36. Disponível em: <https://www.cambridge.org/core/journals/international-and-comparative-law-quarterly/article/abs/global-health-law-by-lawrence-o-gostin-harvard-university-press-cambridge-ma-and-london-2014-541pp-isbn-9780674728844-4095-hbk/B37178733B084619E454120844F136DD>. Acesso em: 13.12.24

⁹⁸ COMPARATO, Fábio Konder. **Direito empresarial: estudos e pareceres**. São Paulo: Saraiva, 1995, p. 3

⁹⁹ ASQUINI, Alberto. Perfis da empresa. Tradução de Fabio Konder Comparato. **Revista de Direito Mercantil**, n. 104, 1993, p.109

¹⁰⁰ FRANÇA, Erasmo Valladão Azevedo e Novaes. Empresa, empresário e estabelecimento: as novas disciplinas da sociedade. **Revista dos Advogados AASP**, São Paulo, v. 71, 2003, p. 16. Disponível em: https://www.migalhas.com.br/arquivos/2020/5/EF3139F2763956_sociedades.pdf. Acesso em: 20.11.24

¹⁰¹ FORGIONI, Paula. **A evolução do direito comercial brasileiro**. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2009, p. 103

assim com o direito privado como um todo, desenvolverem as relações e âmbitos reservados e protegidos pelos direitos fundamentais.

Contudo, nessa perspectiva da atividade empresarial, existe a questão da exploração da saúde suplementar e a conseqüente ascensão empresarial. Em levantamento estatístico, a agência concluiu que em dezembro de 2024 o número de beneficiários em planos privados de assistência médica com ou sem odontologia chegou a 52.183.463, o maior auferido desde 2014, representando um aumento de 1.7% quando comparado a dezembro do ano anterior.¹⁰²

Ainda, no primeiro trimestre de 2025, o setor registrou lucro líquido de R\$ 7,1 bilhões, o que representa um crescimento de 114% em relação ao mesmo período de 2024. Esse valor corresponde a 7,7% da receita total do período, que foi de aproximadamente R\$ 92,9 bilhões — ou seja, para cada R\$ 100 arrecadados, o setor obteve cerca de R\$ 7,70 de lucro.¹⁰³

Toda atividade econômica organizada é passível de auferir lucros e a empresa é considerada ente gerador de riqueza e fator de progresso social, como explica Forgioni¹⁰⁴. Contudo, segundo Simões¹⁰⁵, o interesse privado precisa ser funcionalizado a partir de valores constitucionais engendrados pelos direitos fundamentais.

Assim, a responsabilidade social (ou *social responsibility*) busca trazer o lucro consciente, e não mais desmensurado. O interesse social deve dirigir a estruturação de uma organização apta a coordenar eficientemente as relações jurídicas que afetam a sociedade, não apenas considerando os custos de transação economicamente mensuráveis, mas também aqueles relacionados à satisfação dos que com a empresa se relacionam, entenda-se: fornecedor, consumidor, empregado, sociedade, entre outros.

Benacchio e Camargo¹⁰⁶ explicam que o despontar da responsabilidade social da empresa está intimamente ligado ao movimento de valorização da ética nas relações empresariais.

¹⁰² BRASIL. **Dados Gerais**. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/aceso-a-informacao/perfil-do-setor/dados-gerais>. Acesso em: 08.04.25.

¹⁰³ ANS. Agência Nacional de Saúde. **Relatório Financeiro Saúde Suplementar – 1º trimestre de 2025**. Disponível em: <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiM2EyNGY3OGItNWZmYy00ZTJkLWI5YjAtMWU3OTFIZWNmNTYxIiwidCI6IjlkYmE0ODBjLTRmYTctNDJmNC1iYmEzLTBmYjEzNzVmYmU1ZiJ9>. Acesso em: 13.02.25.

¹⁰⁴ FORGIONI, Paula. **A evolução do direito comercial brasileiro**. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2009, p. 98

¹⁰⁵ SIMÕES, Jamili. **Responsabilidade social empresarial como instrumento de efetivação dos direitos humanos**. 2021. Dissertação (Mestrado em Direito). Universidade Nove de Julho, São Paulo, 2021, p.51. Disponível em: <https://bibliotecatede.uninove.br/bitstream/tede/2512/2/Jamili%20Sim%20c3%b5es.pdf>. Acesso em: 28.09.25

¹⁰⁶ BENACCHIO, Marcelo; CAMARGO, Caio Pacca Ferraz de. Função social e responsabilidade social empresarial: convergências e divergências. **Revista Theses Juris**, vol. 8, n. 2, 2019, p.129. Disponível em: <https://periodicos.uninove.br/thesesjuris/article/view/16342>. Acesso em: 28.09.25

Partindo desse pressuposto com as empresas de saúde suplementar, percebe-se que existem impactos diretos na gestão do cuidado, introduzindo tensões entre eficiência econômica e qualidade assistencial, por exemplo, justamente colocando em evidência a valoração ética nestas relações. A implementação de protocolos de gestão de custos, auditorias médicas mais rigorosas e sistemas de glosas automatizados tem gerado conflitos crescentes entre operadoras e prestadores, com reflexos diretos na experiência do beneficiário.

Com isto, as operadoras com melhor performance financeira nem sempre apresentam os melhores indicadores de qualidade assistencial, sugerindo a existência de *trade-offs* entre eficiência econômica e efetividade clínica, e em paralelo, observa-se crescente pressão de *stakeholders* diversos para que as operadoras adotem práticas mais alinhadas com princípios de responsabilidade social.¹⁰⁷

Em resposta a estas tensões, surgem modelos alternativos de gestão empresarial que buscam conciliar sustentabilidade econômica com compromissos sociais ampliados. As Diretrizes sobre a Responsabilidade Social¹⁰⁸, conhecida como ISO 26.000, possuem características de normas de diretrizes com orientações para as empresas que a adotarem. Essas normas destacam que a responsabilidade social não é somente empresarial, mas de todas as organizações e dos indivíduos. Esta característica coloca o desenvolvimento sustentável, e em consequência a melhoria da qualidade de vida, como objetivo empresarial, bem como para prestação do serviço.¹⁰⁹

No entanto, vale dizer que a adoção destes modelos alternativos possui caráter voluntário, de modo que a empresa irá decidir se deseja implementar as normativas de responsabilidade social na sua atuação. Assim, faz-se importante repensar essa integração sistêmica, com um olhar de governança colaborativa e efetiva participação social, conforme se propõe no capítulo 3.

Apresentado o modelo de saúde brasileiro, integrando o modelo público com o suplementar, que demanda um olhar mais cooperativo, integrativo e fraterno, que será mais para frente desenvolvido, mister apresentar a seguir, para o recorte proposto, alguns sistemas de

¹⁰⁷ SANTOS, Isabela Soares. **O mix público-privado no sistema de saúde brasileiro**. 2009. Tese (Doutorado em Ciências), Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2009, p. 29. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/premio2010/doutorado/trabalho_isabelasantos_mh_d.pdf. Acesso em: 21.09.25

¹⁰⁸ ABNT. **ABNT NBR ISO 26000:2010 - Diretrizes sobre Responsabilidade Social**. Disponível em: http://www.inmetro.gov.br/qualidade/responsabilidade_social/iso26000.asp. Acesso em: 05.06.25.

¹⁰⁹ DIAS, Reinaldo. **Gestão Ambiental: Responsabilidade Social e Sustentabilidade**. 2ª Ed. Revista Atualizada. São Paulo: Editora Atlas S.A, 2011, p. 85.

saúde adotados pelo mundo, que revelam a tendência mundial dessa prestação mista - pública e privada.

1.3. Sistemas de Saúde: Alguns Modelos Adotados pelo Mundo

Analisado o modelo de saúde do Brasil, torna-se importante entender alguns sistemas de saúde adotados pelo mundo, para o recorte proposto.

Assim como no Brasil em que a Constituição Federal de 1988 consagra a saúde como um direito fundamental, referido reconhecimento se dá também por diversas constituições e tratados internacionais, como elemento essencial da dignidade humana.

A Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948)¹¹⁰, o Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (1966)¹¹¹ e a Constituição da Organização Mundial da Saúde (1946)¹¹² são marcos normativos que estabelecem a saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doenças. No entanto, a forma como esse direito é garantido varia amplamente ao redor do mundo, refletindo diferentes modelos políticos, econômicos, culturais e jurídicos.

Segundo Aith, Santana e Dallari¹¹³, “desde sempre, existe uma tensão inerente aos sistemas de saúde de todo mundo entre os interesses privados (incluindo o empreendedorismo privado) e o interesse público (esse a ser protegido por uma adequada regulação estatal)”.

A análise de alguns países em relação ao sistema de saúde internacional permite compreender as múltiplas dimensões do direito à saúde e as diversas formas de sua efetivação. Como observa Esping-Andersen¹¹⁴, os sistemas de proteção social, incluindo os de saúde, podem ser classificados em diferentes regimes de bem-estar: liberal, conservador-corporativo e social-democrata. Essa tipologia, embora com limitações, oferece um ponto de partida para

¹¹⁰ ONU. **Declaração universal dos direitos humanos.** Disponível em: <https://www.oas.org/dil/port/1948%20Declara%C3%A7%C3%A3o%20Universal%20dos%20Direitos%20Humanos.pdf>. Acesso em: 14.04.25.

¹¹¹ ONU. **Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais.** Disponível em: <https://www.oas.org/dil/port/1966%20Pacto%20Internacional%20sobre%20os%20Direitos%20Econ%C3%B3micos.%20Sociais%20e%20Culturais.pdf>. Acesso em: 01.02.25

¹¹²OMS. **Constituição da Organização Mundial da Saúde.** Disponível em: <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1>. Acesso em: 10.04.24.

¹¹³ AITH, F.; SANTANA, J. P. de; DALLARI, A. B. A proteção do direito à saúde na era digital: saúde digital, inteligência artificial e direito. **Revista De Direito Sanitário**, v.25, n.1 2025, p. 2. Disponível em: <https://revistas.usp.br/rdisan/article/view/240814/217667>. Acesso em: 24.10.25.

¹¹⁴ ESPING-ANDERSEN, Gøsta. **The Three Worlds of Welfare Capitalism.** Princeton: Princeton University Press, 1990, p. 4. Disponível em: <https://lanekenworthy.net/wp-content/uploads/2017/03/reading-espingandersen1990pp9to78.pdf>. Acesso em : 13.12.24

entender as variações nas responsabilidades atribuídas ao Estado, ao mercado e às famílias na provisão de serviços de saúde.

Partindo dessa conceituação e da temática do estudo, vale realizar a análise de alguns exemplos de empresas e sistemas de saúde ao redor do mundo, centralizando pelo financiamento em: Beveridgiano e Bismarckiano, como passar-se-á a expor.

O modelo Beveridgiano, é um sistema custeado por impostos gerais, visando fortalecer a equidade e a universalidade no atendimento. Esse sistema foi criado pelo economista Lord William Beveridge, a partir do Relatório Beveridge, em 1942, no Reino Unido, organizando o sistema de saúde inglês, unificando os seguros existentes no país para garantir o direito à assistência à saúde e a universalidade do acesso a partir de 1948.¹¹⁵

O Reino Unido, em 1948, adotou o NHS (*National Health System*), sistema de saúde que funciona de forma gratuita para todos que vivem legalmente na Inglaterra. O financiamento, assim como a maioria dos sistemas de saúde na Europa, é por parte do Estado e também por parte da população, que realiza a sua contribuição por meio dos impostos.¹¹⁶

O sistema permaneceu integralmente público e centralizado até 2004, quando houve uma separação para os quatro países que compõem o Reino Unido: Inglaterra, Escócia, País de Gales e Irlanda do Norte. Embora a base do sistema permaneça a mesma entre os países, a execução em cada país apresenta algumas peculiaridades.

Atualmente, o *National Health System* conta com uma “economia mista” que, em linhas gerais, permite que qualquer entidade privada realize a prestação de serviços médicos.

No tocante aos planos de saúde, no Reino Unido cerca de 11% da população possuía plano de saúde em 2022, ou seja, cerca de 7,5 milhões de pessoas.¹¹⁷ A pesquisa ainda explica que as dificuldades de acesso aos serviços do NHS podem estar contribuindo para que algumas pessoas recorram a cuidados de saúde financiados privadamente.

Portanto, apesar de um sistema de saúde universal, há a contratação privada de saúde suplementar por parte da população britânica, mesmo que de forma residual.

¹¹⁵ SITCOVSKY, Marcelo. Fundamentos históricos da Seguridade Social. *Revista Conceitos*, João Pessoa, n. 27, v. 1, jan.jun 2019, p. 29. Disponível em: <https://www.adufpb.org.br/site/wp-content/uploads/2019/11/REVISTA-CONCEITOS-ED-27.pdf#page=26>. Acesso em: 03.10.25

¹¹⁶ GARCIA, Marina Stefania Mendes Pereira; GONÇALVES, Alessandro Marcus da Silva. O Modelo de saúde pública no Reino Unido. *Revista Interciência*, São Paulo, n. 19, jun.2020, p. 5. Disponível em: <https://uniesp.edu.br/sites/biblioteca/revistas/20200522115852.pdf>. Acesso em: 02.10.25

¹¹⁷ KEITH, Josh, *et. al.* **Is the use of privately funded health care on the rise?** Disponível em: <https://www.health.org.uk/reports-and-analysis/analysis/is-the-use-of-privately-funded-health-care-on-the-rise#:~:text=Data%20on%20the%20private%20health,privately%20funded%20health%20care%20activity?>. Acesso em: 02.10.25

Ainda neste modelo Beveridgiano, a Suécia possui o *Swedish Health and Medical Services Act*, que estabeleceu, em 1982, que o sistema de saúde sueco visava assegurar o acesso universal e equitativo ao direito à saúde a toda população residente na Suécia.¹¹⁸ Esse sistema de saúde se baseia em uma lógica de prevalência do papel do governo na provisão dos cuidados de saúde.

A cobertura do sistema público de saúde sueco é ampla, sem uma cesta de bens e serviços pré-definida, abarcando todos os cuidados com os residentes legais e cuidados emergenciais com residentes ilegais, e é financiada por impostos gerais e por copagamentos por serviços utilizados, em valores definidos no âmbito estadual.

Assim, no sistema sueco o governo central dita as políticas, mas os conselhos locais e os governos municipais são quem fornecem os serviços, sendo a atenção primária provida por profissionais do setor público ou do setor privado, que são credenciados ou acreditados pelos conselhos dos condados.¹¹⁹

Contudo, apesar do sistema de saúde universal e equitativo promovido pela Suécia, de acordo com Swenden Herald¹²⁰, em 2009 cerca de 76.786 pessoas tinham plano de saúde por conta própria; já em 2023, cerca de 304.538 pessoas possuem plano de saúde por conta própria.¹²¹

De acordo com o autor, apesar do sistema de saúde sueco cobrir ou subsidiar desde exames médicos a consultas com especialistas e atendimento de emergência, o sistema privado de saúde mostrou crescimento e popularidade. Cerca de 1 em cada 10 suecos possui plano de saúde, tendo como a principal motivação para a contratação minimizar o tempo de espera, que são longos em hospitais ou atendimento públicos, além de que os atendimentos particulares possuem comodidades e certa exclusividade.¹²²

O modelo Bismarckiano, também conhecido como modelo contributivo ou seguridade social, possui um imposto específico destinado à saúde (por meio contribuições obrigatórias

¹¹⁸ LOPES, Flávia Alice Dias; FAHEL, Murilo. Uma análise comparada das estruturas de saúde do Brasil, da Holanda e da Suécia e seu impacto no acesso equitativo a medicamentos. **Economia e Políticas Públicas**, Minas Gerais, 2015. Disponível em: <https://www.periodicos.unimontes.br/index.php/economiaepoliticaspUBLICAS/article/view/4057>. Acesso em: 02.10.25

¹¹⁹ INTERNATIONAL CITIZENS INSURANCE. **Sweden's healthcare system**. Disponível em: https://www.internationalinsurance.com/countries/sweden/healthcare/?srsltid=AfmBOop2Wrgw9k207neo3pdvg_hqfOfdd_DESOh2pONpAcAdY9_-5HgbK. Acesso em: 03.10.25

¹²⁰ HERALD, Swenden. **More people are taking out private health insurance**. Disponível em: https://swedenherald.com/article/more-people-are-taking-out-private-health-insurance#google_vignette. Acesso em: 03.10.25

¹²¹ Texto original: “what has primarily increased is private individuals who choose to invest in a private insurance policy on their own. In 2009, 76,786 people had such a policy – in 2023, it has increased to 304,538 people.”

¹²² HERALD, *op. cit.*

patronais e de trabalhadores), sendo que a principal vantagem é a despolitização da gestão da saúde, vez que esse sistema tende a favorecer a liberdade. Este modelo advém da legislação alemã de 1883, pelo chanceler Otto von Bismarck, representando um dos mais antigos exemplos de seguro social de saúde.¹²³

O sistema de saúde da Alemanha, possui sua configuração jurídica no princípio da solidariedade social (*Solidaritätsprinzip*), que está incorporado ao arcabouço constitucional alemão através da interpretação do artigo 20 da Lei Fundamental (*Grundgesetz*), que estabelece a Alemanha como um "Estado social federal".¹²⁴

Como apontam Busse e Blümel¹²⁵, a obrigatoriedade do seguro de saúde na Alemanha não deriva diretamente de um sistema público de saúde, mas de um sofisticado arranjo jurídico-institucional que impõe a todos os cidadãos e residentes legais a filiação a um seguro de saúde, seja ele estatutário ou privado.

Essa obrigatoriedade está regulamentada no Livro V do Código Social alemão (*Sozialgesetzbuch - SGB V*), que constitui a principal fonte normativa do direito sanitário.

A organização do sistema alemão baseia-se em uma clara separação entre financiamento e prestação de serviços, com múltiplos atores desempenhando funções complementares, destacando-se as caixas de seguro de saúde (*Krankenkassen*), corporações de direito público, autogeridas, responsáveis pela arrecadação das contribuições e pelo pagamento dos serviços de saúde.

Atualmente, existem cerca de 110 caixas estatutárias que cobrem aproximadamente 88% da população alemã: a saúde que assegura assistência médica gratuita para todos através de seguros sociais de saúde - as caixas de doença. O pagamento dos seguros sociais baseia-se num percentual na Alemanha e é financiada por um sistema de contribuições sociais da renda, dividido de forma paritária entre empregado e empregador. O financiamento do sistema estatutário ocorre principalmente através de contribuições calculadas como percentual da renda bruta do trabalhador (atualmente cerca de 14,6%), divididas igualmente entre empregador e

¹²³ GUSSO, Gustavo Diniz Ferreira *et al.* Bases para um novo sanitarismo. **Revista Brasileira de Medicina e Saúde de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, 2015, p. 3. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1056/734>. Acesso em: 03.10.25

¹²⁴ KUTZIN, J. **Bismarck versus Beveridge**: is there increasing convergence between health financing systems? Paris: 1st annual meeting of SBO network on health expenditure, OECD, 2011. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19649370/>. Acesso em : 25.11.24

¹²⁵ BUSSE, Reinhard; BLÜMEL, Miriam. Germany: Health system review. **Health Systems in Transition**, v. 16, n. 2, p. 1–296, mar. 2014. Disponível em: https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/germany-health-system-review-2014?utm_source. Acesso em: 27.05.25

empregado. Importante ressaltar que, como explica Göppfarth¹²⁶, essa contribuição é independente do risco individual de saúde, aplicando-se o princípio da solidariedade horizontal (entre saudáveis e doentes) e vertical (entre altas e baixas rendas).

No contexto alemão, as empresas desempenham múltiplos papéis na promoção da saúde pública, tais como a promoção da saúde ocupacional, gestão integrada da saúde, reintegração ao trabalho e a instituição de seguros complementares corporativos. Destaca-se, especialmente o cofinanciamento obrigatório, que obriga as empresas alemãs a arcar com 50% das contribuições de seus empregados para o seguro estatutário de saúde, o que constitui uma forma indireta, mas significativa, de financiamento do sistema.

Outro país que adota o modelo bismarckiano é a França, com seu sistema de saúde chamado *Protection Maladie Universelle* (PUMA), baseado em um seguro social obrigatório (*Sécurité Sociale*), complementado por seguros privados (*mutuelles*) e financiamento fiscal para garantir cobertura universal.

O aspecto universal remete ao sistema beveridgiano, contudo há a diferenciação pelo custeio partir do indivíduo por meio dos pagamentos de tributos e contribuições – assim chamado de sistema bismarckiano “universalizado”. O sistema francês mantém-se fiel às origens bismarckianas através de um complexo sistema de caixas de seguro social (*caisses d'assurance maladie*) organizadas por categorias profissionais, mas incorporou progressivamente elementos universalistas que o aproximam dos sistemas nacionais de saúde.¹²⁷

Assim, a Lei de Financiamento da Seguridade Social (*Loi de Financement de la Sécurité Sociale*), aprovada anualmente pelo Parlamento francês, estabelece o orçamento e as prioridades do sistema. O sistema é financiado principalmente por impostos sobre a folha de pagamento (pagos por empregadores e empregados), pelo imposto de renda nacional e impostos sobre determinados setores e produtos.¹²⁸

Como mencionado anteriormente, as empresas são legalmente obrigadas a contribuir para o financiamento da seguridade social através de encargos sociais, oferecer seguro de saúde

¹²⁶ GÖPPFARTH, D. The German Central Health Fund: Recent developments in health care financing in Germany. *Health Policy*, v. 109, n.3, março 2013, p. 248. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851012002977>. Acesso em: 25.04.25.

¹²⁷ DURAND-ZALESKI, Isabelle. *International health care profile – France*. Disponível em: <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/france>. Acesso em: 03.10.25

¹²⁸ OECD. The Organisation for Economic Co-Operation and Development. *Private health insurance in France*. Disponível em: https://www.oecd.org/en/publications/private-health-insurance-in-france_555485381821.html. Acesso em: 02.10.25.

complementar coletivo para todos os funcionários, cobrindo ao menos 50% do custo; e implementar medidas de prevenção de riscos profissionais.

De acordo com Drees¹²⁹, 95,4% dos cidadãos franceses possuem seguro de saúde complementar para ajudar com os custos diretos, cobrindo principalmente copagamentos e cobranças de saldo. As operadoras oferecem planos de saúde suplementares, mas apenas para uma lista limitada de serviços, não abrangendo todas as áreas e setores de saúde.

Por fim, vale referenciar o sistema de saúde dos Estados Unidos, caracterizado por sua natureza predominantemente privada e fragmentada, distinguindo-se de maneira marcante dos modelos universalistas adotados pela maioria das democracias ocidentais.¹³⁰

Estruturado em torno de seguros privados de saúde (*private health insurance*), o modelo norte-americano historicamente relegou ao mercado a função de alocação dos serviços assistenciais, conferindo papel residual ao Estado na cobertura populacional. A intervenção pública se concretiza, de forma parcial, por meio de programas como o *Medicare* e o *Medicaid*, instituídos pelo *Social Security Amendments Act* de 1965, sob a presidência de Lyndon B. Johnson, e voltados, respectivamente, à população idosa e a segmentos de baixa renda, além do *Children's Health Insurance Program (CHIP)*.¹³¹

O programa *Medicare Bill*, que fornecia cuidados de saúde, financiados pelo dinheiro dos contribuintes, a todos os cidadãos com mais de 65 anos e cidadãos com certas condições crônicas. O Programa *Medicaid* também foi sancionado em 1965 como parte da Lei da Previdência Social, dando acesso a cuidados de saúde para americanos de baixa renda, mas a qualificação de renda para o *Medicaid* é muito baixa e varia de estado para estado.¹³²

A edição do *Patient Protection and Affordable Care Act (ACA)*, em 2010, representou a mais significativa reforma estrutural das últimas décadas, ampliando a cobertura para aproximadamente 94% da população americana e reduzindo o contingente de não segurados em

¹²⁹ DREES. **L'état de santé de la population em France – Rapport 2023**. Disponível em: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr>. Acesso em: 03.10.25

¹³⁰ HOLMES, Stephen; SUNSTEIN, Cass R. **The Cost of Rights: why liberty depends on taxes**. New York: W.W. Norton & Company, 1999. p. 35. Disponível em: <https://pt.scribd.com/document/552490347/1-Cass-R-Sunstein-Stephen-Holmes-O-Custo-Dos-Direitos-2019>. Acesso em: 29.03.26.

¹³¹ NATIONAL ARCHIVES OF THE UNITED STATES. **Medicare and Medicaid Act**. Washington, D.C., 2022. Disponível em: <https://www.archives.gov/milestone-documents/medicare-and-medicaid-act>. Acesso em: 29.03.26.

¹³² WHITE, Cassandra. O sistema de saúde dos E.U.A: passado, presente e pandemia. In: GARCIA, Ana Lucia da Silva *et al.* **Reflexões dialogadas sobre práticas profissionais em contextos de pandemia e luta por direitos humanos**. Rio de Janeiro: Letra Capital, 2021, p. 61. Disponível em: <http://www.ser.puc-rio.br/uploads/assets/files/4.pdf#page=60>. Acesso em: 05.04.26.

cerca de 31 milhões de pessoas, mediante a criação de mercados regulados de seguros e a expansão do *Medicaid*, sem, contudo, romper com a lógica mercantil que fundamenta o sistema.¹³³

Tal configuração resulta em acentuadas desigualdades de acesso, com parcelas expressivas da população permanecendo subasseguradas ou inteiramente desassistidas, o que coloca em tensão permanente o reconhecimento do direito à saúde como direito fundamental de titularidade universal, na acepção proposta por Norman Daniels¹³⁴ ao postular a saúde como precondição para a igualdade de oportunidades e, portanto, como exigência de justiça distributiva.

Ao contrário de diversas ordens constitucionais contemporâneas, a Constituição dos Estados Unidos não contempla expressamente o direito à saúde em seu texto, o que reflete uma tradição jurídica fundada na primazia das liberdades e na desconfiança histórica em relação aos direitos sociais de prestação.¹³⁵

A Suprema Corte norte-americana, em sua jurisprudência consolidada, absteve-se de reconhecer um direito constitucional autônomo de acesso a serviços de saúde, como evidenciado no paradigmático caso *DeShaney v. Winnebago County Department of Social Services* (489 U.S. 189, 1989), no qual se firmou o entendimento de que a Cláusula do Devido Processo Legal da Décima Quarta Emenda não impõe ao Estado o dever geral de proteção do indivíduo contra danos causados por terceiros ou por condições sociais adversas, circunscrevendo a atuação estatal ao âmbito das chamadas liberdades negativas.¹³⁶

Essa omissão constitucional não é, porém, isenta de consequências teóricas relevantes para o direito internacional dos direitos humanos, na medida em que os Estados Unidos, não obstante sua influência normativa global, inclusive no Brasil, persistem na não ratificação do Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (PIDESC), instrumento que consagra, em seu artigo 12, o direito de toda pessoa ao mais alto nível possível de saúde física e mental.¹³⁷

¹³³ ROSENBAUM, Sara. The Patient Protection and Affordable Care Act: Implications for Public Health Policy and Practice. **Public Health Reports**, v. 126, n. 1, jan./fev. 2011, p. 133. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3001814/>. Acesso em: 29.03.26.

¹³⁴ DANIELS, Norman. **Just Health: meeting health needs fairly**. New York: Cambridge University Press, 2008, p. 29.

¹³⁵ HOLMES, Stephen; SUNSTEIN, Cass R. **The Cost of Rights: why liberty depends on taxes**. New York: W.W. Norton & Company, 1999. p. 17. Disponível em: <https://pt.scribd.com/document/552490347/1-Cass-R-Sunstein-Stephen-Holmes-O-Custo-Dos-Direitos-2019>. Acesso em: 29.03.26.

¹³⁶ UNITED STATES SUPREME COURT. **DeShaney v. Winnebago County Department of Social Services**, 489 U.S. 189 (1989). Disponível em: <https://supreme.justia.com/cases/federal/us/489/189/>. Acesso em: 29.03.26.

¹³⁷ ONU. **Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais**. Disponível em: <https://www.oas.org/dil/port/1966%20Pacto%20Internacional%20sobre%20os%20Direitos%20Econ%C3%B3micos,%20Sociais%20e%20Culturais.pdf>. Acesso em: 01.02.25

Essa postura impõe reflexão crítica sobre os limites do voluntarismo estatal na efetivação dos direitos sociais e sobre a adequação dos modelos privatistas à luz dos parâmetros normativos internacionais de proteção à saúde como bem jurídico fundamental, evidenciando a tensão estrutural entre o paradigma liberal individualista norte-americano e as exigências contemporâneas de um constitucionalismo social de vocação universal.¹³⁸

Vale reforçar a reflexão sobre o retrato deste modelo de saúde norte americano privatista, em essência, que desconsidera um direito humano fundamental como é a saúde, para que não venha a ser replicado no Brasil, em tempos de modismos, polarizações e influências que cada dia mais preocupam os cidadãos.

Assim, diante deste breve recorte de modelos mundiais apresentado, pode-se perceber a composição de um “mix público-privado seguido em boa parte do sistemas de saúde”¹³⁹, de modo que mesmo nos modelos públicos sempre há espaço para a saúde privada, com relevante papel social, convidando à reflexão sobre qual o melhor papel do Estado, das empresas e dos próprios cidadãos e vislumbrando-se tendências futuras; dentre estas destacam-se a integração de considerações de saúde em todas as decisões corporativas, não apenas em programas específicos¹⁴⁰ e a extensão da responsabilidade das empresas prestadoras dos serviços privados¹⁴¹, num olhar mais integrativo, cooperativo e fraterno.

Entendido o direito à saúde, desde a saúde caritativa até o seu reconhecimento e promoção de direitos humanos, com a agenda 2030 da ONU, bem como sobre o modelo de saúde brasileiro e alguns modelos adotados pelo mundo, sob o breve recorte proposto, evidenciando-se a importância da participação empresarial privada, de forma suplementar, mister agora discorrer, no próximo capítulo, sobre a constitucionalização do direito e a judicialização, além de abordar algumas iniciativas de solução para a desjudicialização da saúde existentes, sob a perspectiva também do pós-pandemia do Covid 19 e do surgimento de novas tecnologias, em uma delimitação específica ora proposta.

¹³⁸ DANIELS, Norman. **Just Health: meeting health needs fairly**. New York: Cambridge University Press, 2008, p. 11.

¹³⁹ SANT’ANA, Ramiro Nóbrega. **A Judicialização como instrumento de acesso à saúde: propostas de enfrentamento da injustiça na saúde pública**. 2018. Tese (Doutorado em Direito) – Faculdade de Direito, Universidade de Brasília, Brasília, 2018, p. 411. Disponível em: <https://repositorio.uniceub.br/jspui/bitstream/235/12414/1/61350132.pdf>. Acesso em: 17.10.25.

¹⁴⁰ KICKBUSCH, Ilona; BUCKETT, Kate. **Implementing Health in All Policies**: Adelaide 2010. Adelaide: Department of Health, Government of South Australia, 2010, p. 76-85.

¹⁴¹ OCDE. **Extended Producer Responsibility: Updated Guidance for Efficient Waste Management**. Paris: **OECD Publishing**, 2016. Disponível em: https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2016/09/extended-producer-responsibility_g1g6742c/9789264256385-en.pdf. Acesso em: 26.05.25.

2. DA JUDICIALIZAÇÃO À DESJUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE: DESAFIOS E SOLUÇÕES INSTITUCIONAIS EXISTENTES NA ERA DIGITAL

2.1 Da Constitucionalização do Direito à Saúde – Era da Efetividade

Ao estudar sobre o direito aplicado no mundo moderno é evidente que a Constituição de um país figura como elemento crucial para sua organização e funcionamento¹⁴², atualmente considerada a Lei Maior de um Estado, devendo, idealmente, ser elaborada mediante a vontade soberana do povo com o fito de expressar os desejos ideológicos e políticos dos cidadãos.

Canotilho¹⁴³ preleciona que a constituição ideal deve ser escrita, adotar o sistema democrático, reconhecer e definir o sistema de separação de poderes e garantir os direitos fundamentais individuais. Considera, ainda, o constitucionalismo uma ideologia que estabelece a limitação do governo como um princípio essencial para assegurar os direitos, sendo essa limitação um elemento central na organização político-social de uma comunidade, ressaltando que o constitucionalismo moderno pode ser compreendido como um método específico de restrição do poder com intento garantista.¹⁴⁴

Tavares¹⁴⁵ elenca quatro vertentes para o constitucionalismo:

(...) numa primeira acepção, emprega-se a referência ao movimento político-social com origens históricas bastante remotas que pretende, em especial, limitar o poder arbitrário. Numa segunda acepção, é identificado com a imposição de que haja cartas constitucionais escritas. Tem-se utilizado, numa terceira acepção possível, para indicar os propósitos mais latentes e atuais da função e posição das constituições nas diversas sociedades. Numa vertente mais restrita, o constitucionalismo é reduzido à evolução histórico-constitucional de um determinado Estado.

Carvalho¹⁴⁶ acrescenta outras duas vertentes à teoria: a normativa e a sociológica - juridicamente, servindo como um sistema normativo, enraizado na constituição que se encontra acima dos detentores de poder, sociologicamente limitando o poder por meio de um movimento social, que impede que os governantes possam fazer prevalecer seus desejos e interesses na condução do estado.

¹⁴² MOTTA, Sylvio. **Direito Constitucional**. 29. ed. Rio de Janeiro: Método, 2021, p. 62.

¹⁴³ CANOTILHO, José Gomes. **Direito constitucional e teoria da constituição**, 7a edição. Coimbra: Almedina, 2018, p. 51-52.

¹⁴⁴ *Ibid.*

¹⁴⁵ TAVARES, André Ramos. **Curso de Direito Constitucional**. 18ª ed. São Paulo: Saraiva Educação, 2020, p. 72.

¹⁴⁶ CARVALHO, Kildare Gonçalves. **Direito Constitucional: teoria do Estado e da Constituição**. Belo Horizonte: Del Rey, 2009, p. 231.

Apesar de diversas distinções e acepções, o constitucionalismo costuma ser segmentado em dois grandes movimentos, constitucionalismo antigo e constitucionalismo moderno¹⁴⁷, acerca dos quais cumpre referenciar, dada sua relevância teórica.

Costuma-se associar o nascimento do constitucionalismo a época do povo hebreu¹⁴⁸, organizado segundo as leis do Senhor e regido politicamente pelo Estado teocrático, no qual as limitações ao poder eram realizadas pelos profetas, responsáveis por fiscalizar os governantes para garantir que os limites bíblicos não fossem extrapolados.

Posteriormente, entre os gregos, adotou-se um regime com participação ativa e direta dos cidadãos, colaborando significativamente para o desenvolvimento de uma democracia constitucional, embora não se concentrasse, neste momento, em documentos escritos.¹⁴⁹

Uma das mais importantes aparições do constitucionalismo se deu na data de 1215, com a elaboração da Magna Carta.¹⁵⁰

Na ocasião, rei João I, da Inglaterra, viu-se diante de um reinado comprometido ante o aumento deliberado dos impostos cobrados dos barões ingleses - após as inúmeras guerras travadas com a França pelo domínio do território Ducado da Normandia, perdido para o país rival na Batalha de Bouvines, em 1214 - e o enfraquecimento da aliança do rei com a igreja católica, após sua recusa em aceitar o cardeal Stephen Langton como representante do clero na Inglaterra.¹⁵¹

Com a coroa ameaçada, em 15 de julho de 1215 o rei assinou a Magna Carta, com o principal intuito, importantíssimo para o desenvolvimento do constitucionalismo, de limitar o poder de tributar do rei, tornando obrigatória a anuência dos nobres para a instituição de impostos.¹⁵²

Não obstante essa limitação, a Magna Carta traz importantes princípios em suas 63 cláusulas, como por exemplo a igualdade e o que hoje conhecemos como o devido processo legal, de tal forma que o início do constitucionalismo na Idade Média é marcado pelas contribuições expressas na carta¹⁵³.

¹⁴⁷ CANOTILHO, José. Gomes. **Direito constitucional e teoria da constituição**, 7a edição. Coimbra: Almedina, 2018, p. 56-59.

¹⁴⁸ LOEWENSTEIN. Karl. **Teoria de la Constitución**. Madrid: Editora Ariel, 2018, p. 154.

¹⁴⁹ JACQUES. Paulino. **Curso de direito constitucional**. Rio de Janeiro: Forense, 1987, p. 17.

¹⁵⁰ SARLET. Ingo Wolfgang. **A eficácia dos direitos fundamentais**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2001, p. 41-44.

¹⁵¹ COMPARATO, Fábio Konder. **A afirmação histórica dos direitos humanos**. 9 ed. São Paulo: Saraiva, 2015, p. 85.

¹⁵² HOLT, James Clarke; GARNETT, George; HUDSON, John. **Magna carta**. Cambridge University Press, 2015, p. 254.

¹⁵³ SIQUEIRA JUNIOR, Paulo Hamilton; OLIVEIRA, Miguel Augusto Machado de. **Direitos humanos e cidadania**. São Paulo: Saraiva, 2007, p. 66-69.

O fim do feudalismo marcou a retomada do Estado Absolutista, o monarca exercia autoridade sem restrições, acreditando-se que sua vontade era a lei suprema. Um exemplo claro desse pensamento é a célebre frase do rei Luís XIV, da França: “O Estado sou eu”¹⁵⁴, que simboliza o poder ilimitado dos reis absolutistas. Contudo, desde a Idade Média, inúmeras tentativas de conter tal forma de estado foram registradas, o que fortaleceu o desenvolvimento do constitucionalismo, o ideal de que o poder deve ser regulado por normas e instituições.

Na Idade Moderna o absolutismo começou a enfraquecer à medida em que a burguesia ganhava força e novas ideias políticas surgiam. Um episódio importante foi a assinatura da Petição de Direitos em 1628, imposta pelo Parlamento ao rei Carlos I da Inglaterra. Esse documento proibia o monarca de cobrar impostos sem aprovação parlamentar - proibição similar à validada pela Magna Carta anteriormente - prender arbitrariamente cidadãos ou mobilizar o exército sem consentimento do Parlamento¹⁵⁵.

A tentativa de Carlos I de dissolver o Parlamento gerou a Guerra Civil Inglesa (1641-1649)¹⁵⁶, também chamada de Revolução Puritana, que resultou em sua execução e na consolidação da monarquia parlamentar. O evento marca ainda o fim da ideia de que os reis governavam por direito divino, fortalecendo a ideia de que o poder deveria ser limitado.

Já no século XVII, surgem as teorias contratualistas, onde as relações humanas, que sempre foram objeto de estudos, eram a principal fonte dos estudiosos, assim como a organização das comunidades e das pessoas enquanto cidadãos.

Nos primórdios, tais relações eram regidas pela “lei do mais forte”, onde o direito era imposto por aqueles que possuíam maior força física. O ser humano vivia sem regras pré-estabelecidas, e não havia uma sociedade organizada.

Tal forma de se existir é denominada como estado de natureza, que seria o estado natural dos seres humanos, onde convivem e existem segundo a suas próprias crenças, focados na sobrevivência, solucionando seus conflitos resolvidos por meio da força.

O sucessor do estado de natureza, é o contrato social, o momento em que essa comunidade se transforma em uma sociedade civil organizada, com um governante para defender seus direitos.

¹⁵⁴ SILVA, Enio Morais. **O Estado Democrático de Direito**. Disponível em: https://www12.senado.leg.br/ril/edicoes/42/167/ril_v42_n167_p213.pdf. Acesso em: 17.10.25

¹⁵⁵ BARROS, Sérgio Resende de. **Direitos humanos: paradoxo da civilização**. Belo Horizonte: Del Rey, 2003, p. 359.

¹⁵⁶ A Revolução Puritana (1642-1649) foi um conflito entre o rei Carlos I e o Parlamento inglês, liderado por puritanos que rejeitavam o absolutismo. Comandados por Oliver Cromwell, os parlamentares venceram a guerra civil, executaram o rei e instauraram a República da Inglaterra. O regime durou até 1660, quando a monarquia foi restaurada. A revolução marcou a luta contra o poder absoluto e influenciou o constitucionalismo moderno. *In*: HILL, Christopher. **O século da Revolução: 1603-1714**. São Paulo: Editora Unesp, 2012, p. 83-109.

Inúmeros pensadores se debruçaram acerca do estado de natureza e das teorias contratualistas, dois dos quais merecem destaque - Hobbes e Locke - responsáveis por apresentar três vertentes que ajudaram a moldar a sociedade até que se transformasse no que temos nos dias de hoje.

Thomas Hobbes¹⁵⁷, em sua obra *Leviatã*, descreveu o estado de natureza como um ambiente de guerra constante. Para o pensador, os homens envolvidos nesse cenário pensavam apenas em seus próprios interesses, favorecendo um ambiente de violência e insegurança. Neste contexto, a emblemática frase de que “o homem é o lobo do homem” serve para endossar a ideia de que o estado de natureza seria um estado de “todos contra todos”, onde o homem se torna seu pior algoz, vitimado por seu próprio egoísmo, sendo de extrema necessidade alguém que o governe, como expresso no trecho:

Com isto se torna manifesto que, durante o tempo em que os homens vivem sem um poder comum capaz de os manter a todos em respeito, eles se encontram naquela condição a que se chama guerra; e uma guerra que é de todos os homens contra todos os homens. Pois a guerra não consiste apenas na batalha, ou no ato de lutar, mas naquele lapso de tempo durante o qual a vontade de travar batalha é suficientemente conhecida.¹⁵⁸

A ideia se apresenta como basilar para regimes absolutistas e centralizados, dado que para o pensador o contrato social serve para a cessão de direitos dos indivíduos envolvidos na comunidade para o seu governante, que tem o papel de garantir a segurança de todos.

Assim, alcança-se um elemento crucial da narrativa de Hobbes: “O Estado Civil”, que exalta a importância das normas, de regras escritas que regulam as relações humanas, sendo, neste contexto, impostas pelo poder da espada de um governante, a fim de garantir o direito dos indivíduos vinculados àquela sociedade. Perelman¹⁵⁹ identifica a obra *Leviatã* como positivista e disserta sobre o direito positivo defendido pelo autor:

É somente graças ao direito positivo, que determina os direitos e as obrigações de cada um, que a ideia de justiça adquire um sentido preciso. Antes do estado de sociedade a ideia de justiça não tinha conteúdo, pois no estado de natureza cada um era livre para fazer o que fosse capaz de impor pela força. Somente com a criação do Estado é que nasce o direito, e a justiça pode ser definida como conformidade à vontade do Soberano, tal como manifestou nas leis e nos regulamentos.

¹⁵⁷ HOBBS, Thomas. *Leviatã*. São Paulo: Martins Fontes, 2003, p. 66-69. Disponível em: <https://www.ispsn.org/sites/default/files/documentos-virtuais/pdf/leviata.pdf>. Acesso em: 17.10.25

¹⁵⁸ *Ibid.*, p. 57.

¹⁵⁹ PERELMAN, Chaim. *Lógica Jurídica: nova retórica*. 2.ed. São Paulo: Martins Fontes, 2000, p.19-20. Disponível em: <https://pt.scribd.com/document/558239000/Chaim-Perelman-Logica-Juridica-Nova-Retorica-Ano-2000>. Acesso em: 17.10.25

Tal contribuição é tão importante quanto a de John Locke que considera os seres humanos no estado natural plenamente capazes de tomar decisões, iguais e independentes, sendo livres para cuidar e administrar seus próprios bens, além de repelir aqueles que possam ferir seus direitos, utilizando-se de qualquer meio necessário para salvaguardar seus bens e direitos.

Apesar disso, para o pensador, esse estado traz diversas inseguranças quanto à preservação de tais direitos, isso porque cada um dos indivíduos exerce autoridade absoluta de suas decisões e julga conforme seus próprios valores e interesses, o que expõe essa comunidade a constantes violações, como explana Silva¹⁶⁰:

A definição privada do bem e do mal fica a cargo da decisão de cada indivíduo, e como no estado de natureza a busca do bem individual não traz necessariamente o bem coletivo, seguir o próprio julgamento é inversamente proporcional à possibilidade de existência de qualquer medida moral universal e comum no estado de simples natureza.

Desta forma, embora o pensador considere o estado de natureza como de igualdade e liberdade, reconhece a necessidade do contrato social para instituir o governo civil, que garante a segurança dessas pessoas e de seus bens e direitos.

Mister salientar que Locke¹⁶¹, em contrapartida à opinião de Thomas Hobbes, demonstra aversão ao governo monarca:

Sendo todos os homens, como já foi dito, naturalmente livres, iguais e independentes, ninguém pode ser privado dessa condição nem colocado sob o poder político de outrem sem o seu próprio consentimento. A única maneira pela qual uma pessoa qualquer pode abdicar de sua liberdade natural e revestir-se dos elos da sociedade civil é concordando com outros homens em juntar-se e unir-se em uma comunidade, para viverem confortável, segura e pacificamente uns com os outros, num gozo seguro de suas propriedades e com maior segurança contra aqueles que dela não fazem parte. Qualquer número de homens pode fazê-lo, pois tal não fere a liberdade dos demais, que são deixados, tal como estavam, na liberdade do estado de natureza. Quando qualquer número de homens consentiu desse modo em formar uma comunidade ou governo, são, por esse ato, logo incorporados e formam um único corpo político, no qual a maioria tem o direito de agir e deliberar pelos demais.

John Locke valoriza elementos como o estado de direito, a separação dos poderes e a soberania popular, sendo precursor de importantes revoluções, como a Gloriosa¹⁶² datada de

¹⁶⁰ SILVA, Hélio Alexandre da. **As paixões humanas em Thomas Hobbes: entre a ciência e a moral, o medo e a esperança.** São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009, p. 83. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/72gwc/pdf/silva-9788579830242-05.pdf>. Acesso em: 09.05.25.

¹⁶¹ LOCKE, John. **Dois tratados sobre o governo.** Tradução de Júlio Fischer. São Paulo: Martins Fontes, 2001, p. 468-469.

¹⁶² A Revolução Gloriosa (1688-1689) foi um movimento político na Inglaterra que resultou na substituição do rei Jaime II por Guilherme III e Maria II, sem grandes conflitos armados. Ocorreu devido ao temor de que Jaime II, um monarca católico, instaurasse um governo absolutista e favorecesse o catolicismo no país, gerando forte

1688 na Inglaterra e a Revolução de Independência dos Estados Unidos¹⁶³ de 1776, ambas de extrema importância para o advento do que se nomeou como constitucionalismo moderno.

A Constituição da França de 1791 e dos Estados Unidos de 1787, consideradas as precursoras das constituições escritas¹⁶⁴, nascem a partir constatação da necessidade - após o grande êxito das suas revoluções - de um documento escrito regulamentando e garantindo os direitos da sociedade, posto que embora alguns documentos tenham sido produzidos no passado, não havia um senso de obrigatoriedade, vez que visavam apenas garantir as liberdades individuais perante o poder estatal.

Com o tempo, a relação entre Estado e cidadão passou a demandar mecanismos responsáveis por assegurar a proteção das liberdades individuais, evitando sua retirada arbitrária, perfazendo-se essencial a elaboração de um documento solene e bem estruturado que expressasse a vontade do povo e garantisse a soberania popular por escrito, restando estabelecido o fundamento do constitucionalismo, dito moderno.

Embasado no Constitucionalismo, o Estado, via de regra, passa a ser regido por uma lei suprema, onde seus direitos e deveres são positivados, a Constituição, sobre a qual, Barroso¹⁶⁵ disserta:

A supremacia da Constituição é o postulado sobre o qual se assenta o próprio direito constitucional contemporâneo, tendo sua origem na experiência americana. Decorre ela de fundamentos históricos, lógicos e dogmáticos, que se extraem de diversos elementos, dentre os quais a posição de preeminência do poder constituinte sobre o poder constituído, a rigidez constitucional (v. supra), o conteúdo material das normas que contém e sua vocação de permanência. A Constituição, portanto, é dotada de superioridade jurídica em relação a todas as normas do sistema e, como consequência, nenhum ato jurídico pode subsistir validamente se for com ela incompatível.

A Constituição de um Estado é juridicamente entendida como a lei maior, o fundamento e a legislação suprema responsável por regê-lo. É o documento que contém as normas referentes à sua estruturação e a formação dos poderes públicos, forma de governo e aquisição do poder

oposição do Parlamento e da nobreza protestante. O evento consolidou a monarquia constitucional, limitando os poderes do rei e fortalecendo o Parlamento, especialmente com a criação da Declaração de Direitos de 1689 (*Bill of Rights*), que estabeleceu princípios fundamentais da democracia parlamentar britânica.

¹⁶³ A Revolução de Independência dos EUA (1775-1783) foi o conflito entre as Treze Colônias e a Grã-Bretanha, motivado por impostos abusivos e a falta de representação política. Em 1776, a Declaração de Independência, escrita por Thomas Jefferson, formalizou a separação. Com apoio da França, os colonos venceram a guerra, encerrada pelo Tratado de Paris (1783). Em 1787, foi promulgada a Constituição dos EUA, que criou um governo republicano com separação de poderes e direitos fundamentais, tornando-se um marco do constitucionalismo moderno e influenciando democracias ao redor do mundo.

¹⁶⁴ FERREIRA FILHO, Manoel Gonçalves. **Curso de direito constitucional**, 38a edição. São Paulo: Ed. Saraiva, 2012, p. 30.

¹⁶⁵ BARROSO, Luís Roberto. **Curso de direito constitucional contemporâneo**. 7ª ed. São Paulo: Saraiva, 2021, p. 101-102.

de governar, distribuição de competências, direitos, bem como as principais garantias - tidas como fundamentais - e deveres dos cidadãos.¹⁶⁶

O Brasil conta com um histórico de sete Constituições em sua história, datadas de 1824 a 1988, acerca das quais cumpre breve apresentação:

Constituição de 1824: A primeira Constituição brasileira foi outorgada por Dom Pedro I, após a independência do Brasil em 1822. Ela foi marcada por um caráter centralizador, sendo rígida e autoritária. Estabeleceu o Brasil como uma monarquia constitucional e estabeleceu a divisão dos poderes em Executivo, Legislativo e Judiciário, com um Senado vitalício. A Igreja Católica teve status de religião oficial, e o voto era censitário, ou seja, restrito aos homens com maiores rendimentos.

Constituição de 1891: A República foi proclamada em 1889, e com isso, a primeira Constituição republicana foi promulgada em 1891. Ela consolidou o Brasil como uma república federativa, com forte ênfase no federalismo. Defendeu a separação entre Igreja e Estado, mas manteve a desigualdade política com o voto restrito aos homens alfabetizados. A nova ordem também introduziu a eleição direta para o presidente, embora o sistema político ainda fosse marcado por oligarquias locais

Constituição de 1934: A Constituição de 1934 foi promulgada após a Revolução de 1930, que levou Getúlio Vargas ao poder. Ela estabeleceu um Estado mais democrático, ampliando direitos trabalhistas e ampliando o sufrágio, incluindo as mulheres no direito de votar. Embora tenha avançado em direitos sociais, o texto ainda mantinha certos aspectos autoritários, e o poder de Vargas era considerável. Criou também a Justiça do Trabalho

Constituição de 1937: Conhecida como a "Polaca", esta constituição foi imposta por Getúlio Vargas e estabeleceu um regime autoritário, caracterizado pelo Estado Novo. A constituição centralizava ainda mais o poder, extinguiu as liberdades individuais, dissolvia os partidos políticos e instituiu o controle sobre a imprensa. Ela foi, essencialmente, uma carta política que consolidou o poder de Vargas de forma ditatorial

Constituição de 1946: Com o fim do Estado Novo, foi promulgada uma nova constituição, marcando a redemocratização do Brasil. Ela restaurou a liberdade política, estabeleceu a separação dos poderes e buscou ampliar direitos sociais. Contudo, a Constituição de 1946 convivia com o período da Guerra Fria, o que gerou tensões políticas internas e externas. No campo social, ela garantiu direitos trabalhistas e o direito ao voto universal.

Constituição de 1967: Após o golpe militar de 1964, o regime ditatorial buscou legitimar-se com a Constituição de 1967, que manteve o regime autoritário, embora tenha proporcionado algumas modificações na estrutura do Estado. Ela mantinha a repressão política e a censura, além de fortalecer a centralização do poder executivo e limitar os direitos civis. Os direitos políticos foram bastante restringidos, e os militares possuíam grande influência no governo

Constituição de 1988: A mais recente constituição, a de 1988, marca a transição do regime militar para a redemocratização do Brasil. Ela é conhecida como "Constituição Cidadã" por garantir uma série de direitos fundamentais, como direitos civis, sociais e políticos. A Constituição de 1988 reforçou o Estado de Direito e deu maior ênfase à proteção dos direitos humanos, ampliando a participação popular e a fiscalização das

¹⁶⁶ MORAES, Alexandre de. **Direito constitucional**. 40. ed. Rio de Janeiro: Atlas, 2024. *E-book*, p.6.

ações do governo. Além disso, promoveu a descentralização política e administrativa e estabeleceu uma série de garantias, como o direito à saúde, à educação e à assistência social.¹⁶⁷

No Brasil, a última Constituição Federal, ainda vigente, foi promulgada em 05 de outubro de 1988, inaugurada após longo período ditatorial marcado por padecimentos, inquietações e abusos dos governos opressores que se haviam desabado sobre o País, num ato de esperança democrática, amparado por representativo e oxigenado sopro de gente de todas as classes, reconhecendo-se os cidadãos como credores de direitos e serviços.¹⁶⁸

Com a promulgação da Constituição Cidadã inaugurou-se uma nova ordem jurídica, elevando o *status* conferido ao direito à saúde, como direito social fundamental¹⁶⁹, *in verbis*:

Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição. (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 90, de 2015)¹⁷⁰.

Interessante recordar o espanto afirmado por José Afonso da Silva¹⁷¹, ao escrever que o reconhecimento constitucional de fundamentalidade do direito à saúde se deu apenas em 1988, apesar de ser um bem jurídico extremamente relevante à vida humana.

A Constituição da República de 1988 concretiza o marco da justiça social, que segundo Rawls¹⁷² “é a primeira virtude das instituições sociais, como a verdade o é dos sistemas de pensamento. (...) É a estrutura básica da sociedade, ou mais exatamente, a maneira pela qual as instituições sociais mais importantes distribuem direitos e deveres fundamentais e determinam a divisão de vantagens provenientes da cooperação social.”

Como visto no primeiro capítulo, os direitos humanos, entendidos como fundamentais, tal como a saúde, são frutos de um processo histórico de construção humana, suscetíveis de ampliação e pautadas pelas novas exigências, que emergem das lutas e conquistas humanas.

¹⁶⁷ BARROSO, Luís Roberto. **Curso de direito constitucional contemporâneo**. 7ª ed. São Paulo: Saraiva, 2021, p. 145.

¹⁶⁸ BARRETO JUNIOR, I. F.; PAVANI, M. O direito à saúde na ordem constitucional brasileira. **Revista de Direitos e Garantias Fundamentais**, v. 14, n. 2, 2013, p. 81. Disponível em: <https://sisbib.emnuvens.com.br/direitosegarantias/article/view/263>. Acesso em: 24.02.25

¹⁶⁹ SCHIER, Adriana da Costa Ricardo. **Serviço público: garantia fundamental e cláusula de retrocesso social**. Curitiba: Íthala, 2016, p.160.

¹⁷⁰ BRASIL. **Constituição Federal de 1988**. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Presidência da República, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.html. Acesso em: 02.12.24.

¹⁷¹ SILVA, José Afonso da. **Curso de direito constitucional positivo**. São Paulo: Malheiros, 2012, p. 308.

¹⁷² RAWLS, John. **Uma teoria da justiça**. Tradução de Almiro Pisetta e Lenita Esteves. São Paulo: Martins Fontes, 1997, p.5.

Pôde-se conceber, inicialmente, o “constitucionalismo” como um movimento político e social inicial de limitação do Estado - da arbitrariedade estatal, através de um documento jurídico único, tal como nos ensina Canotilho¹⁷³, tratando de uma “técnica específica de limitação do poder”.

Em uma releitura possível, partindo de um marco teórico pós-positivista, ainda que controverso, passou-se a enxergar a existência de um novo direito constitucional, com uma nova roupagem e que se denominou “neoconstitucionalismo”.¹⁷⁴

Isto porque, à luz de um movimento e evolução do constitucionalismo, partindo-se da tríade revolucionária francesa¹⁷⁵, pode-se conceber a necessidade, de tempos em tempos, de uma releitura da Constituição Federal, já que com o correr dos anos passa-se a ter novos significados.¹⁷⁶

Apesar das inúmeras críticas e correntes existentes, é possível identificar uma verdadeira ruptura do então paradigma de mera limitação estatal, com abertura de novas perspectivas de concepção, com vias a buscar a efetivação dos direitos fundamentais, imprimindo maior eficácia à Constituição Federal.¹⁷⁷

Passa-se a afirmar uma nova hermenêutica constitucional, capitaneada por Barroso e Ana Barcellos¹⁷⁸. Nesta linha de raciocínio, Vilhena¹⁷⁹ explica que a “interpretação constitucional que, no passado, ocupava um espaço residual na preocupação dos nossos constitucionalistas, passou a ser o principal foco de atenção de uma nova geração de juristas.

¹⁷³ CANOTILHO, José Joaquim Gomes. **Direito constitucional e teoria da constituição**. 7ª ed. Coimbra: Almedina, 2018, p.51.

¹⁷⁴ HORBACH, Carlos Bastide. **A Nova roupa do direito constitucional: Neo-constitucionalismo, Póspositivismo e outros Modismos**. Revista dos Tribunais, vol. 859/2007, p. 83.

¹⁷⁵ BARROSO, Luís Roberto. **Curso de direito constitucional contemporâneo**. 7ª ed. São Paulo: Saraiva, 2021, p. 16.

¹⁷⁶ BARACHO, José Alfredo de Oliveira. **Teoria geral do constitucionalismo**. Disponível em <https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/181702/000424691.pdf?sequence=3&isAllowed=y>. Acesso em: 15.11.24

¹⁷⁷ GONÇALVES, Cristian David; FONSECA, Reynaldo Soares da. Direito Fundamental Fraternal à Saúde. In: NEVES, Luciana Sabbatine, et al. **Estudos sobre as Aplicações Jurídicas da Fraternidade**. Porto Alegre: Editora Fundação Fenix, 2024, p. 219.

¹⁷⁸ Entendem os referidos autores que: “as cláusulas constitucionais, por seu conteúdo aberto, principiológico e extremamente dependente da realidade subjacente, não se prestam ao sentido unívoco e objetivo que uma certa tradição exegética lhes pretende dar. O relato da norma, muitas vezes, demarca apenas uma moldura dentro da qual se desenham diferentes possibilidades interpretativas. À vista dos elementos do caso concreto, dos princípios a serem preservados e dos fins a serem realizados é que será determinado o sentido da norma, com vista à produção da solução constitucionalmente adequada para o problema a ser resolvido”. BARROSO, Luís Roberto; BARCELLOS, Ana Paula de. A Nova Interpretação Constitucional e o Papel dos Princípios do Direito Brasileiro. **Revista da EMERJ**. v. 6, nº 23, 2003, p. 336. Disponível em: https://www.emerj.tjrj.jus.br/revistaemerj_online/edicoes/revista23/revista23.pdf. Acesso em: 30.11.23.

¹⁷⁹ VIEIRA, Oscar Vilhena. **Supremocracia**. 2008, p. 442. Disponível em: <https://repositorio.fgv.br/items/9513d945-a565-4853-b022-af3cd460d86a>. Acesso em: 29.11.24.

Ponderação de valores, princípios ou moralidade, tornaram-se temas comuns aos estudos do direito constitucional”.

Bulos¹⁸⁰ retrata o “neoconstitucionalismo” em duas acepções distintas: uma primeira contemplando o modelo de Estado de Direito, que se assenta na força vinculante da Constituição, na supremacia constitucional diante dos sistemas de fontes do Direito, na eficácia e aplicabilidade integral da carta magna e na “sobre interpretação constitucional”, que impede espaços em branco a exigir discricionariedade legislativa; e uma segunda oriunda de uma nova Teoria do Direito, em que se busca respeito aos princípios, mais ponderação que subsunção, mais direito constitucional que conflitos desnecessários, mais trabalho judicial, sem aguardar que os legisladores cumpram seu papel, e mais valores em lugar de dogmas e axiomas indiscutíveis.

Sob esta nova roupagem, os princípios demandariam no “neoconstitucionalismo”, à luz de uma nova interpretação constitucional, mais ponderação do que subsunção; uma verdadeira aproximação do Direito à Moral.

Segundo Paulo Schier¹⁸¹, passa-se a conceber um novo olhar principiológico em que se tem:

A Constituição como verdadeiro fundamento material de toda ordem jurídica, de modo que será possível sustentá-la como um pacto dotado de verdadeira reserva de justiça. (...) os princípios passam a caracterizar o próprio ‘coração das constituições’, iluminando a leitura de todas as questões da dogmática jurídica, que devem passar pelo necessário processo de filtragem constitucional axiológica.

Pode-se afirmar que o direito constitucional entrou na era da efetividade, na busca por uma adequada realização da Constituição, em que tiveram papel de destaque Clèmerson Merlin Clève, Luís Roberto Barroso, Ingo Wolfgang Sarlet e Lênio Streck¹⁸², abrindo caminho para a constitucionalização do direito¹⁸³.

¹⁸⁰ BULOS, Uadi Lammêgo, 2009, *apud* GONÇALVES, Cristian David. **(Des)judicialização da saúde: um debate atual e necessário, com ênfase no âmbito municipal**. 2020. Dissertação (Mestrado em Direito). Faculdade Nove de Julho, São Paulo, 2020, p 87. Disponível em: <https://bibliotecatede.uninove.br/bitstream/tede/2352/3/Cristian%20David%20Gon%C3%A7alves.pdf>. Acesso em: 28.09.25.

¹⁸¹ SCHIER, Paulo Ricardo. **Filtragem constitucional**. Porto Alegre: SAFE, 1999, p. 3.

¹⁸² SCHIER, Paulo Ricardo. **Presidencialismo de coalizão: Contexto, formação e elementos na democracia brasileira**. Curitiba: Juruá, 2017, p.31.

¹⁸³ “As normas constitucionais conquistaram o status pleno de normas jurídicas, dotadas de imperatividade, aptas a tutelar direta e imediatamente todas as situações que contemplam. Mais do que isso, a Constituição passa a ser a lente através da qual se lêem e se interpretam todas as normas infraconstitucionais”. BARROSO, Luís Roberto; BARCELLOS, Ana Paula de. A Nova Interpretação Constitucional e o Papel dos Princípios do Direito Brasileiro. **Revista da EMERJ**. v. 6, nº 23, 2003, p. 27. Disponível em: https://www.emerj.tjrj.jus.br/revistaemerj_online/edicoes/revista23/revista23.pdf. Acesso em: 28.09.2025.

Barroso e Barcellos¹⁸⁴ ressaltam que a mudança de paradigma nessa matéria deve especial tributo às contribuições de Ronald Dworkin e Robert Alexy, cuja conjugação das ideias dominou a teoria jurídica e passou a constituir o conhecimento convencional na matéria.

A partir de então pôde-se perceber uma maior preocupação com a realização da constituição, já que o momento vivenciado já não permitia mais discutir apenas a declaração dos direitos, como ensina Bobbio¹⁸⁵, deixando de ter caráter meramente retórico para ser mais efetivo, com vias a concretização dos direitos fundamentais.

Ressalta-se, entretanto, que a afirmação da força normativa da Constituição de 1988 não foi de fácil aceitação inicial, quanto à sua legitimidade e potencialidade¹⁸⁶, sendo necessário atravessar certo período de grande esforço para se alcançar uma visão mais adequada do constitucionalismo, cuja comunidade acadêmica, conforme mencionado, desempenhou relevante papel para o desenvolvimento desta ‘nova pedagogia constitucional’¹⁸⁷.

Paulo Bonavides¹⁸⁸ observa que as Constituições em geral passaram primeiro por um ciclo de baixa normatividade ou tiveram eficácia duvidosa, em virtude de sua própria natureza de direitos que exigem do Estado determinadas prestações materiais nem sempre resgatáveis por exiguidade, carência ou limitação essencial de meios e recursos, asseverando que:

De juridicidade questionada nessa fase, foram eles remetidos à chamada esfera programática, em virtude de não conterem para a sua concretização aquelas garantias habitualmente ministradas pelos instrumentos processuais de proteção aos direitos da liberdade.

Atravessaram, a seguir, uma crise de observância e execução, desde que recentes Constituições, inclusive a do Brasil, de 1988, formularam um preceito de aplicabilidade imediata dos direitos fundamentais.”¹⁸⁹, sendo vinculante e plenamente exigíveis, segundo Sarlet.¹⁹⁰

¹⁸⁴ BARROSO, Luís Roberto; BARCELLOS, Ana Paula de. A nova interpretação constitucional e o papel dos princípios do direito brasileiro. **Revista da EMERJ**. v. 6, nº 23, 2003, p. 27. Disponível em: https://www.emerj.tjrj.jus.br/revistaemerj_online/edicoes/revista23/revista23.pdf. Acesso em: 28.09.25.

¹⁸⁵ BOBBIO, Norberto. **A era dos direitos**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004, p. 51.

¹⁸⁶ SCHIER, Paulo Ricardo. Novos desafios da filtragem constitucional no momento do neoconstitucionalismo. In: SOUZA NETO, Claudio Pereira de; SARMENTO, Daniel (coord.). **A constitucionalização do direito**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2007, p. 252.

¹⁸⁷ *Ibid.*, p. 31-32.

¹⁸⁸ BONAVIDES, Paulo. **Curso de direito constitucional**. 30ª ed. São Paulo: Malheiros, 2020, p. 564.

¹⁸⁹ *Ibid.*, p. 564

¹⁹⁰ SARLET, Ingo Wolfgang. **A eficácia dos direitos fundamentais**. Livraria do Advogado, 2001, p. 261-262.

Neste sentido se ressalta, também, o relevante impacto e contribuição que a tradução do trabalho de Konrad Hesse¹⁹¹, “a força normativa da constituição”, realizada por Gilmar Ferreira Mendes, causou no Brasil.

Hesse¹⁹², em contraponto às reflexões de Lassale¹⁹³, afirma que:

Embora a Constituição não possa, por si só, realizar nada, ela pode impor tarefas. A Constituição transforma-se em força ativa se essas tarefas forem efetivamente realizadas (...) se, a despeito de todos os questionamentos e reservas provenientes dos juizes de conveniência, se puder identificar a vontade de concretizar essa ordem.

Exsurge, assim, uma nova ordem de conformação à realidade social, dotando a constituição, segundo Hesse¹⁹⁴, de uma força normativa e passando a conformar, na lição de Streck¹⁹⁵, como topos hermenêutico, a interpretação do sistema jurídico, consolidando-se, a partir de então, portanto, a era do direito constitucional da efetividade, com a busca por uma adequada realização da Constituição¹⁹⁶.

Segundo Barroso¹⁹⁷:

A constitucionalização do direito importa na irradiação dos valores abrigados nos princípios e regras da Constituição por todo o ordenamento jurídico, notadamente por via da jurisdição constitucional, em seus diferentes níveis. Dela resulta a aplicabilidade direta da Constituição a diversas situações, a inconstitucionalidade das normas incompatíveis com a Carta Constitucional e, sobretudo, a interpretação das normas infraconstitucionais conforme a Constituição, circunstância que irá conformar-lhes o sentido e o alcance.

Pelo que foi demonstrado, pode-se conceber uma primeira evolução do Estado Liberal, em que prevalecia a vontade legislativa e a aplicabilidade da literalidade das leis, para um Estado Social e Democrático de Direito, em que se têm uma “Constituição Cidadã” impregnada de normas cogentes de valores e garantias sociais fundamentais que devem ser concretizadas.

E, uma vez reconhecidos, dentro de um processo histórico, não há como suprimi-los, pois não se suprime a dignidade humana. Não por acaso se tem defendido a existência de uma

¹⁹¹ HESSE, Konrad. **A força normativa da constituição**. Tradução por Gilmar Ferreira Mendes. Porto Alegre: Sergio Antonio Fabris Editor, 1991, p. 19

¹⁹² *Ibid.*, p. 19.

¹⁹³ LASSALE, Ferdinand. **O que é uma constituição política**. Rio de Janeiro: Global, 1987, p. 35

¹⁹⁴ *Ibid.*, p. 15.

¹⁹⁵ STRECK, Lênio Luiz. **Hermenêutica jurídica e(m) crise: Uma exploração hermenêutica da construção do Direito**. 5ª ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora, 2004, p. 244.

¹⁹⁶ SARLET, Ingo Wolfgang. **A eficácia dos direitos fundamentais**. Livraria do Advogado, 2001, p. 261-262.

¹⁹⁷ BARROSO, Luís Roberto. A constitucionalização do direito e suas repercussões no âmbito administrativo. *In*: ARAGÃO, Alexandre Santos de; MARQUES NETO, Floriano de Azevedo (Coord.). **Direito administrativo e seus novos paradigmas**. Belo Horizonte: Fórum, 2012. p. 62-63. Disponível em: https://editoraforum.com.br/wp-content/uploads/2014/09/A-constitucionalizacao_LuisRobertoBarroso.pdf. Acesso em: 03.10.25.

cláusula de proibição do retrocesso social, como princípio¹⁹⁸. O então ministro do Supremo Tribunal Federal, Celso de Mello, no ARE nº. 745745 AgR¹⁹⁹, asseverou que a cláusula que proíbe o retrocesso em matéria social traduz, no processo de sua concretização, verdadeira dimensão negativa pertinente aos direitos sociais de natureza prestacional (como o direito à saúde), impedindo, em consequência, que os níveis de concretização dessas prerrogativas, uma vez atingidos, venham a ser reduzidos ou suprimidos.

Tornou-se imperativo e essencial, nesta linha, assegurar o mínimo existencial, sendo vedado o retrocesso em termos de políticas públicas concernentes a direitos humanos, políticos, sociais e culturais conquistados e incorporados no patrimônio pessoal e coletivo dos cidadãos, em especial a saúde, à luz do que tem decidido o Supremo Tribunal Federal²⁰⁰.

Vale, neste ponto, referenciar a ADPF 45 MC/DF de 2004²⁰¹, de relatoria do Ministro Celso de Mello:

EMENTA: ARGÜIÇÃO DE DESCUMPRIMENTO DE PRECEITO FUNDAMENTAL. A QUESTÃO DA LEGITIMIDADE CONSTITUCIONAL DO CONTROLE E DA INTERVENÇÃO DO PODER JUDICIÁRIO EM TEMA DE IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS, QUANDO CONFIGURADA HIPÓTESE DE ABUSIVIDADE GOVERNAMENTAL. DIMENSÃO POLÍTICA DA JURISDIÇÃO CONSTITUCIONAL ATRIBUÍDA AO SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. INOPONIBILIDADE DO ARBITRIO ESTATAL À EFETIVAÇÃO DOS DIREITOS SOCIAIS, ECONÔMICOS E CULTURAIS. CARÁTER RELATIVO DA LIBERDADE DE CONFORMAÇÃO DO LEGISLADOR. **CONSIDERAÇÕES EM TORNO DA CLÁUSULA DA "RESERVA DO POSSÍVEL"**. NECESSIDADE DE PRESERVAÇÃO, EM FAVOR DOS INDIVÍDUOS, **DA INTEGRIDADE E DA INTANGIBILIDADE DO NÚCLEO CONSUBSTANCIADOR DO "MÍNIMO EXISTENCIAL"**. VIABILIDADE INSTRUMENTAL DA ARGÜIÇÃO DE DESCUMPRIMENTO NO PROCESSO DE CONCRETIZAÇÃO DAS LIBERDADES POSITIVAS (DIREITOS CONSTITUCIONAIS DE SEGUNDA GERAÇÃO).

O mínimo existencial nasce no direito alemão com o ideal de garantir a liberdade, partindo do pressuposto que o exercício pleno da liberdade formalmente garantida exige que

¹⁹⁸ SCHIER, Adriana da Costa Ricardo. **Serviço público: garantia fundamental e cláusula de retrocesso social**. Curitiba: Íthala, 2016, p. 81.

¹⁹⁹ BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **ARE nº. 745745 AgR**. Reafirmou a obrigatoriedade do Poder Público em garantir o direito à saúde e à vida. Min. Relator: Celso de Mello, 02 de dez. de 2014. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/processos/downloadPeca.asp?id=290205659&ext=.pdf>. Acesso em: 26.01.25.

²⁰⁰ GONÇALVES, Cristian David; FONSECA, Reynaldo Soares da. **Direito Fundamental Fraternal à Saúde**. In: NEVES, Luciana Sabbatine, *et al.* **Estudos sobre as Aplicações Jurídicas da Fraternidade**. Porto Alegre: Editora Fundação Fenix, 2024, p. 226-227.

²⁰¹ BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **ADPF 45 MC/DF**. Necessidade de preservação em favor dos indivíduos, da integridade e da intangibilidade do núcleo consubstanciados do mínimo existencial. Min. Relator: Celso de Mello, 29 de abril de 2004. Disponível em: <https://www.stf.jus.br/arquivo/informativo/documento/informativo345.htm>. Acesso em: 26.01.25.

sejam garantidos os recursos materiais para uma existência digna, sem os quais a própria dignidade da pessoa humana ficaria sacrificada.²⁰²

A Constituição Federal de 1988, tal como anteriormente demonstrado, tem como foco garantir a promoção do bem-estar do homem e sua dignidade. Para alcançar isso, a Carta Magna considera necessário assegurar a proteção dos direitos individuais e condições materiais mínimas de existência; estes elementos fundamentais perfazem o considerado “mínimo existencial”, estabelecendo-se como os alvos prioritários dos gastos públicos.²⁰³

A vinculação do mínimo existencial com a judicialização da saúde se deve principalmente por sua caracterização como direito subjetivo, o que garante ao indivíduo a possibilidade de recorrer ao judiciário para exigir as devidas prestações do Estado no sentido de assegurá-lo.

Entretanto, é sabido que os recursos públicos são finitos, razão pela qual pode haver uma limitação: a reserva do possível, que, para Alexy²⁰⁴, pode ser conceituada como “aquilo que o indivíduo pode razoavelmente exigir da sociedade”. De acordo com o autor, apesar de tidos como direitos fundamentais estes não gozam de aplicabilidade absoluta, sendo imprescindível uma análise criteriosa, devendo ser, portanto, delimitados pela ponderação de interesses verificados no caso concreto.

Na doutrina brasileira, destaca-se o pensamento de Sarlet e Figueiredo²⁰⁵, que se debruçam acerca da reserva do possível e sustentam sua dimensão tríplice, sendo seus pilares: (i) existência de recursos para efetivação dos direitos fundamentais; (ii) disponibilidade jurídica para a disposição destes recursos; e (iii) razoabilidade daquilo que está sendo demandado.

Sendo assim, no intento de garantir determinado direito com fulcro no mínimo existencial para um indivíduo específico, o Poder Judiciário pode acabar por prejudicar um plano de política pública que beneficiaria um grupo maior de pessoas, posto que a Administração Pública precisa, em consonância, cumprir as demandas judiciais, elaborar e aplicar políticas públicas a fim de garantir o mínimo existencial, sem, contudo, violar a reserva

²⁰² SARLET, Ingo Wolfgang; ZOCKUN, Carolina Zancaner. Notas sobre o mínimo existencial e sua interpretação pelo STF no âmbito do controle judicial das políticas públicas com base nos direitos sociais. **Revista de Investigações Constitucionais – Journal of Constitutional Research**, v. 3, nº 2, maio/agosto 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rinc/a/k6tMmbhVkdzFHtfrYtgjgqp/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 26.01.25

²⁰³ BARCELLOS, Ana Paula de. **Curso de direito constitucional**. 6. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2024. *E-book*, p.122. Disponível em: <https://app.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788530995683/>. Acesso em: 02.02.25.

²⁰⁴ALEXY, Robert. **Teoría de los Derechos Fundamentales**. Madrid: Centro de Estudios Políticos y Constitucionales, 2001, p. 498. Disponível em: <https://www.pensamientopenal.com.ar/system/files/2014/12/doctrina37294.pdf>, acesso em: 02.02.25

²⁰⁵ SARLET, Ingo Wolfgang; FIGUEIREDO, Mariana Filchtiner. Reserva do possível, mínimo existencial e direito à saúde: algumas aproximações. In: SARLET, Ingo Wolfgang; TIMM, Luciano Benetti (Org.). **Direitos Fundamentais: orçamento e reserva do possível**. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora, 2008, p. 13-50.

do possível. Este é um dos resultados desastrosos que podem advir de decisões judiciais proferidas com a visão parcialmente obstruída dos magistrados. A judicialização da saúde será tratada mais a frente, mas já vale uma reflexão inicial neste sentido:

[...] decisões judiciais acabam por fixar políticas públicas, favorecendo o que vê e prejudicando aquilo que não vê, por desconhecimento do quadro geral. Ao Judiciário é certo que cabe garantir direitos, mas não substituir-se ao administrador sem que o faça de forma razoável e consistente com as demais prestações não judicializadas, até para não ser agente de desigualdade.²⁰⁶

Como visto, com a promulgação da Constituição Federal de 1988 e a consequente redemocratização do Brasil, diversos direitos fundamentais foram elevados ao status constitucional, inclusive o de saúde, o que gerou em igual dimensão a essencialidade na busca pela efetivação destes direitos ora reconhecidos.²⁰⁷

Com efeito, à luz de uma primeira reeleitura, com um novo direito constitucional ou “neoconstitucionalismo”, em que os princípios passaram a orientar toda a interpretação jurídica e fazer exigíveis os direitos fundamentais constitucionalizados, com força normativa, sua tutela jurisdicional se tornou pressuposto da realização da democracia e do próprio Estado Democrático de Direito, resultando na aplicação direta da Constituição à diversas situações, na ascensão institucional do poder judiciário ou expansão da jurisdição constitucional e contribuindo para o aumento significativo de demandas judiciais.²⁰⁸

Isto porque, em que pese reconhecido e afirmada a sua força normativa constitucional, com a era da efetividade, não se verificou na prática a realização do direito fundamental à saúde, com evidenciado déficit prestacional estatal, o que favoreceu o impulsionamento de ações judiciais em face dos entes públicos com vias à sua efetivação pelo Poder Judiciário.²⁰⁹

Este fenômeno da judicialização foi muito bem detalhado por Barroso²¹⁰:

²⁰⁶ OLIVEIRA, Eduardo Perez; DOUGLAS, William. **Direito à saúde x pandemia**: a judicialização em tempos de coronavírus – quando o direito encontra a realidade. Rio de Janeiro: Impetus, 2020, p. 23. Disponível em: <https://amarn.com.br/direito-a-saude-x-pandemia-a-judicializacao-em-tempos-de-coronavirus-quando-o-direito-encontra-a-realidade/>. Acesso em: 02.02.25.

²⁰⁷NELSON, Rocco Antonio Rangel Rosso; MEDEIROS, Jackson Tavares da Silva de. Reflexões sobre o ativismo judicial. **Revista da Faculdade de Direito UERJ-RFD**, nº 27, 2015, p.160. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/rfduerj/article/view/12339>. Acesso em: 20.04.25.

²⁰⁸ BARROSO, Luís Roberto. A constitucionalização do direito e suas repercussões no âmbito administrativo. In: ARAGÃO, Alexandre Santos de; MARQUES NETO, Floriano de Azevedo (Coord.). **Direito administrativo e seus novos paradigmas**. Belo Horizonte: Fórum, 2012. p. 62-63. Disponível em: https://editoraforum.com.br/wp-content/uploads/2014/09/A-constitucionalizacao_LuisRobertoBarroso.pdf. Acesso em: 03.10.25.

²⁰⁹ OLIVEIRA, Maria dos Remédios Mendes. A Judicialização da Saúde no Brasil. **Tempus – Actas de Saúde Coletiva**, v. 7, n. 1, 2013, p. 83. Disponível em: <https://tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1276>. Acesso em: 25.02.25.

²¹⁰ BARROSO, Luís Roberto. Judicialização, ativismo judicial e legitimidade democrática. **Suffragium -Revista do Tribunal Regional Eleitoral do Ceará**, Fortaleza, v. 5, n. 8, jan./dez. 2009, p. 18. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/synthesis/article/view/7433/5388>. Acesso em: 02.01.25.

Judicialização significa que algumas questões de larga repercussão política ou social estão sendo decididas por órgãos do Poder Judiciário, e não pelas instâncias políticas tradicionais: o Congresso Nacional e o Poder Executivo — em cujo âmbito se encontram o presidente da República, seus ministérios e a administração pública em geral. Como intuitivo, a judicialização envolve uma transferência de poder para juízes e tribunais, com alterações significativas na linguagem, na argumentação e no modo de participação da sociedade. O fenômeno tem causas múltiplas. Algumas delas expressam uma tendência mundial; outras estão diretamente relacionadas ao modelo institucional brasileiro. (...)

A primeira grande causa da judicialização foi a redemocratização do país, que teve como ponto culminante a promulgação da Constituição de 1988. Nas últimas décadas, com a recuperação das garantias da magistratura, o Judiciário deixou de ser um departamento técnico especializado e se transformou em um verdadeiro poder político, capaz de fazer valer a Constituição e as leis, inclusive em confronto com os outros Poderes. No Supremo Tribunal Federal, uma geração de novos ministros já não deve seu título de investidura ao regime militar. Por outro lado, o ambiente democrático reavivou a cidadania, dando maior nível de informação e de consciência de direitos a amplos segmentos da população, que passaram a buscar a proteção de seus interesses perante juízes e tribunais. Nesse mesmo contexto, deu-se a expansão institucional do Ministério Público, com aumento da relevância de sua atuação fora da área estritamente penal, bem como a presença crescente da Defensoria Pública em diferentes partes do Brasil. Em suma: a redemocratização fortaleceu e expandiu o Poder Judiciário, bem como aumentou a demanda por justiça na sociedade brasileira. A segunda causa foi a constitucionalização abrangente, que trouxe para a Constituição inúmeras matérias que antes eram deixadas para o processo político majoritário e para a legislação ordinária. Essa foi, igualmente, uma tendência mundial, iniciada com as Constituições de Portugal (1976) e Espanha (1978), que foi potencializada entre nós com a Constituição de 1988.

A Carta brasileira é analítica, ambiciosa, desconfiada do legislador. Como intuitivo, constitucionalizar uma matéria significa transformar Política em Direito. Na medida em que uma questão — seja um direito individual, uma prestação estatal ou um fim público — é disciplinada em uma norma constitucional, ela se transforma, potencialmente, em uma pretensão jurídica, que pode ser formulada sob a forma de ação judicial. Por exemplo: se a Constituição assegura o direito de acesso ao ensino fundamental ou ao meio ambiente equilibrado, é possível judicializar a exigência desses dois direitos, levando ao Judiciário o debate sobre ações concretas ou políticas públicas praticadas nessas duas áreas.

Uma visível retração dos poderes legitimados, seja na implementação de políticas públicas, seja na elaboração legislativa, agravada pelos efeitos da pandemia do Covid 19, que contribuiu ainda mais para um significativo aumento da judicialização, conforme dados que serão demonstrados no próximo item, passa a preocupar e trazer ainda mais reflexões sobre a separação das funções do poder, o consequencialismo e os limites do ativismo judicial e em que medida deve haver uma autocontenção do judiciário, menos politização e mais neutralidade, uma pauta cada dia mais evidenciada.

Aristóteles²¹¹ desenvolve, embasando-se nos regimes constitucionais de sua época, a teoria da separação dos poderes, na qual delimita a existência de três grandes poderes no Estado, sem, contudo, esmiuçar as competências atribuídas a cada um, restando uma lacuna teórica nessa conceituação:

²¹¹ ARISTÓTELES. **A política**. Tradução de Roberto Leal Ferreira. São Paulo: Martins Fontes, 2001, p. 206–207.

Todas as Constituições têm três elementos... um delibera sobre os negócios públicos; o segundo concerne à magistratura, tratando da matéria sobre que exerce autoridade, bem como do modo de elegê-la, e o terceiro corresponde ao poder judicante. (...) Em todo governo existem três poderes essenciais, cada um dos quais o legislador prudente deve acomodar da maneira mais conveniente. Quando estas três partes estão bem acomodadas, necessariamente o governo vai bem, e é das diferenças entre estas partes que provêm as suas.

Com fulcro nesses estudos, outros pensadores desenvolveram teorias, tal como John Locke²¹² que denominou os poderes indispensáveis às sociedades como Legislativo, com competência de fixar as leis com o objetivo de preservar a sociedade política e os seus membros; Executivo, responsável pela execução continuada das leis instituídas; e Federativo, incumbido de desenvolver as comunicações e transações externas e detentor do poder de guerra e paz. Nessa linha, o autor reconhece que os Poderes Executivo e Federativo estão intrinsecamente vinculados, mas os mantém como independentes e subordinados ao Poder Legislativo, que eleva ao status de Poder Supremo.

Montesquieu²¹³, cuja construção teórica dos limites do poder e da garantia da liberdade política, por meio da separação dos poderes, inspirou a Constituição Federal de 1988²¹⁴, asseverou:

Quando em uma só pessoa, ou em um mesmo corpo de magistratura, o Poder Legislativo está reunido ao Poder Executivo não pode existir liberdade, pois se poderá temer que o mesmo monarca ou o mesmo senado criem leis tirânicas para executá-las tiranicamente. Também não haverá liberdade se o poder de julgar não estiver separado do Poder Legislativo e do Poder Executivo. Se o Poder Executivo estiver unido ao Poder Legislativo, o poder sobre a vida e a liberdade dos cidadãos seria arbitrário, pois o juiz seria o legislador. E se estiver ligado ao Poder Executivo, o juiz poderia ter a força de um opressor.

A Declaração Universal dos Direitos do Homem e do Cidadão de 1789, no artigo 16, foi o documento responsável por consagrar a divisão dos poderes como princípio formal fundamental, que se expressa na criação de instituições independentes e autônomas cujas funções diferenciadas objetiva o afastamento do despotismo do antigo regime e garantir a liberdade e os direitos fundamentais.²¹⁵

²¹² LOCKE, John. **Dois tratados sobre o governo**. Tradução de Júlio Fischer. São Paulo: Martins Fontes, 2001, p. 514-517.

²¹³ MONTESQUIEU. **O espírito das leis**. Tradução Jean Melville. São Paulo: Editora Martin Claret Ltda., 2006, p. 164-165.

²¹⁴ Art. 2º São Poderes da União, independentes e harmônicos entre si, o Legislativo, o Executivo e o Judiciário.

²¹⁵ ROIG, Rafael de Asís *et al.* Los textos de las colonias de Norteamérica y las diez primeras enmiendas a la Constitución. In: PECES-BARBA, Gregorio *et al* (Org.). **Historia de los derechos fundamentales**. Dykinson: Madrid, 2001, p. 329-335.

Hans Kelsen²¹⁶, no entanto, refuta a separação dos poderes tal como concebida pelos teóricos já citados. Para ele os chamados três poderes podem ser determinados como três funções distintas e coordenadas do Estado, e que é possível definir fronteiras separando cada uma dessas três funções. Constatamos, mais adiante, que não são três, mas duas as funções básicas do Estado: a criação e a aplicação do Direito e que é impossível atribuir a criação do Direito a um órgão e a sua aplicação (execução) a outro, de modo tão exclusivo que nenhum órgão venha a cumprir simultaneamente ambas as funções, além de demonstrar que no cotidiano os poderes se mesclam, apontando, por exemplo, que em muitas ocasiões o Judiciário precisará atuar como Legislativo.

Com o passar dos anos e a observação da evolução da sociedade, restou clara a pertinência do apontamento realizado por Kelsen, como ensina Cunha Jr²¹⁷, ao afirmar que a independência entre os poderes não significa exclusividade no exercício das funções que lhe são atribuídas, mas, sim, predominância no desempenho de suas funções típicas.

Ou seja, embora, com base na clássica tríplice divisão funcional, as funções legislativas, executivas e judiciais sejam exercidas, predominante e respectivamente, pelos Poderes Legislativo, Executivo e Judiciário, estes também desempenham - em determinadas oportunidades - de forma subsidiária, as funções típicas um dos outros, com o fito de garantir sua própria autonomia e independência:

O que corretamente, embora equivocadamente, se convencionou chamar de separação de poderes, é, na verdade, a distribuição e divisão de determinadas funções estatais a diferentes órgãos do Estado. Deveras, como o poder é uno e indivisível, não há falar em separação de poderes, mas, sim, em separação de funções do poder político ou simplesmente de separação de funções estatais. Insistimos: não é o poder que é divisível, mas, sim, as funções que o compõem e se manifestam por distintos órgãos do Estado.²¹⁸

Assim, não há como se conceber mais funções estanques, mas em uma constante tensão, com preocupações sobre limites de atuação, o que acaba por reverberar reflexões sobre o excesso de judicialização e o acentuado ativismo judicial, caracterizado sempre que o Poder Judiciário emana uma decisão judicial que, teoricamente, invade a esfera de um dos outros dois Poderes, extrapolando o seu conjunto de atribuições.²¹⁹

²¹⁶ Kelsen, Hans. **Teoria geral do direito e do Estado**. Tradução de Luís Carlos Borges. São Paulo: Martins Fontes, 2000, p. 390-402

²¹⁷ CUNHA JUNIOR, Dirley da Cunha. **Curso de direito constitucional**. 4ª ed. Salvador: JusPodivm, 2010, p. 527.

²¹⁸ *Ibid.*, p. 515.

²¹⁹ NUNES, Luiz Roberto. **Ativismo Judicial, IDP – Direito Público**, 2011, p. 14. Disponível em: https://repositorio.idp.edu.br/bitstream/123456789/1273/1/Direito%20P%3%bablico%20n.402011_LUIZ%20R%20OBERTO%20NUNES.pdf. Acesso em: 10.01.25

Chalita²²⁰ já alertava não haver evidência “na história do país, de outro período em que o Poder Judiciário tenha exercido tamanho protagonismo frente aos demais poderes”, reforçando que o Judiciário tem avançado cada dia mais em pautas de natureza moral e até políticas, “cuja legitimidade tem rito próprio, alheio ao Estado-juiz”.

Conforme explica Barroso²²¹:

A ideia de ativismo judicial está associada a uma participação mais ampla e intensa do Judiciário na concretização dos valores e fins constitucionais, com maior interferência no espaço de atuação dos outros dois Poderes. A postura ativista se manifesta por meio de diferentes condutas, que incluem: a) a aplicação direta da Constituição a situações não expressamente contempladas em seu texto e independentemente de manifestação do legislador ordinário; b) a declaração de inconstitucionalidade de atos normativos emanados do legislador, com base em critérios menos rígidos que os de patente e ostensiva violação da Constituição; c) a imposição de condutas ou de abstenções ao Poder Público, notadamente em matéria de políticas públicas.

Ou seja, a grande busca pela efetivação dos direitos fundamentais através do Judiciário acabou por consolidar o ativismo judicial²²², posto que o Judiciário atua quando devidamente provocado porque as políticas públicas e os serviços públicos dela decorrentes são mal elaboradas e executados, apresentado *déficit* prestacional²²³, oportunidade na qual os magistrados, para apresentar a devida resolução à demanda, invadem as esferas dos outros poderes governamentais.

Nesse ponto, esclarece Ribeiro Dantas²²⁴:

As ações estruturais destinam-se a suprir faltas do poder público que atingem direitos fundamentais de muitas pessoas. Em geral se tem, nesses casos, de um lado a complexidade dos problemas e de outro, para piorar, a urgência nas soluções. A normatividade, muitas vezes, não oferece saídas imediatas para o julgador, que então — pressionado pelas circunstâncias e pelos reclamos de organizações sociais ou do Ministério Público — se vê numa situação em que, para resolver o impasse, aventura-se num ativismo judiciário perigoso, porque interfere em políticas públicas em esferas que muitas vezes são técnicas, das quais não entende ou acerca das quais não tem as informações necessárias. Se essas intervenções de per se já não fossem questionáveis, principalmente quando feitas à margem da lei ou até a despeito dela, carecem quase sempre de legitimidade política, e atraem, para o Poder Judiciário, novos problemas para lidar com os quais ele dificilmente está preparado. Não é raro que essas incursões,

²²⁰ CHALITA, Gabriel. O consequencialismo, o poder e o amor. *In*: CHALITA, Gabriel *et al.* (Org.) **Consequencialismo no Poder Judiciário**. Indaiatuba: Editora Foco, 2019, p. 28.

²²¹ BARROSO, Luís Roberto. Judicialização, ativismo judicial e legitimidade democrática. **Suffragium -Revista do Tribunal Regional Eleitoral do Ceará**, Fortaleza, v. 5, n. 8, jan./dez. 2009, p. 15. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/synthesis/article/view/7433/5388>. Acesso em: 02.01.25.

²²² SCHIER, Adriana da Costa Ricardo; FREITAS, Daniel Castanha de. O protagonismo do órgão jurisdicional: uma pesquisa empírica da perspectiva dos magistrados do Tribunal de Justiça do Estado do Paraná sobre o ativismo judicial. **Interesse Público - IP**. Belo Horizonte, ano 19, nº 101, jan./fev., 2017, p. 115-130.

²²³ HESS, Heliana Maria Coutinho. Ativismo judicial e controle de políticas públicas. **Revista da Seção Judiciária do Rio de Janeiro**, 2011. Disponível em: https://www4.jfrj.jus.br/ser/index.php/revista_sjrj/article/viewFile/221/226. Acesso em: 20.05.25.

²²⁴ DANTAS, Marcelo Navarro Ribeiro. O Direito Constitucional À Segurança Jurídica e demandas estruturais: A questão da discricionariedade judicial e o papel dos tribunais superiores. **Revista Fapad**, Curitiba, v.1, e045, 2021, p.4.

por mais bem-intencionadas que sejam, sob o pretexto de resolver uma questão grave gerem consequências ainda piores. Não custa lembrar que, dos três Poderes, o Judiciário é o único que não haure sua legitimidade diretamente da fonte básica que é, nos termos da Constituição, o Povo (art. 1º, parágrafo único). Juízes não são eleitos (...) Mas essa visão, típica das várias correntes do neoconstitucionalismo, pode levar a uma judiocracia — que muito tem da tecnocracia dos planos econômicos do século passado... — preocupante, entre outros motivos pelo já referido déficit democrático, além de um decisionismo em alguns casos, é forçoso concluir, sem lastro em argumentação jurídico-racional sólida, mas em alegações morais ou puramente retóricas.

Na mesma linha, adverte Nalini²²⁵, que “não são poucos os juízes que se consideram o D. Quixote a restaurar, com sua decisão, a harmonia no mundo ferido pelas iniquidades”. Vale, neste ponto, reforçar o que defende Chalita²²⁶:

(...)precisamos reconhecer que o caminho escolhido para superar as aporias da prestação jurisdicional num país marcado por profundas desigualdades sociais morreu. Substituímos o juiz boca-da-lei pelo juiz ativista. Este, qual as sereias da Odisséia, nos encantaram com o som mavioso de suas vozes. E aquilo que se mostrava o antídoto dos nossos problemas – o juiz que fazia da sentença um ato político para mitigar as desigualdades e o sofrimento das pessoas – se tornou o principal algoz da democracia. Hoje, parte não significativa do Poder Judiciário não esconde seu viés totalitário, que despreza as escolhas definidas pelo voto popular com a mesma ênfase com que arrebatava a sociedade civil no coro da falência da democracia. Aniquilando-a, inclusive, em nome da mesma presunção de pureza que marcou a atuação do juiz boca-da-lei, com o acréscimo da certeza de uma superioridade moral pressuposta.

Não obstante as críticas ao excesso, fruto do ativismo judicial, fato é que, ao se deparar com uma demanda sem resolutividade técnica prevista em lei, ou até mesmo diante de flagrante inconstitucionalidade ou inércia executiva e/ou legislativa, ao Poder Judiciário se impõe o dever de garanti-la, objetivando o resultado justo e o amparo social, especialmente quanto aos direitos fundamentais previstos na Constituição Federal:

A inércia governamental no adimplemento de prestações positivas impostas pelo Texto Constitucional compromete a integridade e a eficácia da própria Constituição. É missão institucional do Supremo Tribunal Federal, como guardião da Carta, colmatar essa forma de omissão institucional e conferir efetividade a direitos essenciais previstos no texto. Cabe, assim, ao Poder Judiciário determinar ao Poder Executivo que promova as políticas públicas necessárias à garantia dos direitos fundamentais previstos na Lei Fundamental.²²⁷

Destarte, o Poder Judiciário sobressai, muitas das vezes, como resposta necessária, porém não pode levar a um ativismo injustificado, fora dos limites da Constituição, em

²²⁵ NALINI, José Renato. O futuro da segurança jurídica. In: GERMANOS, Paulo André Jorge (Coord.). **Segurança jurídica**: coletânea de textos. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010, p. 104-121.

²²⁶ CHALITA, Gabriel. O consequencialismo, o poder e o amor. In: CHALITA, Gabriel *et al.* (Org.) **Consequencialismo no Poder Judiciário**. Indaiatuba: Editora Foco, 2019, p. 38.

²²⁷ LEVIN, Alexandre. **O direito administrativo na jurisprudência do STF e do STJ**: homenagem ao Professor Celso Antônio Bandeira de Mello. Belo Horizonte: Fórum, 2014, p. 33.

preocupante protagonismo para o Judiciário brasileiro²²⁸, em especial diante da alegada ausência de legitimidade democrática dos magistrados, posto que, apesar de não serem estes agentes públicos eleitos, desempenham, cada vez mais, um poder político extremamente relevante, enraizado principalmente na possibilidade de invalidar os atos dos outros poderes.

Cumpra, neste ponto, destacar o que defende Barroso²²⁹, justificando a legitimidade democrática dos magistrados:

O fundamento normativo decorre, singelamente, do fato de que a Constituição brasileira atribui expressamente esse poder ao Judiciário e, especialmente, ao Supremo Tribunal Federal. (...) magistrados não têm vontade política própria. Ao aplicarem a Constituição e as leis, estão concretizando decisões que foram tomadas pelo constituinte ou pelo legislador, isto é, pelos representantes do povo. (...) a jurisdição constitucional bem exercida é antes uma garantia para a democracia do que um risco.

Outro ponto que chama à atenção é o risco de politização da justiça e a falta de capacidade institucional do Judiciário. Conforme pontua Tércio Sampaio²³⁰ sua neutralidade é baliza imprescindível à legitimidade da atuação judicial, sem a qual tudo passa a ser regido por relações de meio e fim; politizada, a experiência jurisdicional torna-se presa de um jogo de estímulos e respostas que exige mais cálculo do que sabedoria. Segue-se daí uma relação meramente pragmática do juiz com o mundo, que sente e transforma suas decisões em pura opção técnica que deve modificar-se de acordo com os resultados.

Entende-se, portanto, que a atuação judicial, ainda que ativista e para que seja justa e legítima, deve estar adstrita aos limites constitucionais e legais, na busca incessante pela justiça e na realização dos direitos fundamentais sociais, atento à realidade social que o cerca²³¹, optando pela autocontenção quando possa representar risco à separação das funções do poder.²³²

²²⁸ COSTA, Claudia Maria. **O protagonismo do Poder Judiciário no estado social de direito: diagnósticos, consequências e contribuições para a sua transformação democrática.** 2017. Tese (Doutorado em Direito) – Faculdade de Direito, Universidade Mackenzie, São Paulo, 2017, p. 47. Disponível em: <http://tede.mackenzie.br/jspui/bitstream/tede/3417/5/Claudia%20Marcia%20Costa.pdf>. Acesso em: 25.05.25.

²²⁹ BARROSO, Luís Roberto. Judicialização, ativismo judicial e legitimidade democrática. **Suffragium -Revista do Tribunal Regional Eleitoral do Ceará**, Fortaleza, v. 5, n. 8, jan./dez. 2009, p. 14. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/synthesis/article/view/7433/5388>. Acesso em: 02.01.25.

²³⁰ FERRAZ JUNIOR. Tércio Sampaio. O Judiciário frente à divisão dos poderes: um princípio em decadência? **Revista USP**, n. 21, 1994. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9036.v0i21p12-21>. Acesso em: 14.03.25.

²³¹ ALKIMIN, Maria Aparecida; e DUTRA, Lincoln Zub. O ativismo judicial como instrumento de transformação do estado democrático de direito. **Revista Direito & Paz**. São Paulo, Lorena, ano 18, nº 34, p. 300-318; 2016, p. 316. Disponível em: www.revista.unisal.br/lo/index.php/direitoepaz/article/download/357/257/. Acesso em: 03.01.25.

²³² LIMA, Flávia Danielle Santiago. **Ativismo e Autocontenção no Supremo Tribunal Federal: Uma Proposta de Delimitação do Debate.** 2013. Tese (Doutorado em Direito) – Centro de Ciências Jurídicas, Universidade Federal de Pernambuco, 2013. Disponível em:

Daí a importância de se compreender a constitucionalização do direito e os reflexos desta releitura constitucional, que concebe no Estado social um “neoconstitucionalismo”, sem perder de vista que, ainda no contexto dos influxos da Revolução Francesa, à luz do princípio jurídico da fraternidade²³³, já se é possível conceber um constitucionalismo fraternal, o que será objeto de estudo e aprofundamento em item específico do próximo capítulo, por se tratar de relevante referencial teórico da presente tese, como possível nova resposta à judicialização da saúde.

E sob este olhar, ainda em um recorte necessário para o presente estudo, à luz do direito à saúde, deve-se alcançar a saúde suplementar, já que, como visto, a assistência à saúde é livre à iniciativa privada, cujo complemento prestacional privado atende importante parcela da sociedade brasileira, dado o elevado déficit prestacional tanto público quanto privado, e os reflexos disso atingem a saúde como um todo, demandando uma visão integrativa e fraterna.

Por fim, vale ressaltar que o processo de redemocratização e constitucionalização do direito, com maior acesso à informação dos cidadãos e a institucionalização e fortalecimento da Defensoria Pública e do Ministério Público, além da complexidade deste sistema de saúde misto e as constantes resoluções da ANS, contribuem para a crescente judicialização em matéria de saúde como um todo.

A facilitação do acesso ao Poder Judiciário constitui, também, outro elemento fundamental para compreender a expansão da judicialização da saúde. A Constituição de 1988 não apenas garantiu direitos sociais amplos, mas também criou e fortaleceu instituições destinadas a promover o acesso à justiça, especialmente para as populações mais vulneráveis.

A Defensoria Pública, instituição essencial à função jurisdicional do Estado, tem desempenhado papel central na judicialização da saúde. Com a missão constitucional de prestar assistência jurídica gratuita aos necessitados, as Defensorias Públicas estaduais e a Defensoria Pública da União tornaram-se importantes canais para que cidadãos de baixa renda acionem o Judiciário em busca de medicamentos e tratamentos.

Dados do Conselho Nacional de Justiça revelam que significativa parcela das ações judiciais em saúde é patrocinada pela Defensoria Pública, particularmente aquelas voltadas ao fornecimento de medicamentos constantes das listas oficiais do SUS, mas não disponibilizados

<https://repositorio.ufpe.br/bitstream/123456789/10958/1/Tese%20Doutorado%20-%20FLAVIA%20SANTIAGO%20LIMA%20-%20CCJ%20-%20UFPE%20-%20com%20CIP.pdf>. Acesso em: 11.10.25.

²³³ GONÇALVES, Cristian David; FONSECA, Reynaldo Soares da. Direito Fundamental Fraternal à Saúde. In: NEVES, Luciana Sabbatine, *et al.* **Estudos sobre as Aplicações Jurídicas da Fraternidade**. Porto Alegre: Editora Fundação Fenix, 2024, p. 221.

na rede pública por problemas de desabastecimento ou gestão²³⁴. Trata-se de demandas que, em teoria, não deveriam existir, uma vez que o direito já está reconhecido pela política pública, faltando apenas sua efetivação administrativa.

O Ministério Público também assumiu protagonismo na defesa judicial do direito à saúde, tanto por meio de ações individuais quanto de ações civis públicas. A atuação do *Parquet* tem sido especialmente relevante em questões estruturais, como a exigência de melhorias em unidades de saúde, fornecimento de medicamentos essenciais, e implementação de serviços.²³⁵

Paralelamente à atuação das instituições públicas, desenvolveu-se no Brasil um robusto segmento de advocacia privada especializada em demandas de saúde. Escritórios de advocacia especializados, associações de pacientes com determinadas patologias, e até mesmo plataformas digitais que conectam pacientes a advogados surgiram como intermediários entre cidadãos e o sistema de justiça.²³⁶

Esse mercado de litígio em saúde apresenta características peculiares. De um lado, possibilita que pessoas que não se enquadram nos critérios de hipossuficiência para atendimento pela Defensoria Pública também tenham seus direitos defendidos. De outro, levanta questões sobre possíveis conflitos de interesse, especialmente quando há indícios de financiamento direto ou indireto da indústria farmacêutica²³⁷, o que será visto no próximo item.

Desta forma, compreendido esse breve referencial teórico, de constitucionalização do direito, expansão da jurisdição constitucional e evidenciado ativismo, no recorte proposto ao presente trabalho, faz-se necessário, a seguir, apresentar um panorama da judicialização da saúde no Brasil, seus desafios contemporâneos, reflexos em números e entendimentos jurisprudenciais mais relevantes, das cortes superiores.

²³⁴ BRASIL. CNJ. **Judicialização da Saúde no Brasil**: perfil das demandas, causas e propostas de solução. Relatório Analítico Propositivo. Brasília: CNJ/Insper, 2019, p. 52-55. Disponível em: <https://static.poder360.com.br/2019/03/relatorio-judicializacao-saude-Insper-CNJ.pdf>. Acesso em: 23.10.25.

²³⁵ VENTURA, Miriam *et al.* Judicialização da saúde, acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, 2010, p. 84. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312010000100006>. Acesso em: 23.10.25

²³⁶ MACHADO, Marina Amaral de Ávila *et al.* Judicialização do acesso a medicamentos no Estado de Minas Gerais, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 45, n. 3, 2011, p. 594. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102011005000015>. Acesso em: 23.10.25.

²³⁷ CHIEFFI, Ana Luiza; BARATA, Rita de Cássia Barradas. Judicialização da política pública de assistência farmacêutica e equidade. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 8, 2009, p. 1850. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009000800020>. Acesso em: 23.10.25.

2.2. Panorama da judicialização e os desafios contemporâneos do direito à saúde no Brasil pós Pandemia da Covid-19

Émile Durkheim²³⁸ relata que a vida em grupo, de uma forma geral, inicia juntamente com o surgimento da moral e que a conexão ao grupo implica vinculação necessária ao indivíduo, já que a sociedade é o fim eminente de toda atividade moral. Além disso, enfatiza a importância da sociedade, vez que cada indivíduo incorpora alguma parte dela com seus elementos e qualidades individuais, e é por meio dela que há a transmissão de gerações sucessivas e da civilização.

Assim, não existe sociedade na qual todos os seus componentes sejam iguais ou quase iguais, o que leva à criação de interesses comuns para a busca de sobrevivência. Justifica-se esta diferença social através da desigual distribuição das chances de vida, que, por sua vez, resulta das estruturas de poder, já que este gera não apenas a desigualdade, mas, pelo mesmo motivo, conflito.²³⁹

Os conflitos, portanto, fazem parte do processo de integração social do indivíduo ocasionando as mudanças e transformações. É evidente, por outro lado, que essas mudanças sociais estão diretamente ligadas às modificações do direito e sua aplicação na sociedade.²⁴⁰

Na área da saúde, o conflito cada dia mais tem se intensificado, sendo que a judicialização da saúde no Brasil configura-se como um fenômeno complexo e multifacetado, que tem ganhado expressão nos debates políticos e jurídicos e com uma tendência cada vez mais presente em âmbito internacional²⁴¹, e que tem desafiado gestores públicos, operadores do direito e profissionais da saúde nas últimas décadas.

Compreender as raízes, dimensões e consequências da judicialização torna-se fundamental para qualquer análise que pretenda oferecer caminhos para o aprimoramento do sistema de saúde brasileiro, seja ele público ou suplementar, ou mesmo para trazer essa visão integrativa, conforme se propõe no próximo capítulo, já que suas causas não podem ser atribuídas a um único fator isolado. Ao contrário, trata-se de um fenômeno resultante da

²³⁸ DURKHEIM, Émile. **Sociologia e filosofia**. São Paulo: Ícone, 2004, p. 91.

²³⁹ DAHRENDORF, Ralf. **O conflito social moderno: um ensaio sobre a política da liberdade**. São Paulo: Edusp, 1992, p. 21.

²⁴⁰ DURKHEIM, *op. cit.*, p.95

²⁴¹ YAMIN, Alicia Ely, 2014 *apud* SANT'ANA, Ramiro Nóbrega. **A Judicialização como instrumento de acesso à saúde: propostas de enfrentamento da injustiça na saúde pública**. 2018. Tese (Doutorado em Direito) – Faculdade de Direito, Universidade de Brasília, Brasília, 2018, p. 267. Disponível em: <https://repositorio.uniceub.br/jspui/bitstream/235/12414/1/61350132.pdf>. Acesso em: 17.10.25.

convergência de múltiplas variáveis de natureza jurídica, política, social e econômica que se entrelaçam de forma complexa.

Como visto, o termo "judicialização da saúde" se refere ao crescente número de demandas judiciais que buscam garantir o acesso a medicamentos, tratamentos, procedimentos cirúrgicos, insumos e serviços de saúde não disponibilizados espontaneamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS) ou pelos planos de saúde privados.

Diferentemente de outros países que também enfrentam questões relacionadas ao acesso à saúde, o Brasil apresenta particularidades que tornam esse fenômeno ainda mais complexo. A coexistência de um sistema público universal (SUS) com um amplo mercado de saúde suplementar, as profundas desigualdades regionais e socioeconômicas, aliadas a um arcabouço constitucional que garante o direito à saúde de forma ampla e irrestrita, uma vez reconhecido e afirmado o direito fundamental à saúde, que não pode ser relegado à mera proclamação retórica, exigindo a sua implementação efetiva, à luz da força normativa da Constituição, criam um ambiente propício para que o Poder Judiciário seja constantemente acionado como instância de resolução de conflitos em saúde.

Sobre os contornos iniciais do debate acerca da judicialização da saúde pública no Brasil e que originaram uma audiência pública perante o Supremo Tribunal Federal, explica Sant'ana²⁴²:

Os primeiros contornos da judicialização da saúde no Brasil são atribuídos, por diversos pesquisadores, ao movimento de afirmação de direitos por pessoas portadoras do vírus HIV, sobretudo para garantia de acesso a medicamentos e implementação de uma política de assistência farmacêutica para esse segmento de pacientes. A questão foi levada ao Supremo Tribunal Federal (STF), que, no julgamento do RE 271.286/RS AgR, publicado em novembro de 2000, reconheceu o direito público subjetivo à saúde do paciente, bem como o dever do Estado de oferecer tratamento medicamentoso, tal como havia sido garantido na Lei no 9.313/96. Essa decisão se tornaria um *leading case* a orientar a questão.

Na década que se seguiu, assistiu-se a uma intensa ampliação do número de ações ajuizadas, tanto no âmbito da Justiça Estadual quanto na Justiça Federal. A ampliação foi acompanhada de elevado índice de sucesso obtido nas referidas demandas. (...)

A acentuada tendência identificada nos Tribunais locais foi refletida também no STF, que, no período entre 1997 e 2007, decidiu 31 casos relacionados a tratamentos de saúde, com julgados sempre favoráveis aos pacientes. A acentuada tendência identificada nos Tribunais locais foi refletida também no STF, que, no período entre 1997 e 2007, decidiu 31 casos relacionados a tratamentos de saúde, com julgados sempre favoráveis aos pacientes.

Foi nesse contexto que o então Presidente do STF, Ministro Gilmar Mendes, convocou audiência pública para promover amplo debate acerca da judicialização da saúde e seus impactos¹⁰²⁷. A audiência, realizada entre abril e maio de 2009, representou um marco para a judicialização da saúde no Brasil, pois dela decorreram ao menos quatro importantes consequências: i) o posicionamento claro de instituições

²⁴² SANT'ANA, Ramiro Nóbrega. **A Judicialização como instrumento de acesso à saúde: propostas de enfrentamento da injustiça na saúde pública**. 2018. Tese (Doutorado em Direito) – Faculdade de Direito, Universidade de Brasília, Brasília, 2018, p. 267. Disponível em: <https://repositorio.uniceub.br/jspui/bitstream/235/12414/1/61350132.pdf>. Acesso em: 17.10.25.

e atores sociais sobre as consequências da judicialização; ii) a definição de diversas iniciativas institucionais a serem tomadas; iii) o estabelecimento, pelo STF, de um conjunto de orientações jurisprudenciais; e iv) a criação do Fórum Nacional do Judiciário para monitoramento e resolução das demandas de assistência à saúde.

A audiência pública nº 4 sobre a judicialização do direito à saúde, promovida pelo Supremo Tribunal Federal²⁴³, revelou uma clara e democrática divisão de perspectivas entre os participantes. De um lado, gestores do SUS e representantes da advocacia pública tenderam a enfatizar as consequências negativas do fenômeno, defendendo a imposição de limites para preservar a gestão e a isonomia do sistema. De outro, a sociedade civil e a maioria dos operadores do direito defenderam a atuação da Justiça como um instrumento essencial para garantir o acesso à saúde.²⁴⁴

Deste debate, emergiram críticas centrais que perduram até hoje, como a alegação de que a judicialização cria uma iniquidade entre cidadãos que obtêm liminares e aqueles que seguem os trâmites regulares e burocráticos do SUS, submetendo-se às filas de espera. Um contraponto levantado na referida audiência pública, ressalta que a judicialização se faz necessária, na grande maioria dos casos, pela própria negativa nos serviços fornecidos pelo SUS, contribuindo para o risco de uma "dupla exclusão", onde o cidadão, já privado de um tratamento previsto em norma, seria também impedido de recorrer ao Judiciário.²⁴⁵

Outra preocupação evidenciou que os enormes gastos com decisões judiciais comprometiam o orçamento coletivo da saúde, com realocação forçada de despesas para cumprimentos individuais em detrimento do coletivo²⁴⁶, onerando em demasia o poder público, sem trazer uma efetiva melhora. A questão dos custos para implementação dos direitos sociais não é nova, valendo o destaque para a doutrina estrangeira, datada desde 1999, conforme Holmes e Sustain²⁴⁷, a revelar preocupação do impacto das decisões judiciais sobre o orçamento público.

²⁴³ Audiência Pública convocada pelo Presidente do Supremo Tribunal Federal à época, Ministro Gilmar Mendes, para subsidiar o julgamento de processos que discutiam a concretização do direito à saúde (art. 196 da Constituição Federal), a partir do oferecimento de medicação e tratamento pelo Poder Público. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/audienciapublica/audienciaPublica.asp?tipo=realizada&pagina=3>. Acesso em: 17.10.25.

²⁴⁴ MACHADO, Felipe Rangel de Souza; DAIN, S. A Audiência Pública da Saúde: questões para a judicialização e para a gestão de saúde no Brasil. **Revista de Administração Pública-RAP**, v. 46, n. 4, 2012, p. 1023-1025.

²⁴⁵ SANT'ANA, Ramiro Nóbrega. **A Judicialização como Instrumento de Acesso à Saúde**: propostas de enfrentamento da injustiça na saúde pública. 2018. Tese (Doutorado em Direito) – Faculdade de Direito, Universidade de Brasília, Brasília, 2018, p. 271. Disponível em: <https://repositorio.uniceub.br/jspui/bitstream/235/12414/1/61350132.pdf>. Acesso em: 17.10.2025.

²⁴⁶ MACHADO, *op. cit.*, p. 1023-1025.

²⁴⁷ HOLMES, Stephen; SUNSTEIN, Cass R., 2009, *apud* ALMEIDA, Paulo Marcos Rodrigues de. A (DES)judicialização da saúde na pandemia da COVID-19: A solução de demandas de saúde pela conciliação. *In*: O Poder Judiciário na Pandemia. **REVISTA AJUFESP** – Ed. nº 01, 2021. p. 105 Disponível em: https://ajufesp.org.br/site2023/wp-content/uploads/2025/02/REVISTA-AJUFESP-1a_EDICAO.pdf. Acesso em: 21.01.25

A compreensão de que o direito à saúde possui natureza prestacional e que sua efetivação depende de escolhas políticas e alocativas nem sempre tem sido adequadamente considerada nas decisões judiciais.

A tensão entre o direito individual à saúde e as políticas públicas coletivas tornou-se transparente. Se, por um lado, a Constituição garante o direito universal à saúde, por outro, esse direito precisa ser concretizado dentro de um contexto de recursos públicos limitados, com um subfinanciamento²⁴⁸, e necessidades ilimitadas, colocando em cotejo o mínimo existencial e a reserva do possível, como outrora mencionado.

Os tribunais brasileiros, no entanto, eram relativamente refratários à aplicação irrestrita da teoria da reserva do possível em questões de saúde, especialmente em casos que envolviam risco de morte ou grave sofrimento; o argumento frequentemente utilizado é o de que o direito à vida e à saúde, por serem essenciais à dignidade humana, não podiam ser submetidos a considerações orçamentárias.²⁴⁹

Evidenciadas tais preocupações, com o desdobramento positivo da audiência, observou-se a implementação de importantes iniciativas institucionais. Entre os avanços, destacam-se: o aprimoramento do processo de incorporação de tecnologias no SUS com a criação da CONITEC; a valorização dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDTs) pelo Judiciário; e a criação dos Núcleos de Apoio Técnico (NAT-jus) para assessorar magistrados, conforme recomendação do CNJ; que serão objeto de apreciação no próximo item.

Adicionalmente, o próprio STF estabeleceu novos critérios jurisprudenciais, notadamente no julgamento da STA 175²⁵⁰, em 17.03.2010, que, embora reconhecendo o direito à saúde como fundamental, passou a orientar as decisões judiciais com base nas políticas públicas existentes, no registro da ANVISA e na eficácia dos tratamentos oferecidos pelo SUS, buscando um equilíbrio entre o direito individual e a sustentabilidade do sistema de saúde, na

²⁴⁸ O novo paradigma constitucional do investimento federal em saúde – emendas constitucionais 86, 93 e 95 – leva pesquisadores e agentes públicos a afirmarem que o Brasil provavelmente enfrentará situação que sequer pode ser considerada subfinanciamento, mas sim um “desfinanciamento” das políticas de promoção da saúde. VIEIRA, F. S.; BENEVIDES, P. S. B.. **Os Impactos do Novo Regime Fiscal para o Financiamento do Sistema Único de Saúde e para a Efetivação do Direito à Saúde no Brasil**. Nota Técnica 28 de 2016. Rio de Janeiro: IPEA, 2016, p. 22.

²⁴⁹ SARLET, Ingo Wolfgang; FIGUEIREDO, Mariana Filchtiner. Reserva do possível, mínimo existencial e direito à saúde: algumas aproximações. *In*: SARLET, Ingo Wolfgang; TIMM, Luciano Benetti (Org.). **Direitos Fundamentais: orçamento e reserva do possível**. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora, 2008, p. 76.

²⁵⁰BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **STA 175 AgR / CE**. Responsabilidade solidária dos entes da Federação em matéria de saúde. Min. Relator: Gilmar Mendes, 17 de março de 2010. Disponível em: <https://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=AC&docID=610255>. Acesso em: 17.10.25.

tentativa de superar as posições mais formalistas de discussão, por vezes equivocada, dos conceitos de mínimo existencial e reserva do possível.²⁵¹

Entretanto, as ações judiciais continuaram subindo em escala nacional, sendo que entre 2008 e 2017 houve aumento de 103% no ajuizamento de ações de saúde, enquanto o orçamento do Ministério da Saúde experimentou um aumento de 13 vezes nos gastos em atendimento a demandas judiciais, chegando, no pico de 2016, a R\$1,6 bilhão.²⁵²

Neste contexto, conforme observa Almeida²⁵³:

Mais do que ao número excessivo de ações judiciais a respeito do tema, a expressão “judicialização da saúde” parece referir-se a certa disfunção da atividade jurisdicional, evidenciada por um elevado número de decisões um tanto irracionais a respeito de demandas questionáveis ou até mesmo extravagantes. Por vezes, são acolhidos não apenas pedidos de medicamentos sem eficácia comprovada, caras cirurgias no exterior ou tratamentos experimentais, mas também pedidos de fraldas de marcas específicas, iogurtes de sabores determinados, procedimentos meramente estéticos.

De fato, aparentemente despreocupados com os possíveis reflexos negativos de suas decisões sobre o sistema público de saúde como um todo, muitos juízes e tribunais sucumbem a apelos emocionais e atendem a toda sorte de pedidos de tratamentos de saúde, muitos caríssimos e de necessidade discutível. Assim agindo, aumentam gastos públicos sem planejamento, desequilibram o sistema de saúde e geram profunda insegurança jurídica.

Esta crescente judicialização da saúde no Brasil, observadas as distorções judiciais apontadas, impulsionou as cortes superiores a um exercício hermenêutico complexo, buscando harmonizar o direito constitucional fundamental à saúde, observado o mínimo existencial, e os princípios da administração pública, como a reserva do possível, e a separação dos poderes.

Nesse contexto, o Supremo Tribunal Federal (STF) e o Superior Tribunal de Justiça (STJ) firmaram teses em sede de repercussão geral e recurso repetitivo, respectivamente, que estabeleceram balizas objetivas para a concessão de tratamentos e medicamentos pelo Estado, além de, em certa medida, tentar conter o ativismo judicial nestas demandas de saúde pública. Outro ponto relevante, foi a tentativa de melhor interpretação da competência de fornecimento e/ou prestação dos serviços de saúde pelos entes públicos, à luz da solidariedade e do pacto federativo.

²⁵¹ SANT’ANA, Ramiro Nóbrega. **A Judicialização como Instrumento de Acesso à Saúde**: propostas de enfrentamento da injustiça na saúde pública. 2018. Tese (Doutorado em Direito) – Faculdade de Direito, Universidade de Brasília, Brasília, 2018, p. 272-275. Disponível em: <https://repositorio.uniceub.br/jspui/bitstream/235/12414/1/61350132.pdf>. Acesso em: 17.10.25.

²⁵² ALMEIDA, Paulo Marcos Rodrigues de. A (DES)judicialização da saúde na pandemia da COVID-19: A solução de demandas de saúde pela conciliação. **REVISTA AJUFESP** – Ed. nº 01, 2021. Disponível em: https://ajufesp.org.br/site2023/wp-content/uploads/2025/02/REVISTA-AJUFESP-1a_EDICAO.pdf. Acesso em: 21.01.25

²⁵³ *Ibid.*

No âmbito do Superior Tribunal de Justiça, em 21.09.2018, especificamente para medicamentos, destaca-se o Recurso Especial 1.657.156 (Tema 106).²⁵⁴ O Tribunal da Cidadania, como popularmente é conhecido o STJ, ao analisar a obrigatoriedade do fornecimento de fármacos não incorporados em atos normativos do SUS, instituiu critérios cumulativos e objetivos. A decisão condicionou a concessão judicial à comprovação da (i) imprescindibilidade do fármaco, atestada por laudo médico circunstanciado que demonstre a ineficácia dos tratamentos fornecidos pelo SUS; (ii) incapacidade financeira do paciente para arcar com os custos; e (iii) a existência de registro sanitário na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

Essa linha foi consolidada e complementada pelo STF, abordando as questões sob a ótica constitucional, cujas principais decisões, refletidas em temas de repercussão geral, serão abaixo mencionadas.

No julgamento do Recurso Extraordinário 657.718 (Tema 500)²⁵⁵, em 22.05.2019, a Corte estabeleceu como regra geral a impossibilidade de o Estado ser compelido a fornecer medicamentos sem registro na ANVISA ou em fase experimental, admitindo-se excepcionalmente:

A concessão judicial de medicamento sem registro sanitário, em caso de mora irrazoável da ANVISA em apreciar o pedido (prazo superior ao previsto na Lei nº 13.411/2016), quando preenchidos três requisitos: (i) a existência de pedido de registro do medicamento no Brasil (salvo no caso de medicamentos órfãos para doenças raras e ultrarraras); (ii) a existência de registro do medicamento em renomadas agências de regulação no exterior; e (iii) a inexistência de substituto terapêutico com registro no Brasil.

Estabeleceu, ainda, na referida decisão que “as ações que demandem fornecimento de medicamentos sem registro na ANVISA deverão necessariamente ser propostas em face da União”.

Seguindo na mesma linha, o STF, no julgamento do RE 1.165.959 (Tema 1161)²⁵⁶, em 21.06.2021, definiu a seguinte tese:

²⁵⁴ BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. **Tema Repetitivo nº 106**. Questão submetida a julgamento: Obrigatoriedade do poder público de fornecer medicamentos não incorporados em atos normativos do SUS. Min. Relator: Benedito Gonçalves, 04 de maio de 2018. Disponível em: https://processo.stj.jus.br/repetitivos/temas_repetitivos/pesquisa.jsp?novaConsulta=true&tipo_pesquisa=T&cod_tema_inicial=106. Acesso em: 17.10.25.

²⁵⁵ BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Tema nº 500**. Medicamentos não registrados na ANVISA. Min. Relator: Marco Aurélio, 22 de set de 2019. Disponível em: <https://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=TP&docID=754312026>. Acesso em: 14.02.25.

²⁵⁶ BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Tema nº 1161**. Medicamentos não registrados na ANVISA, autorização de importação. Min. Relator: Marco Aurélio, 21 de jun de 2021. Disponível em: <https://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=TP&docID=757870908>. Acesso em: 17.10.25.

Cabe ao Estado fornecer, em termos excepcionais, medicamento que, embora não possua registro na ANVISA, tem a sua importação autorizada pela agência de vigilância sanitária, desde que comprovada a incapacidade econômica do paciente, a imprescindibilidade clínica do tratamento, e a impossibilidade de substituição por outro similar constante das listas oficiais de dispensação de medicamentos e os protocolos de intervenção terapêutica do SUS

Pode-se verificar que a Corte suprema foi confrontada com a globalização dos tratamentos médicos, que muitas vezes se tornam disponíveis em mercados internacionais antes de obterem registro no Brasil. Ao exigir o registro sanitário, o STF prestigiou a competência técnica do órgão regulador como uma barreira de segurança indispensável, sinalizando que a garantia do direito à saúde não poderia ignorar os critérios de eficácia e segurança validados cientificamente no país.

Vale um aparte para ressaltar um aspecto menos evidente, mas não menos importante, das causas da judicialização da saúde, relacionado à assimetria de informação que permeia todo o sistema. A relação entre médico e paciente é caracterizada por profunda desigualdade de conhecimento: o profissional de saúde detém conhecimento técnico especializado que o paciente, em regra, não possui. Essa assimetria torna-se ainda mais complexa quando consideramos a influência da indústria farmacêutica sobre as prescrições médicas. Empresas farmacêuticas investem bilhões anualmente em marketing direcionado a profissionais de saúde, incluindo patrocínio de eventos científicos, financiamento de pesquisas, e visitas de representantes comerciais.²⁵⁷

Não se trata, evidentemente, de questionar a idoneidade dos profissionais médicos ou de sugerir que prescrevem medicamentos inadequados conscientemente. O que pesquisas demonstram é que a exposição a estratégias de marketing farmacêutico influencia, ainda que inconscientemente, os padrões de prescrição, frequentemente favorecendo medicamentos mais novos, mais caros e até importados, mesmo quando alternativas igualmente eficazes e mais baratas estão disponíveis.²⁵⁸

No contexto da judicialização, essa influência manifesta-se de forma particularmente problemática. Estudos documentaram casos em que prescrições médicas que fundamentam ações judiciais apresentam características preocupantes: uso de nomes comerciais em vez de denominações genéricas, recomendação de medicamentos sem registro na ANVISA, prescrição

²⁵⁷ GAGNON, Marc-André; LEXCHIN, Joel. The cost of pushing pills: a new estimate of pharmaceutical promotion expenditures in the United States. *PLoS Medicine*, v. 5, n. 1, e1, jan. 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0050001>. Acesso em: 23.10.25.

²⁵⁸ BRAX, Henna *et al.* Association between physicians' interaction with pharmaceutical companies and their clinical practices: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One*, v. 12, n. 4, abr. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0175493>. Acesso em: 23.10.25.

de doses ou indicações não aprovadas (uso *off-label*), e ausência de justificativa técnica para a não utilização de alternativas disponíveis no SUS.²⁵⁹

A falta de conhecimento técnico especializado por parte de magistrados constitui outra dimensão importante da assimetria informacional. Juízes, por mais competentes e dedicados que sejam, não possuem formação em medicina, farmacologia ou saúde pública e suplementar. Ao serem confrontados com laudos médicos, estudos clínicos e argumentos técnicos complexos, frequentemente encontram dificuldades para avaliar criticamente as evidências apresentadas e nem sempre tem tempo para uma prova pericial.

O resultado é que decisões judiciais muitas vezes baseiam-se predominantemente na palavra do médico que prescreveu o tratamento, sem consideração adequada de aspectos como qualidade da evidência científica, existência de alternativas terapêuticas, custo-efetividade, ou impacto da decisão individual sobre políticas públicas coletivas.²⁶⁰

Wang²⁶¹ tem criticado em suas pesquisas a ampliação de competências do judiciário, haja vista sua menor capacidade institucional em matéria de saúde:

Comparemos duas formas de decidir se um tratamento deve ser custeado pelo SUS. Uma forma é por meio de um órgão de avaliação de tecnologia de saúde, como a CONITEC, que possui corpo técnico permanente selecionado e treinado para: a) a coletar e revisar sistematicamente a literatura sobre eficácia, acurácia, efetividade e segurança da tecnologia em comparação com outros existentes (o que inclui avaliar a metodologia das pesquisas, a validade interna e a generalizabilidade dos dados, além de lidar com incertezas e lacunas no conhecimento), b) fazer avaliação de custo-efetividade e do impacto orçamentário para entender os custos de oportunidade, e c) produzir diretrizes clínicas para orientar a prática a partir da evidência científica. Esse órgão é constituído por representantes do setor da saúde (Conselho Federal de Medicina, Conselho Nacional de Saúde, ANVISA etc.) e conta com auxílio externo de centros de pesquisa em universidades e hospitais. O processo deve seguir todas as regras e princípios do processo administrativo, além de promover transparência e participação da sociedade e grupos de interesse por meio de audiências e consultas públicas. A decisão que segue essa avaliação vale para todos os pacientes. Outra forma é uma decisão tomada para cada paciente individual por juízes leigos em matéria de ciência e saúde, que decidem por meio de processo que resume uma questão distributiva de política pública a um conflito bilateral. As informações dos juízes são as trazidas pelas partes, eventualmente com o auxílio de perito ou de um núcleo de assistência técnica com um processo muito menos sofisticado, transparente e participativo que o da CONITEC. Essa decisão pode ser revista por tribunais igualmente leigos. Ademais, a concessão vale apenas para as partes de um processo e não se estende para outros pacientes com as mesmas condições clínicas. Está muito

²⁵⁹ MESSEDER, Ana Márcia; OSORIO-DE-CASTRO, Claudia Garcia Serpa; LUIZA, Vera Lucia. Mandados judiciais como ferramenta para garantia do acesso a medicamentos no setor público: a experiência do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, n. 2, 2005, p. 528. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2005000200019>. Acesso em: 23.10.25.

²⁶⁰SANT'ANA, Ramiro Nóbrega. **A Judicialização como Instrumento de Acesso à Saúde: propostas de enfrentamento da injustiça na saúde pública**. 2018. Tese (Doutorado em Direito) – Faculdade de Direito, Universidade de Brasília, Brasília, 2018, p. 127. Disponível em: <https://repositorio.uniceub.br/jspui/bitstream/235/12414/1/61350132.pdf>. Acesso em: 17.10.25.

²⁶¹ WANG, Daniel Wei Liang. Revisitando Dados e Argumentos no Debate sobre Judicialização da Saúde. **Revista Estudos Institucionais**, v. 7, n. 2, maio/ago. 2021, p. 857-858. Disponível em: <https://www.estudosinstitucionais.com/REI/article/view/650>. Acesso em: 29.03.26.

claro que há diferenças de capacidade institucional em termos de adequação do processo de tomada de decisão, expertise acumulada e disponibilidade de recursos materiais e humanos para dada tarefa. Também está claro qual é a instituição (entendido como conjunto de processos, pessoas e recursos para certa atividade) mais adequada para decidir sobre se o SUS deve custear um tratamento.(...)Em pesquisa que realizei com colegas, analisamos 13.263 decisões judiciais de todas as instâncias em processos que pediam medicamentos ajuizados em São Paulo, Florianópolis e Porto Alegre (Justiça Estadual e Federal) distribuídos em um período de cinco anos (WANG *et al*, 2020). O resultado é que a taxa de sucesso de pacientes é de mais de 90% na 1ª instância e quase 100% na segunda instância. O mais interessante: o fato de um tratamento não estar incorporado não muda a probabilidade de o Judiciário ordenar o fornecimento, nem mesmo quando a não incorporação resultou de recomendação expressa da CONITEC. Ou seja, a política de saúde é simplesmente ignorada. E, corroborando estudos anteriores, a fonte de prova mais comum para se sobrepor à política de saúde é uma receita médica do profissional que assiste o autor da ação. Em outras palavras, em se fazendo esse tipo de prova da necessidade, afasta-se a política pública e as preocupações sobre como a concessão judicial afeta outros usuários.

Alerta ainda, Wang²⁶², que não há uma preocupação com os custos e o impacto econômico das decisões, não sendo tratado como problema para juízes, “que tratam necessidades individuais, amparadas pelo direito à saúde, como trunfos contra a política de saúde. É na formulação da política de saúde que aparecem preocupações com justiça distributiva, custo-efetividade (como propiciar o maior número possível de benefícios com a quantidade de recursos disponíveis), impacto orçamentário (qual o impacto do fornecimento de um tratamento sobre a sustentabilidade de outros serviços)”:

Custos e impacto econômico de decisões são ignorados, expressamente refutados ou, ainda que reconhecidos, não afetam a decisão. Alguns trechos do próprio STF superam qualquer dúvida sobre a existência de uma posição jurisprudencial consolidada no sentido de que o impacto econômico das decisões judiciais no orçamento não importa em matéria de saúde. “Entre proteger a inviolabilidade do direito à vida (...) ou fazer prevalecer, contra essa prerrogativa fundamental, um interesse financeiro e secundário do Estado, entendo (...) que razões de ordem ético-jurídica impõem ao julgador uma só e possível opção: o respeito indeclinável à vida.” (Min. Celso de Mello, Pet 1246/96) “eu não posso compreender que se articule a inexistência de lastroeconômico-financeiro para se negar um tratamento à saúde a um cidadão” (Min. Marco Aurélio Mello, RE 368546/11) "Estamos aqui para tornar efetivo aquilo que a Constituição nos garante. A dor tem pressa. Eu lido com o humano, eu não lido com o cofre".

Referido cenário revela outra preocupação, segundo Campos Neto²⁶³, sobre a existência de uma concentração de profissionais médicos e advogados nas ações por medicamentos específicos de determinadas indústrias farmacêuticas:

²⁶² WANG, Daniel Wei Liang. Revisitando Dados e Argumentos no Debate sobre Judicialização da Saúde. **Revista Estudos Institucionais**, v. 7, n. 2, maio/ago. 2021, p. 860-861. Disponível em: <https://www.estudosinstitucionais.com/REI/article/view/650>. Acesso em: 29.03.26.

²⁶³ CAMPOS NETO, Orozimbo Henriques. **A indústria farmacêutica na judicialização da saúde: percepção dos atores sociais envolvidos**. 2017. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Universidade Federal de Minas Gerais,

A concentração desses profissionais, nos processos judiciais, associados ao crescimento de ações que envolviam a compra de medicamentos de alto custo, recém-lançados no mercado, se configurou como indício de que a ação advocatícia e as prescrições médicas poderiam estar sendo utilizadas, em determinados momentos, para atender a interesses da indústria farmacêutica.

Tal fato é um forte indicativo que o uso estratégico do sistema judicial pela indústria farmacêutica configura uma forma sofisticada de captura do poder público que vai além da legítima busca pela efetivação do direito fundamental à saúde. A influência irregular exercida pela indústria farmacêutica no processo de judicialização da saúde opera através de múltiplos mecanismos que incluem a articulação entre profissionais da área farmacêutica, médica e jurídica, com a utilização estratégica do sistema judicial como meio de circulação de medicamentos.

Pesquisa sobre itinerários de usuários reforça que a origem da prescrição profissional nas ações judiciais apresenta predomínio da rede privada em 61,57% dos casos²⁶⁴, sugerindo uma articulação coordenada entre médicos do setor privado e escritórios de advocacia especializados para atender interesses da indústria farmacêutica através da via judicial.

Como prova disso, investigações realizadas pelo Ministério Público e por órgãos de controle já identificaram esquemas de intermediação em que médicos, escritórios de advocacia e indústria farmacêutica atuavam de forma coordenada para promover a judicialização de medicamentos específicos, particularmente aqueles de alto custo e elevada margem de lucro, inclusive na saúde suplementar.²⁶⁵

Sem falar que a judicialização do acesso a medicamentos fomentado pela indústria farmacêutica, além de promover a circulação de seus fármacos no Brasil pode provocar uma transferência destes valores para fora do país, potencializando o enriquecimento das nações hegemônicas do capitalismo.²⁶⁶

Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Belo Horizonte, 2017, p. 213. Disponível em: <https://repositorio.ufmg.br/bitstreams/0d858a5f-6b6f-4458-b5c2-80804744d4a3/download>. Acesso em: 13.03.26.

²⁶⁴ IRBER, Ana Paula Silva Fernandes. **Judicialização do acesso à saúde pública: itinerários e experiências de usuários.** Dissertação (Mestrado em Cognição, Tecnologias e Instituições) – Universidade Federal Rural do Semi-Árido, Mossoró, 2020. p. 49. Disponível em: https://repositorio.ufersa.edu.br/bitstream/prefix/6692/1/Ana%20PaulaSFI_DISSERT.pdf. Acesso em: 13.03.26.

²⁶⁵ BRASIL. MPMG. **Denúncia fraude milionária em operadora de plano de saúde.** Disponível em: <https://www.mpmg.mp.br/portal/menu/comunicacao/noticias/mpmg-denuncia-26-pessoas-por-fraude-milionaria-em-operadora-de-plano-de-saude.shtml>. Acesso em 23.10.25.

²⁶⁶ SAMPAIO, Laura Melo. **A Judicialização do acesso aos medicamentos: forma de circulação da mercadoria medicamento pela indústria farmacêutica e transferência de valor do Brasil para as nações hegemônicas do capitalismo.** 2023. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2023, p. 101. Disponível em: <https://www.btdt.uerj.br:8443/bitstream/1/20175/2/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20-%20Laura%20Melo%20Sampaio%20-%202023%20-%20Completa.pdf>. Acesso em: 13.03.26.

Os impactos da captação irregular da indústria farmacêutica para ações judiciais na saúde ultrapassam o interesse individual dos casos, podendo configurar-se como mecanismo de pressão sobre gestores públicos e interferência direta na política de assistência farmacêutica do SUS. Estudos apontam que as decisões judiciais não apenas determinam a compra de medicamentos sob pena de sofrerem sanções judiciais caso a ação judicial não fosse cumprida, mas também ameaçam gestores com pedidos de prisão e multas por descumprimento.²⁶⁷

Em suma, trata-se de um "complexo econômico-industrial da saúde"²⁶⁸, em que a ação advocatícia e as prescrições médicas podem estar sendo utilizadas, em determinados momentos, para atender a interesses da indústria farmacêutica, refletindo em aumento da judicialização e podendo comprometer a legitimidade do acesso à justiça na área da saúde pública, o que exige controle rigoroso através de mecanismos de governança e transparência, em tempo real, que permitam identificar e coibir esta assimetria informacional, que favorecem práticas que instrumentalizam o Poder Judiciário para fins comerciais privados em detrimento do interesse público, o que pode ser atenuado, senão evitado com as plataformas tecnológicas e a mediação fraterna integrativa cooperativa digital proposta na presente tese.

Feito esse importante aparte, outra questão de elevada complexidade enfrentada pela Corte Suprema foi a responsabilidade pela prestação de saúde, no contexto do pacto federativo. No RE 855.178 (Tema 793)²⁶⁹, o STF pacificou o entendimento de que a obrigação de garantir o direito à saúde é solidária entre União, Estados, Distrito Federal e Municípios. Essa definição possui um duplo impacto: por um lado, facilita o acesso à justiça pelo cidadão, que pode demandar contra qualquer um dos entes; por outro, gera desafios de gestão e ressarcimento, que a própria decisão remeteu ao direcionamento da autoridade judicial, visando a menor interferência na organização administrativa do SUS.

Já no julgamento do RE 1.366.243, (Tema 1234)²⁷⁰, no final de 2024, em conjunto com o Tema 6, que será abaixo mencionado, analisou-se também a questão da competência de

²⁶⁷ CAMPOS NETO, Orozimbo Henriques. **A indústria farmacêutica na judicialização da saúde: percepção dos atores sociais envolvidos**. 2017. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Universidade Federal de Minas Gerais, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Belo Horizonte, 2017, p. 16. Disponível em: <https://repositorio.ufmg.br/bitstreams/0d858a5f-6b6f-4458-b5c2-80804744d4a3/download>. Acesso em: 13.03.26

²⁶⁸ *Ibid.*, p. 12 e 39.

²⁶⁹ BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Tema nº 793**. Estabelece a responsabilidade solidária entre União, Estados e Municípios no fornecimento de saúde (medicamentos/tratamentos). Min. Relator: Luiz Fux, 06 de março de 2015. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/jurisprudenciaRepercussao/tema.asp?num=793>. Acesso em: 23.01.25.

²⁷⁰ BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Tema nº 1234**. Responsabilidade solidária nas demandas prestacionais na área da saúde. Min Relator: Luiz Fux, 23 de maio de 2019. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/jurisprudenciaRepercussao/verAndamentoProcesso.asp?incidente=6335939&numeroProcesso=1366243&classeProcesso=RE&numeroTema=1234>. Acesso em: 14.02.25.

fornecimento e da legitimidade, nas demandas de medicamentos registrados na Anvisa, reforçando a necessidade de ampliação do diálogo e do uso de tecnologias entre os entes federativos, no que se pretende denominar “federalismo cooperativo digital”, que por sua relevância será desenvolvido em item específico do próximo capítulo, haja vista tratar-se de um dos referenciais teóricos da presente tese.

Em julgamento conjunto, portanto, fora julgado o RE 566.471 (Tema 6)²⁷¹, compatibilizando as teses existentes, cuja ementa merece ser integralmente reproduzida:

Ementa: DIREITO CONSTITUCIONAL. RECURSO EXTRAORDINÁRIO. REPERCUSSÃO GERAL. DEVER DO ESTADO DE FORNECER MEDICAMENTO NÃO INCORPORADO AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE A QUEM NÃO POSSUA CONDIÇÕES FINANCEIRAS DE COMPRÁ-LO. DESPROVIMENTO. FIXAÇÃO DE TESE DE JULGAMENTO.

I. CASO EM EXAME 1. O recurso. Recurso extraordinário em que o Estado do Rio Grande do Norte, com fundamento nos princípios da reserva do possível e da separação de poderes, questiona decisão judicial que determinou o fornecimento de medicamento de alto custo não incorporado ao Sistema Único de Saúde – SUS. No curso do processo, o fármaco foi incorporado pelos órgãos técnicos de saúde. 2. Fato relevante. Embora o caso concreto refira-se especificamente a medicamento de alto custo, as discussões evoluíram para a análise da possibilidade de concessão judicial de medicamentos não incorporados ao SUS, independentemente do custo. 3. Conclusão do julgamento de mérito. Em 2020, o STF concluiu o julgamento de mérito e negou provimento ao recurso extraordinário, mas deliberou fixar a tese de repercussão geral posteriormente. Iniciada a votação quanto à tese, foi formulado pedido de vista pelo Min. Gilmar Mendes. 4. Análise conjunta com Tema 1234. Em 2022, foi reconhecida a repercussão geral da questão relativa à legitimidade passiva da União e à competência da Justiça Federal nas demandas sobre fornecimento de medicamentos não incorporados ao SUS (Tema 1234). Para solução consensual desse tema, foi criada Comissão Especial, composta por entes federativos e entidades envolvidas. Os debates resultaram em acordos sobre competência, custeio e ressarcimento em demandas que envolvam medicamentos não incorporados, entre outros temas. A análise conjunta do presente Temas 6 e do Tema 1.234 é, assim, fundamental para evitar soluções divergentes sobre matérias correlatas.

II. QUESTÃO EM DISCUSSÃO 5. A questão em discussão consiste em fixar a tese de julgamento relativa ao Tema 6 da repercussão geral, definindo se e sob quais condições o Poder Judiciário pode determinar a concessão de medicamento não incorporado ao SUS.

III. RAZÕES DE DECIDIR 6. Extrai-se dos debates durante o julgamento que a concessão judicial de medicamentos deve se limitar a casos excepcionais. Três premissas principais justificam essa conclusão: 6.1. Escassez de recursos e eficiência das políticas públicas. Como os recursos públicos são limitados, é necessário estabelecer políticas e parâmetros aplicáveis a todas as pessoas, sendo inviável ao poder público fornecer todos os medicamentos solicitados. A judicialização excessiva gera grande prejuízo para as políticas públicas de saúde, comprometendo a organização, a eficiência e a sustentabilidade do SUS. 6.2. Igualdade no acesso à saúde. A concessão de medicamentos por decisão judicial beneficia os litigantes individuais, mas produz efeitos sistêmicos que prejudicam a maioria da população que depende do SUS, de modo a afetar o princípio da universalidade e da igualdade no acesso à saúde. 6.3. Respeito à expertise técnica e medicina baseada em evidências. O Poder Judiciário deve ser autocontido e deferente às análises dos órgãos técnicos, como a Conitec, que possuem expertise para tomar decisões sobre a eficácia,

²⁷¹ BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Tema nº 6**. Dever do Estado de fornecer medicamento não incorporado ao Sistema Único de Saúde. Min. Relator: Luís Roberto Barroso, 01 de set. 2025. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/processos/downloadPeca.asp?id=15379933194&ext=.pdf>. Acesso em: 17.10.25.

segurança e custo-efetividade de um medicamento. A concessão judicial de medicamentos deve estar apoiada em avaliações técnicas à luz da medicina baseada em evidências. 7. A tese de julgamento consolida os critérios e parâmetros a serem observados tanto pelo autor da ação como pelo Poder Judiciário na propositura e análise dessas demandas. IV. DISPOSITIVO E TESE 8. Recurso extraordinário a que se nega provimento. Tese de julgamento: 1. A ausência de inclusão de medicamento nas listas de dispensação do Sistema Único de Saúde - SUS (RENAME, RESME, REMUME, entre outras) impede, como regra geral, o fornecimento do fármaco por decisão judicial, independentemente do custo. 2. É possível, excepcionalmente, a concessão judicial de medicamento registrado na ANVISA, mas não incorporado às listas de dispensação do Sistema Único de Saúde, desde que preenchidos, cumulativamente, os seguintes requisitos, cujo ônus probatório incumbe ao autor da ação: (a) negativa de fornecimento do medicamento na via administrativa, nos termos do item “4” do Tema 1.234 da repercussão geral; (b) ilegalidade do ato de não incorporação do medicamento pela Conitec, ausência de pedido de incorporação ou da mora na sua apreciação, tendo em vista os prazos e critérios previstos nos artigos 19-Q e 19-R da Lei nº 8.080/1990 e no Decreto nº 7.646/2011; (c) impossibilidade de substituição por outro medicamento constante das listas do SUS e dos protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas; (d) comprovação, à luz da medicina baseada em evidências, da eficácia, acurácia, efetividade e segurança do fármaco, necessariamente respaldadas por evidências científicas de alto nível, ou seja, unicamente ensaios clínicos randomizados e revisão sistemática ou meta-análise; (e) imprescindibilidade clínica do tratamento, comprovada mediante laudo médico fundamentado, descrevendo inclusive qual o tratamento já realizado; e (f) incapacidade financeira de arcar com o custeio do medicamento. 3. Sob pena de nulidade da decisão judicial, nos termos do artigo 489, § 1º, incisos V e VI, e artigo 927, inciso III, § 1º, ambos do Código de Processo Civil, o Poder Judiciário, ao apreciar pedido de concessão de medicamentos não incorporados, deverá obrigatoriamente: (a) analisar o ato administrativo comissivo ou omissivo de não incorporação pela Conitec ou da negativa de fornecimento da via administrativa, à luz das circunstâncias do caso concreto e da legislação de regência, especialmente a política pública do SUS, não sendo possível a incursão no mérito do ato administrativo; (b) aferir a presença dos requisitos de dispensação do medicamento, previstos no item 2, a partir da prévia consulta ao Núcleo de Apoio Técnico do Poder Judiciário (NAT-jus), sempre que disponível na respectiva jurisdição, ou a entes ou pessoas com expertise técnica na área, não podendo fundamentar a sua decisão unicamente em prescrição, relatório ou laudo médico juntado aos autos pelo autor da ação; e (c) no caso de deferimento judicial do fármaco, oficial aos órgãos competentes para avaliarem a possibilidade de sua incorporação no âmbito do SUS.

Por fim, no que tange à judicialização da saúde pública, vale ainda o registro das Súmulas Vinculantes nº. 60 e 61 do STF, sintetizando e determinando a observância, de forma vinculante, dos julgados acima, *in verbis*:

Súmula Vinculante 60

O pedido e a análise administrativos de fármacos na rede pública de saúde, a judicialização do caso, bem ainda seus desdobramentos (administrativos e jurisdicionais), devem observar os termos dos 3 (três) acordos interfederativos (e seus fluxos) homologados pelo Supremo Tribunal Federal, em governança judicial colaborativa, no tema 1.234 da sistemática da repercussão geral RE 1.366.243.²⁷²

²⁷² BRASIL. Supremo Tribunal de Federal. **Súmula Vinculante nº 60**. O pedido e a análise administrativos de fármacos na rede pública de saúde, a judicialização do caso, bem ainda seus desdobramentos (administrativos e jurisdicionais), devem observar os termos dos 3 (três) acordos interfederativos (e seus fluxos) homologados pelo Supremo Tribunal Federal, em governança judicial colaborativa, no tema 1.234 da sistemática da repercussão geral RE 1.366.243. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/jurisprudencia/sumariosumulas.asp?base=26&sumula=9260>. Acesso em: 14.02.25.

Súmula Vinculante 61

A concessão judicial de medicamento registrado na ANVISA, mas não incorporado às listas de dispensação do Sistema Único de Saúde, deve observar as teses firmadas no julgamento do Tema 6 da Repercussão Geral (RE 566.471).²⁷³

Verifica-se, portanto, uma convergência entre as decisões do STF e o Tema 106 do STJ²⁷⁴, que criaram um robusto precedente vinculante que hoje orienta, ou melhor, parametriza a vasta maioria das decisões sobre o tema, sem, contudo, resolver todos os problemas, mas já sinalizando uma melhor interpretação, além de fomentar a busca por um necessário diálogo interfederativo e uma governança colaborativa, bem como a utilização de tecnologias.

Feito este importante recorte com relação às principais decisões que parametrizam a judicialização em saúde pública, mister mencionar agora aquelas que afetam à saúde suplementar, proferidas pelas cortes superiores, para o fim proposto no próximo capítulo de uma releitura da saúde de forma integrativa.

A relação jurídica da saúde suplementar, envolvendo tensões entre o direito à saúde, do consumidor e questões empresariais, como lucro, custeio e subsistência dos sistemas, com inúmeros embates entre beneficiários e operadoras de planos de saúde, já que uma parte significativa da população contrata convênios e seguros saúde, embora regida por um microsistema normativo próprio (Lei nº 9.656/98²⁷⁵ e regulações da ANS²⁷⁶), é também um campo fértil à judicialização, conforme números que serão trazidos mais à frente.

Conscientes do impacto social e econômico de suas decisões, e da relevância que a saúde suplementar reflete para a vida das pessoas, o Superior Tribunal de Justiça (STJ) e o Supremo Tribunal Federal (STF) têm exercido um papel crucial na pacificação de controvérsias e na fixação de teses, que buscam conferir previsibilidade e estabilidade a este complexo setor, evitando-se, inclusive, o deslocamento das demandas para o SUS.

²⁷³ BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Súmula Vinculante nº 61**. A concessão judicial de medicamento registrado na ANVISA, mas não incorporado às listas de dispensação do Sistema Único de Saúde, deve observar as teses firmadas no julgamento do Tema 6 da Repercussão Geral (RE 566.471). Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/jurisprudencia/sumariosumulas.asp?base=26&sumula=9260>. Acesso em: 14.02.25.

²⁷⁴ BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. **Tema Repetitivo nº 106**. Questão submetida a julgamento: Obrigatoriedade do poder público de fornecer medicamentos não incorporados em atos normativos do SUS. Min. Relator: Benedito Gonçalves, 04 de maio de 2018. Disponível em: https://processo.stj.jus.br/repetitivos/temas_repetitivos/pesquisa.jsp?novaConsulta=true&tipo_pesquisa=T&cod_tema_inicial=106. Acesso em: 17.10.25.

²⁷⁵ BRASIL. **Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998**. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Brasília, DF: Presidência da República, 1998. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19656.htm. Acesso em: 05.08.25.

²⁷⁶ BRASIL. **Lei 9.961, de 28 de janeiro de 2000**. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2000. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19961.htm. Acesso em: 08.04.25.

A análise desses precedentes revela um esforço contínuo para equilibrar a proteção do consumidor, vulnerável por natureza, com a necessidade de preservar a sustentabilidade atuarial do sistema de saúde suplementar, já que a saúde pública não supre integralmente a população.

Um dos pontos de relevante embate contratual reside na garantia de cobertura nos casos de rescisões unilaterais, ainda que justificadas, pelo plano de saúde, quando o usuário se encontra internado ou em pleno tratamento.

Ao julgar o Tema Repetitivo nº 1082²⁷⁷, Recurso Especial n. 1.842.751, o Superior Tribunal de Justiça enfrentou esta questão, de suma relevância, estabelecendo que: “A operadora, mesmo após o exercício regular do direito à rescisão unilateral de plano coletivo, deverá assegurar a continuidade dos cuidados assistenciais prescritos a usuário internado ou em pleno tratamento médico garantidor de sua sobrevivência ou de sua incolumidade física, até a efetiva alta, desde que o titular arque integralmente com a contraprestação (mensalidade) devida.”

Pode se verificar da fundamentação trazida a observância da boa-fé objetiva, da segurança jurídica, da função social do contrato e do princípio constitucional da dignidade da pessoa humana, o que permite concluir que, ainda quando haja motivação idônea, a suspensão da cobertura ou a rescisão unilateral do plano de saúde não pode resultar em risco à preservação da saúde e da vida do usuário que se encontre em situação de extrema vulnerabilidade.

Com isso, o STJ protegeu a saúde e a vida, garantindo a assistência à saúde suplementar, coibindo um maior impacto de oneração do SUS, já que a negativa de saúde do plano desaguaria no sistema público de saúde, bem como restabeleceu um equilíbrio na relação ao determinar a manutenção do pagamento da mensalidade (contraprestação) do titular.

Porém a controvérsia central na judicialização da saúde suplementar gira em torno da natureza do rol previsto pela ANS: seria ele taxativo (*numerus clausus*), de modo que planos de saúde só são obrigados a cobrir o que nele consta, ou exemplificativo (*numerus apertus*), podendo os beneficiários exigir coberturas não listadas quando necessárias?

Durante anos, os tribunais brasileiros dividiram-se sobre essa questão. Em junho de 2022, o Superior Tribunal de Justiça (STJ) pacificou, por meio do julgamento dos Embargos de Divergência em Recurso Especial nº 1.886.929²⁷⁸, o entendimento de que o rol de

²⁷⁷ BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. **Tema Repetitivo nº 1082**. Cancelamento unilateral do plano de saúde, com paciente submetido a tratamento de doença grave. Min. Relator: Luis Felipe Salomão, 01 de agosto de 2022. Disponível em: https://scon.stj.jus.br/SCON/GetInteiroTeorDoAcordao?num_registro=201901455953&dt_publicacao=01/08/2022. Acesso em: 17.10.25.

²⁷⁸ BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. **Embargos de divergência em RESP Nº 1.886.929 – SP**. Taxatividade do rol dos procedimentos e eventos em saúde elaborados pela ANS. Disponível

procedimentos e eventos em saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) possui natureza taxativa, embora mitigada por exceções. Vale citar parte da ementa, para o recorte proposto, que reflete a problemática da sobrecarga do SUS frente às negativas dos planos de saúde:

Afeta igualmente a eficácia do direito constitucional à saúde (art. 196 da CF), pois a interferência no equilíbrio atuarial dos planos de saúde privados contribui de forma significativa para o encarecimento dos produtos oferecidos no mercado e para o incremento do reajuste da mensalidade no ano seguinte, dificultando o acesso de consumidores aos planos e seguros, bem como sua manutenção neles, retirando-lhes a confiabilidade assegurada pelo Rol de procedimentos, no que tange à segurança dos procedimentos ali elencados, e ao Sistema Único de Saúde (SUS), que, com esse entendimento jurisprudencial, reflexamente teria sua demanda aumentada.

A corte estabeleceu que, em situações excepcionais, as operadoras de planos de saúde poderiam ser obrigadas a custear tratamentos não previstos no rol, desde que preenchidos critérios cumulativos, incluindo a inexistência de substituto terapêutico adequado, a comprovação científica de eficácia e a recomendação do médico assistente.²⁷⁹ Essa decisão, que privilegiou a segurança jurídica e a sustentabilidade econômico-financeira do setor, e que inclusive reforça critérios técnicos gerou intensa controvérsia social, sendo interpretada por entidades de defesa do consumidor como uma restrição ao direito fundamental à saúde.

A reação legislativa à decisão do STJ foi imediata, resultando na sanção da Lei nº 14.454²⁸⁰, em 21 de setembro de 2022, que alterou substancialmente o artigo 10 da Lei nº 9.656/1998. O novo diploma redefiniu o rol da ANS como "referência básica" (§12), estabelecendo que tratamentos e procedimentos não listados devem ser autorizados pelas operadoras mediante o cumprimento de ao menos um dos seguintes requisitos: comprovação de eficácia baseada em evidências científicas (inciso I) ou recomendação da CONITEC ou de órgão internacional de avaliação de tecnologias em saúde (inciso II). Essa intervenção legislativa, fruto de ampla mobilização social, superou o paradigma da taxatividade mitigada do STJ, ampliando significativamente a proteção ao beneficiário e realinhando o marco regulatório aos princípios constitucionais de proteção à vida e à saúde.

No âmbito do Supremo Tribunal Federal, as discussões vão além da interpretação da legislação infraconstitucional para alcançar princípios e competências constitucionais. O debate foi, então, levado ao Supremo Tribunal Federal (STF) por meio da Ação Direta de

em: https://processo.stj.jus.br/processo/julgamento/electronico/documento/?documento_tipo=integra&documento_sequencial=160376796®istro_numero=202001916776&publicacao_data=20220803. Acesso em: 17.10.25

²⁷⁹ *Ibid.*

²⁸⁰ BRASIL. **Lei nº 14.454, de 21 de setembro de 2022**. Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos privados de assistência à saúde, para estabelecer critérios que permitam a cobertura de exames ou tratamentos de saúde que não estão incluídos no rol de procedimentos e eventos em saúde suplementar. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2019-2022/2022/lei/L14454.htm. Acesso em: 23.10.25.

Inconstitucionalidade (ADI) nº 7.265²⁸¹, ajuizada por confederações representativas do setor de saúde suplementar, que questionavam a constitucionalidade da Lei nº 14.454/2022.

Em 18 de setembro de 2025, o Plenário do STF, por maioria de votos (7x4), julgou parcialmente procedente a ação, estabelecendo uma interpretação intermediária que exige o cumprimento cumulativo de cinco critérios para a cobertura de tratamentos fora do rol: (i) prescrição por médico ou odontólogo assistente; (ii) ausência de negativa expressa ou análise pendente pela ANS; (iii) inexistência de alternativa terapêutica adequada no rol; (iv) comprovação científica de eficácia e segurança; e (v) registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). O voto condutor, de relatoria do então Ministro Luís Roberto Barroso, buscou equilibrar a proteção do consumidor com a sustentabilidade do sistema de saúde suplementar, modulando os efeitos da Lei nº 14.454/2022 e estabelecendo uma solução de compromisso que se consolidou como o entendimento vigente sobre a matéria.

Cumprе referenciar que, mesmo antes desta decisão o impacto econômico da judicialização sobre as operadoras de planos de saúde já era significativo. Dados da ANS indicavam que o índice de sinistralidade – relação entre receitas e despesas das operadoras – tem sido pressionado, entre outros fatores, pelos custos relacionados a demandas judiciais.²⁸² Esses custos, inevitavelmente, são repassados aos beneficiários na forma de reajustes nas mensalidades, criando ciclo de encarecimento dos planos de saúde e que, muitas vezes, provoca o deslocamento do cidadão para o SUS.

Pesquisas já demonstravam que a judicialização da saúde suplementar apresenta perfil distinto daquela observada no sistema público. No setor privado, predominam demandas por procedimentos de alta complexidade, tratamentos experimentais, e coberturas que extrapolam os limites contratuais. A questão central deixa de ser o acesso ao mínimo existencial e passa a envolver interpretação de relações contratuais e limites da liberdade econômica.²⁸³

Alguns críticos defendem que a judicialização excessiva com a imposição de coberturas que extrapolam o pacto contratual e a regulação setorial pode comprometer a sustentabilidade econômica das operadoras de planos de saúde²⁸⁴. Já os que defendem a interpretação mais

²⁸¹BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **ADI 7.265 - DF**. Adequação aos critérios que geram obrigação de cobertura de tratamento não listado pelo rol da ANS. Min. Relator: Luís Roberto Barroso, 18 de setembro de 2025. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=6514968>. Acesso em 23.10.25.

²⁸² BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Dados e Indicadores do Setor**. 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/aceso-a-informacao/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor>. Acesso em: 16.10.25.

²⁸³ SCHULMAN, Gabriel. **Planos de saúde: saúde e contrato na contemporaneidade**. Rio de Janeiro: Renovar, 2009, p. 134-156.

²⁸⁴ FETBACK NETO, Olavo. **Sustentabilidade dos contratos de planos de saúde: judicialização na saúde suplementar à luz da segurança jurídica coletiva e os seus reflexos**. 2025. Tese. (Doutorado em Direito Político e Econômico), Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo, 2025, p. 102. Disponível em: <https://adelpa->

ampla das coberturas identificam que a saúde não pode ser tratada como mercadoria comum, que contratos de planos de saúde são contratos de adesão com hipossuficiência do consumidor, e que a boa-fé objetiva exige que operadoras cubram tratamentos necessários mesmo quando não expressamente previstos no rol, especialmente quando se trata da preservação da vida e da saúde.²⁸⁵

Vale o registro em tabela da síntese cronológica, referenciando as principais decisões das cortes superiores, acima trazidas:

Figura 1 – Síntese cronológica

Ano	Decisão	Tribunal	Impacto
2010	STA 175	STF	Parâmetros para fornecimento de medicamentos
2015	Tema 793	STF	Solidariedade dos entes
2018	Tema 106 (REsp 1.657.156)	STJ	Fornecimento de medicamentos não incorporados ao SUS
2019–2020	Tema 500	STF	Medicamentos sem registro ANVISA
2021	Tema 1161	STF	Importação autorizada
2022	EREsp 1.886.929	STJ	Rol ANS taxativo mitigado
2024	Temas 6 e 1234	STF	Nova era da judicialização da saúde
2025	ADI 7265	STF	Rol ANS – 5 critérios cumulativos

Fonte: De autoria própria (2025)

Em síntese, a análise dos precedentes vinculantes do STF e do STJ, tanto com relação à saúde pública quanto com relação a suplementar revelam um movimento pendular. Se, em um primeiro momento, a jurisprudência foi marcada por um forte voluntarismo em prol da máxima efetividade do direito à saúde, a fase atual é de racionalização e parametrização.

As cortes superiores buscaram construir uma *ratio*, onde a decisão judicial, embora essencial como última garantia, deve ser tecnicamente embasada, respeitar as instâncias regulatórias e considerar os impactos sistêmicos de suas determinações sobre o já sobrecarregado Sistema Único de Saúde, além de garantir o equilíbrio financeiro e subsistência dos planos de saúde suplementares, reforçando a sua interdependência sistêmica.

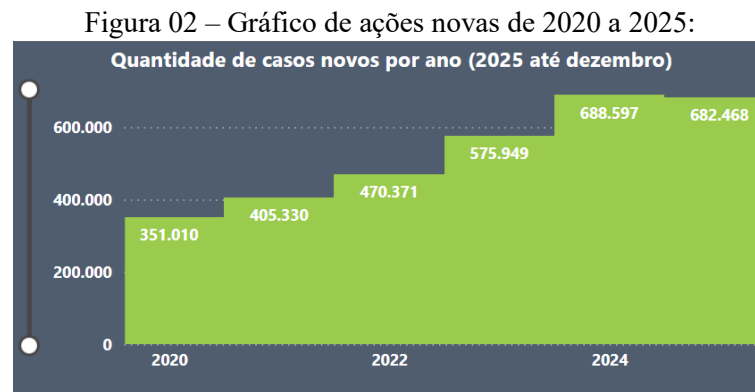
api.mackenzie.br/server/api/core/bitstreams/aa0b9242-14d4-4361-8b9e-7c3609aca94f/content. Acesso em 10.01.26.

²⁸⁵ MARQUES, Cláudia Lima; LOPES, José Reinaldo de Lima; PFEIFFER, Roberto Augusto Castellanos. **Saúde e responsabilidade: seguros e planos de assistência privada à saúde**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1999, p. 54.

Vale, neste momento, apresentar em números, a elevada, senão assustadora, quantidade crescente de processos. Harari²⁸⁶ já destacava que “há centenas de milhões de pessoas ao redor do mundo sem acesso aos serviços mais básicos de saúde”.

Referida situação se agrava ainda mais, quando refletimos sobre os reflexos da pandemia oriunda da propagação de um novo Coronavírus, também denominado de Covid-19, que perdurou de fevereiro de 2020 até 05/05/2023, quando decretado seu fim pela ONU, acumulando neste período 765.222.932 casos, com quase 6.921.614 mortes²⁸⁷, o que chamou ainda mais a atenção para o direito à saúde, a justificar o recorte e a importância para o presente trabalho.

O Conselho Nacional de Justiça²⁸⁸ disponibiliza em seu portal eletrônico o relatório “Justiça em Números”, trazendo dados relevantes das demandas relacionadas à saúde, em que se verifica o exponencial crescimento nas últimas décadas:



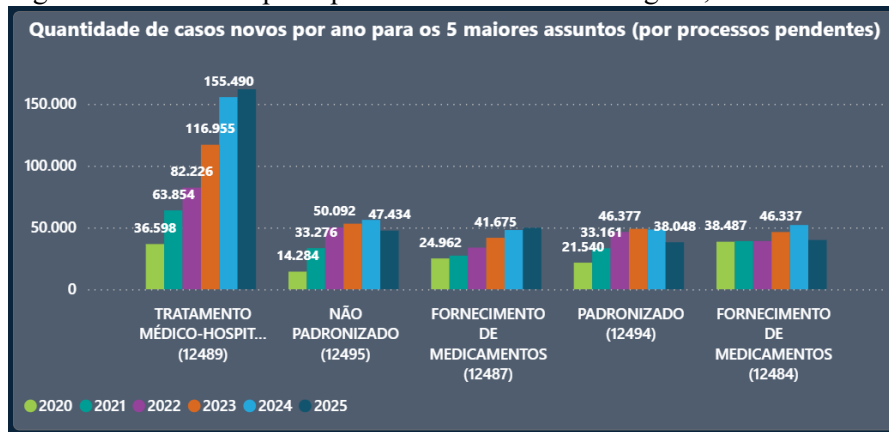
Fonte: CNJ, 2026

²⁸⁶HARARI, Yuval Noah; *apud* SIPPERT, Evandro Luis; e STURZA, Janaina Machado. Globalização, direito à saúde e fraternidade em tempos de pandemia. **Salão Do Conhecimento**, v. 7. Disponível em: <https://www.publicacoeseventos.unijui.edu.br/index.php/salaconhecimento/article/view/21066>. Acesso em 15.10.25.

²⁸⁷ONU. **Chefe da organização Mundial da Saúde declara fim da COVID-19 como uma emergência de saúde global**. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/230307-chefe-da-organiza%C3%A7%C3%A3o-mundial-da-sa%C3%BAde-declara-o-fim-da-covid-19-como-uma-emerg%C3%Aancia-de-sa%C3%BAde>. Acesso em 07.11.25.

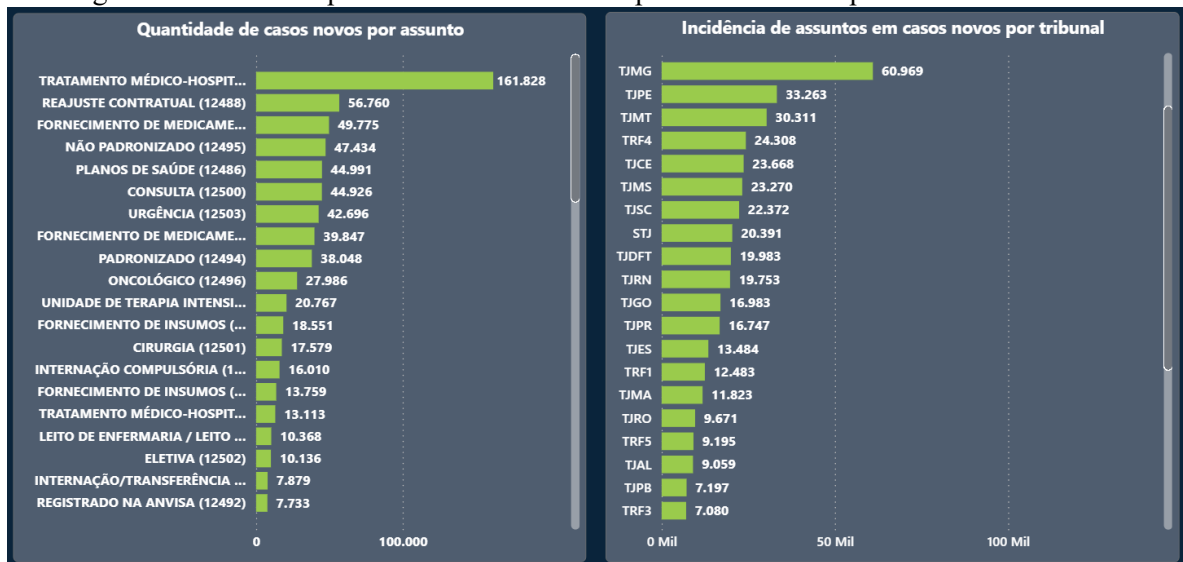
²⁸⁸BRASIL. CNJ. **Números em saúde**. Disponível em: <https://justica-em-numeros.cnj.jus.br/painel-saude/>. Acesso em: 18.02.26.

Figura 03 – Os cinco principais assuntos de saúde em geral, até 31/12/2025:



Fonte: CNJ, 2026

Figura 04: Tabela de quantidade de casos saúde pública e saúde suplementar até 31/12/2025:



Fonte: CNJ, 2026

Os números constantes do relatório são expressivos, o que comprova estatisticamente o crescimento da busca pela efetivação da saúde, seja pública ou suplementar privada.

O referido relatório aponta, ainda, um tempo médio de 656 dias para a resolução das demandas pendentes em 2025²⁸⁹, o que, considerada a incessante distribuição de novas demandas, demonstra que os números muito dificilmente serão reduzidos com o passar dos anos.

Como visto, a judicialização da saúde no Brasil atingiu níveis alarmantes em 2024 e seguiu a mesma onda de crescimento em 2025. Dados do CNJ revelam que em 2024 foram ajuizados 690.536 novos processos relacionados ao direito à saúde, representando crescimento

²⁸⁹ BRASIL. CNJ. **Números em saúde**. Disponível em: <https://justica-em-numeros.cnj.jus.br/painel-saude/>, acesso em: 18.02.26.

de aproximadamente 19,5% em relação a 2023. Em 2025 o número de novas ações foi de 682.468²⁹⁰.

De 2020 a 2025 o crescimento foi de 94,42%, sendo que até 31.12.2025 havia 895.368 ações judiciais pendentes de julgamento, sendo 495.685 referentes à saúde pública (SUS) e 386.062 à saúde suplementar (planos privados)²⁹¹.

Este fenômeno de crescimento exponencial do número de novos casos, levou o então Ministro Luís Roberto Barroso, presidente do STF à época, no Fonajus²⁹² 2025, a classificar a situação como "epidemia de litigiosidade da saúde"²⁹³.

O impacto orçamentário também constitui preocupação central para gestores públicos. Pesquisa do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) em 2024²⁹⁴, realizada em parceria com Conass e Conasems, revelou que 58,7% dos municípios e 100% dos estados brasileiros enfrentam demandas judiciais de medicamentos. Em 2023, os medicamentos obtidos via processos judiciais corresponderam, em média, a 8,4% do gasto total em medicamentos dos municípios e 32,9% do gasto total dos estados participantes da pesquisa.

No âmbito federal, o Ministério da Saúde pagou aproximadamente R\$2,7bilhões em 2024, para fornecimento de medicamentos a pacientes com decisões judiciais favoráveis.²⁹⁵

No que se refere à taxa de sucesso dos demandantes, estudo da FGV²⁹⁶ sobre recursos especiais julgados pelo STJ entre 2021 e 2024 identificou que em 87,81% das decisões houve resultado favorável ou parcialmente favorável ao usuário/beneficiário, demonstrando consistente posicionamento da Corte Superior em privilegiar o direito fundamental à saúde. Em ações de primeira instância contra operadoras de planos de saúde no TJSP, a taxa de sucesso oscila entre 83% a 90%, enquanto em segunda instância varia entre 78% a 85%. Os principais fundamentos utilizados pelo STJ para decisões favoráveis aos usuários incluem: princípios

²⁹⁰ BRASIL. CNJ. **Números em saúde**. Disponível em: <https://justica-em-numeros.cnj.jus.br/painel-saude/>. Acesso em: 18.02.26.

²⁹¹ *Ibid.*

²⁹² Fórum Nacional do Judiciário para a Saúde (Fonajus), criado para monitorar as demandas judiciais que chegam ao Judiciário.

²⁹³ BRASIL. CNJ. **Fonajus**: "Saúde é um dos temas mais difíceis que o Judiciário enfrenta", diz Barroso. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/fonajus-saude-e-um-dos-temas-mais-dificéis-que-o-judiciario-enfrenta-diz-barroso/>. Acesso em: 24.10.25.

²⁹⁴ VIEIRA, Fabiola Sulpino *et al.* **Pesquisa assistência farmacêutica no SUS: gasto em medicamentos judicializados de estados e municípios participantes (2019-2023)**. Brasília: IPEA, 2025, p. 49. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/17238>, Acesso em: 24.10.25.

²⁹⁵ BRASIL. Ministério da Saúde. **Gastos com judicialização somaram R\$ 2,7 bilhões em 2024**. Disponível em: <https://www.inaff.org.br/noticias/gastos-com-judicializacao-somaram-r-27-bilhoes-em-2024/>. Acesso em: 24.10.25.

²⁹⁶ WANG, Daniel Wei Liang, *et al.* **Raio-X da Judicialização da Saúde Suplementar no Superior Tribunal de Justiça**. Disponível em: https://conhecimento.fgv.br/sites/default/files/2025-02/publicacoes/estudo_rx_da_judicializacao_saude_suplementar_0.pdf. Acesso em: 23.10.25.

constitucionais (38,89% dos casos favoráveis), tratamento não constante do rol da ANS (27,78%), obrigação de fornecimento pelo plano (22,22%) e aplicação da Lei nº 14.454/2022 que estabeleceu o rol como referência básica. A concessão de tutelas antecipadas continua particularmente frequente devido ao caráter emergencial das demandas, evidenciando a tensão estrutural entre o direito fundamental à saúde e as limitações orçamentárias e financeiras do sistema público e privado.

Reforce-se, como já visto, que a judicialização impacta não apenas o SUS, mas também a sustentabilidade econômica das operadoras de planos de saúde, que enfrentam crescentes passivos judiciais relacionados à cobertura de medicamentos e procedimentos não incluídos no rol da ANS, evidenciando que a desjudicialização constitui imperativo tanto de eficiência regulatória quanto de viabilidade empresarial.

Atualmente os planos de saúde atendem mais de 52 milhões de beneficiários, representando parcela significativa da população brasileira e movimentando aproximadamente R\$ 7,1 bilhões em lucro líquido, apenas no primeiro trimestre de 2025²⁹⁷, o que demonstra sua relevância econômica e social.

A complexidade do arranjo institucional brasileiro cria ambiente particularmente propício para o fenômeno da judicialização. A coexistência de um sistema público universal com um robusto mercado de saúde suplementar, as profundas desigualdades regionais e socioeconômicas, e um arcabouço constitucional que garante o direito à saúde de forma ampla convergem para este cenário desafiador.

E este fenômeno manifesta-se, de fato, no crescente número de demandas judiciais acima visto, buscando garantir acesso a medicamentos, tratamentos, procedimentos cirúrgicos e serviços de saúde não disponibilizados satisfatória e espontaneamente pelo SUS ou pelos planos privados. As dimensões atingiram níveis alarmantes nas últimas décadas, intensificando-se exponencialmente após a pandemia da COVID-19.

Neste sentido, para além dessa análise, não há como abordar o tema da saúde e sua judicialização sem comentar, ainda que brevemente, acerca da pandemia de Covid-19 que assolou o mundo entre 2020 e 2023, como importante recorte para este trabalho.

²⁹⁷ BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Resultados Divulgados**. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/numeros-do-setor/ans-divulga-dados-de-beneficiarios-referentes-a-julho-de-2025>. Acesso em 31.10.25.

Segundo o site do Ministério da Saúde²⁹⁸, a Covid-19 é uma infecção respiratória aguda causada pelo coronavírus SARS-CoV-2, potencialmente grave, de elevada transmissibilidade e de distribuição global. Em 11 de março de 2020, o diretor-geral da Organização Mundial da Saúde (OMS), Tedros Adhanom Ghebreyesus, anunciou a caracterização de pandemia de Covid-19. No Brasil, o primeiro caso da doença foi confirmado pelo Ministério da Saúde em 26 de fevereiro de 2020.²⁹⁹

Em meio à superlotação hospitalar, desinformação e isolamento social, o Brasil - como todo o resto do mundo - atravessou tortuosos períodos repletos de medos e incertezas. O desconhecimento acerca do vírus somado à completa imprevisibilidade de seu surgimento e proliferação impediu que se ordenasse qualquer política pública minimamente orquestrada. Iniciativas públicas e privadas foram realizadas em verdadeira força tarefa, para fazer frente às demandas de atendimento e internação.

Atualmente, passados pouco mais de três anos da assinatura da portaria que declarou o fim da Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) relacionada à Covid-19³⁰⁰, uma breve consulta ao painel de casos de doença pelo coronavírus 2019 (Covid-19) no Brasil³⁰¹ disponibilizado pelo Ministério da Saúde impressiona. Totalizaram-se 39.131.257 casos confirmados e 714.736 óbitos. O ano de 2021 mostrou-se como o mais crítico da doença, ultrapassando a triste marca de 14 milhões de novos casos confirmados e 424 mil óbitos.

Neste sentido, além da pressão numérica, os magistrados passaram a lidar com a responsabilidade de gerenciar boa parte do poder decisório de políticas públicas ante a latente necessidade de solucionar as demandas levantadas - sua grande maioria com fatores de urgência - enquanto nem mesmo o Poder Executivo era capaz de gerenciar a crise vivenciada.

Tocante, neste ponto, o trabalho de reflexão realizado pelo Juiz Federal, Paulo Marcos Rodrigues de Almeida, um dos idealizadores da CAMEDS (Câmara de Mediação em Direito da Saúde), que será objeto de estudo empírico mais a frente³⁰²:

²⁹⁸OPAS. Organização Pan-americana de Saúde. **OMS afirma que COVID-19 é agora caracterizada como pandemia.** Disponível em: <https://www.paho.org/pt/news/11-3-2020-who-characterizes-covid-19-pandemic>. Acesso em 03.10.25.

²⁹⁹ BRASIL. Unasus. **Coronavírus: Brasil confirma primeiro caso da doença.** Disponível em: <https://www.unasus.gov.br/noticia/coronavirus-brasil-confirma-primeiro-caso-da-doenca#:~:text=O%20Minist%C3%A9rio%20da%20Sa%C3%BAde%20confirmou,para%20It%C3%A1lia%2C%20regi%C3%A3o%20da%20Lombardia.> . Acesso em 26.01.25.

³⁰⁰ BRASIL. **Portaria GM/MS nº 913.** Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2022/prt0913_22_04_2022.html#:~:text=PORTARIA%20GM%2FMS%20N%C2%BA%20913,3%20de%20fevereiro%20de%202020. Acesso em: 03.10.25.

³⁰¹ BRASIL. **Painel Coronavírus.** Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>. Acesso em 27.01.25.

³⁰² ALMEIDA, Paulo Marcos Rodrigues de. A (DES)judicialização da saúde na pandemia da COVID-19: A solução de demandas de saúde pela conciliação. *In: O Poder Judiciário na Pandemia. REVISTA AJUFESP* – Ed. nº 01, 2021. Disponível em

Pense-se no drama da lotação dos leitos de UTI: diante da negativa de internação, à falta de vagas, o paciente contaminado com o coronavírus ajuíza ação contra a União e o Estado de São Paulo exigindo sua internação imediata em leito de UTI, sob risco de morte. Cioso da gravidade do caso que se apresenta na petição inicial, o juiz federal defere o pedido liminar, determinando especificamente ao Estado de São Paulo que disponibilize vaga de UTI para a internação do autor, ou que o encaminhe à rede privada, arcando com os custos. Inexistindo vaga na rede pública e nos hospitais privados, já com longa fila de espera entre os internados na enfermaria, o Secretário de Saúde informa nos autos (suponha-se que em 24 horas, mesmo diante de todas as suas outras atribuições administrativas no caos da pandemia e centenas de ordens judiciais a responder), que não é possível atender à ordem judicial. O juiz, sentindo-se desafiado, renova a intimação, determinando agora o cumprimento “imediato” de sua decisão liminar, sob pena de multa diária por atraso e “prisão pelo crime de desobediência”. O gestor da saúde, desconcertado, peticiona nos autos solicitando que o magistrado indique um hospital público e compareça pessoalmente à UTI para indicar aos médicos plantonistas qual paciente atualmente ali internado deve ser desligado dos aparelhos de respiração artificial para abrir vaga ao autor da ação. Pedese ainda, por consideração, que o juiz tenha também a dignidade de informar à família do paciente desligado dos aparelhos o porquê de sua decisão. Quem vive? Quem morre? É possível proteger uma só árvore, desconhecendo a situação de toda a floresta?

Referida reflexão apenas acentua a problemática, reforçando a importância de se entender o sistema único de saúde, a deferência inicial que se deve conferir ao Poder Executivo, legitimado e com maior capacidade técnico operacional e que se busque um diálogo interinstitucional³⁰³, além de entender a interdependência sistêmica, que inclui a saúde suplementar (convênio particular de assistência à saúde eventualmente existente) e em que ponto pode contribuir ou dividir a responsabilidade, o que muitas vezes não se consegue judicialmente.

A pandemia, sem dúvidas, trouxe à tona discussões sobre limites e possibilidades da intervenção judicial em políticas públicas de saúde e mesmo de saúde suplementar. Questões como a alocação de leitos de UTI em hospitais públicos e privados, fornecimento de equipamentos de proteção individual, implementação de medidas de isolamento social, e até mesmo debates sobre tratamentos experimentais, passaram pelo crivo do Judiciário. Neste ponto, inclusive, no capítulo 3, para um adequado recorte teórico, serão referenciadas as principais decisões que reforçam um olhar da pandemia sob a ótica do princípio jurídico da fraternidade.

https://ajufesp.org.br/site2023/wp-content/uploads/2025/02/REVISTA-AJUFESP-1a_EDICAO.pdf. Acesso em: 21.01.25

³⁰³ GONÇALVES, Cristian David. **(Des)judicialização da saúde: um debate atual e necessário, com ênfase no âmbito municipal**. 2020. Dissertação (Mestrado em Direito). Faculdade Nove de Julho, São Paulo, 2020, p. 125. Disponível em: <https://bibliotecatede.uninove.br/bitstream/tede/2352/3/Cristian%20David%20Gon%C3%A7alves.pdf>. Acesso em: 28.09.25.

O desastre humanitário da pandemia expôs fragilidades humanas e equiparou, em certo sentido, a todos, uma vez que o vírus não poupa ninguém, não se manifestando com atenção a condições econômicas, sociais, de gênero, raça ou qualquer outro elemento discriminatório.

Com o avançar da vacinação, a crise foi gradativamente acentuada, deixando, contudo, rastros de sua incidência e inúmeras preocupações para o futuro. Fez-se mister repensar uma nova roupagem pautada na valorização de uma atuação conjunta devidamente coordenada e organizada de todos os entes federativos em estado de cooperação, da iniciativa privada e da própria coletividade, além da avaliação de métodos mais adequados de resolução de conflitos.

Martini³⁰⁴ destaca que o sistema do direito ficou, por muito tempo, distante do sistema da saúde, trazendo, no entanto, a afirmação de Elígio Resta de que “não pode mais estar ligado aos confins do próprio Estado, mas precisa ultrapassar limites geográficos e políticos para que efetivamente tenhamos uma dimensão fraterna no convívio social”.

A pandemia do Covid-19, sem dúvidas, trouxe reflexões e convites à resignificação da sociedade sobre o direito à saúde como um todo, sendo indispensável repensar conceitos e valores que possam ir ao encontro das novas dinâmicas que surgem no mundo pós coronavírus. O pós-pandemia nos impulsiona, ao repensar a política, a economia e a sociedade, a refletir sobre o nosso presente, o nosso passado e o nosso futuro.

A compreensão da saúde como direito humano fundamental, bem comum da humanidade, exige reconhecer que sua proteção e garantia de efetividade somente podem ser alcançadas pela cooperação entre o Estado, a iniciativa privada e a coletividade, a partir da instituição não apenas de direitos, mas também de deveres. A pandemia da Covid-19 evidenciou de forma contundente essa necessidade de cooperação e compartilhamento de responsabilidades.

Até por isso, no próximo capítulo, propõe-se, como importante referencial teórico para a presente tese, o resgate da fraternidade como princípio jurídico e seus influxos sobre uma possível resposta à judicialização através da mediação, e a partir de seus fundamentos, traduzido na revelação da essência humana, no reconhecimento do outro e no dever fundamental de cooperação para encontrar soluções mais adequadas que contemplem o enfrentamento mais efetivo e humano do direito à saúde. A saúde, sob essa perspectiva, transcende a dimensão meramente individual para se afirmar como direito fundamental transindividual, cuja efetivação demanda a corresponsabilidade de todos os atores sociais.

³⁰⁴ MARTINI, Sandra Regina. **Saúde**: um direito fundado na fraternidade. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009, p. 71.

Porém, antes de abordar esta questão e para um melhor recorte metodológico, mister observar a seguir os mecanismos institucionais existentes, com vias à desjudicialização, inclusive com os avanços tecnológicos disruptivos que a pandemia potencializou.

2.3. Justiça multiportas, mecanismos adequados e inovações tecnológicas com vias à desjudicialização

Como visto no item anterior, diante da crescente judicialização, num primeiro momento, fruto da Audiência Pública nº 4 do STF, observou-se a implementação de importantes iniciativas institucionais. Entre os avanços, destacaram-se: o aprimoramento do processo de incorporação de tecnologias no SUS com a criação da CONITEC; a valorização dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDTs) pelo Judiciário; e a criação dos Núcleos de Apoio Técnico (NAT-jus) para assessorar magistrados, conforme recomendação do Conselho Nacional de Justiça (CNJ).

A Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (CONITEC), criada pela Lei nº 12.401/2011, é responsável por avaliar e recomendar a incorporação, exclusão ou alteração de medicamentos, produtos e procedimentos no SUS, bem como a constituição ou alteração de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas.³⁰⁵

A CONITEC utiliza critérios técnicos baseados em evidências científicas, avaliação de custo-efetividade e impacto orçamentário para suas recomendações. Trata-se de processo necessário e tecnicamente fundamentado, que busca garantir que os recursos públicos sejam aplicados em tecnologias que efetivamente tragam benefícios aos usuários do SUS. No entanto, esse processo é necessariamente moroso, envolvendo análise criteriosa de estudos clínicos, consultas públicas e avaliações econômicas.³⁰⁶

O problema surge quando pacientes necessitam de medicamentos ou tratamentos ainda não incorporados ao SUS, mas já disponíveis no mercado, frequentemente com registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Cria-se, assim, um descompasso temporal entre a disponibilidade da tecnologia e sua incorporação no sistema público,

³⁰⁵ BRASIL. **Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011**. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/112401.htm. Acesso em: 16.10.25.

³⁰⁶ BRASIL. CNJ. **Judicialização da Saúde no Brasil**: perfil das demandas, causas e propostas de solução. Relatório Analítico Propositivo. Brasília: CNJ/Insper, 2019, p. 162-163. Disponível em: <https://static.poder360.com.br/2019/03/relatorio-judicializacao-saude-Insper-CNJ.pdf>. Acesso em: 23.10.25.

descompasso esse que tem sido frequentemente resolvido pela via judicial, e que foi visto no item anterior.³⁰⁷

Estudos demonstram que a maior parte das demandas judiciais por medicamentos refere-se a produtos já registrados na ANVISA, mas não incorporados ao SUS ou não incluídos nos protocolos clínicos para a condição específica do paciente.³⁰⁸ Em muitos casos, tratam-se de medicamentos de altíssimo custo, cujo fornecimento individual compromete significativamente o orçamento da saúde pública, sem que tenha havido avaliação adequada de sua eficácia, segurança e custo-efetividade no contexto do SUS.

A rigidez dos protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas do SUS, embora necessária para garantir a padronização e a qualidade do atendimento, também contribui para a judicialização. Esses protocolos estabelecem critérios para o tratamento de determinadas condições de saúde, indicando quais medicamentos devem ser utilizados, em que doses, e para quais perfis de pacientes.

Médicos e pacientes, no entanto, frequentemente se deparam com situações em que os protocolos não contemplam adequadamente as particularidades de casos individuais. A medicina não é uma ciência exata, e a resposta aos tratamentos varia significativamente entre indivíduos. Quando um paciente não responde ao tratamento protocolar, ou apresenta contraindicações aos medicamentos de primeira linha, surge a necessidade de alternativas terapêuticas que podem não estar previstas nos protocolos do SUS.³⁰⁹

Ainda neste anseio inicial de aparelhamento técnico, reconhecida a incapacidade técnico operacional do judiciário e com vias a melhor subsidiar as decisões judiciais, destacou-se também a criação dos NAT-jus³¹⁰, Núcleos de Apoio Técnico em Saúde, que têm por finalidade

³⁰⁷ BRASIL. CNJ. **Judicialização da Saúde no Brasil**: perfil das demandas, causas e propostas de solução. Relatório Analítico Propositivo. Brasília: CNJ/Insper, 2019, p. 162-163. Disponível em: <https://static.poder360.com.br/2019/03/relatorio-judicializacao-saude-Insper-CNJ.pdf>. Acesso em: 23.10.25.

³⁰⁸ *Ibid.*

³⁰⁹ PEPE, Vera Lúcia Edais *et al.* A judicialização da saúde e os novos desafios da gestão da assistência farmacêutica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, 2010, p. 2407. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/L4m7NMGV397wCRGnZthwJrD/?lang=pt>. Acesso em 16.10.25.

³¹⁰ “O Sistema Nacional de Pareceres e Notas Técnicas (E-NatJus) foi pensado com o objetivo de oferecer aos Magistrados brasileiros fundamentos científicos quando são levados a julgar ações que tenham como objeto o direito à saúde. A ferramenta digital busca evitar que os Magistrados sejam expostos quando forem instados a decidir sobre a concessão de determinado medicamento, procedimento ou produto, com base na gravidade do quadro clínico de um cidadão e não na possibilidade de cura. O E-NatJus está a serviço do Magistrado para que a sua decisão não seja tomada apenas diante da narrativa que apresenta o cidadão entre a vida e a morte. Com a plataforma digital, essas decisões poderão ser tomadas com bases objetivas e seguras.” BRASIL. CNJ. **NAT-Jus**. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/programas-e-acoas/forum-da-saude-3/e-natjus/>. Acesso em: 12.10.25.

auxiliar os magistrados na análise e emissão de pareceres técnicos sobre a evidência científica ou eficácia do tratamento pleiteado em juízo.³¹¹

De acordo com o CNJ, o Conselho Nacional de Justiça e o Ministério da Saúde celebraram o Termo de Cooperação n. 21/2016³¹², cujo objetivo foi proporcionar aos Tribunais de Justiça dos Estados e aos Tribunais Regionais Federais subsídios técnicos para a tomada de decisão com base em evidência científica nas ações relacionadas com a saúde, pública e suplementar, visando, assim, aprimorar o conhecimento técnico dos magistrados para solução das demandas, bem como conferindo maior celeridade no julgamento das ações judiciais.

O núcleo atua com a finalidade de reduzir a possibilidade de decisões judiciais conflitantes em temas relacionados a medicamentos e tratamentos, concentrar em um único banco de dados notas técnicas e pareceres técnicos a respeito dos medicamentos e procedimentos, bem como facilitar a obtenção de dados estatísticos.

Estes núcleos criados têm ótimo potencial de auxílio na tomada de decisões judiciais, do ponto de vista técnico, mas ainda assim, não refletiram, tal como esperado, numa diminuição de judicialização ou mesmo num sentimento de maior satisfação das partes.

Vale referenciar, neste sentido, estudo do CNJ/Insper de 2019³¹³:

Ponto relevante na análise do fenômeno da judicialização da saúde é a relação entre as decisões judiciais e os instrumentos administrativos do sistema de saúde para definir os medicamentos disponíveis à população, ou seja, entre o Poder Judiciário e a formulação da política pública”. Dessa forma, buscou-se identificar a menção, no conjunto de decisões em análise, à Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias ao SUS (CONITEC) e a seus protocolos. A comissão é responsável por indicar ao Ministério da Saúde quais tecnologias de saúde¹⁷ devem ser incorporadas ao sistema público e por definir os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas, isto é, a relação entre as tecnologias de saúde e seu uso. Além disso, os tribunais desenvolveram mecanismos internos de análise técnica das demandas em saúde, os chamados Núcleos de Avaliação de Tecnologias da Saúde (NAT). Os NAT são instrumentos auxiliares de que podem dispor os magistrados em suas decisões e que fornecem subsídio técnico sobre as tecnologias em discussão. De forma semelhante à CONITEC e a seus protocolos, buscou-se assim também identificar a menção aos NAT no conjunto de decisões levantado. Os dados apresentados não indicam como esses elementos são valorados nas decisões, isto é, se são endossados, contrariados ou apenas citados de forma neutra pelos magistrados. Entretanto, os números permitem constatar o baixo uso desses instrumentos nas decisões, o que indica que, ainda que sejam citados de forma positiva, não estão na maior parte das decisões sobre judicialização em saúde no país, o que pode significar certo distanciamento entre a política pública formulada e o Poder Judiciário. Entre os três elementos, contudo, os NAT são os mais citados.

³¹¹ MOURÃO, Prinscila de Pádua. Efeitos **Disruptivos da Judicialização da Saúde na modelagem Regulatória do SUS e dos Leitos de UTI no DF**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2024, p. 113.

³¹² BRASIL. CNJ. **Termo de Cooperação Técnica nº. 021/2016**. Disponível em <https://www.cnj.jus.br/transparencia-cnj/gestao-administrativa/acordos-terminos-e-convenios/terminos-de-cooperacao-tecnica/terminos-de-cooperacao-tecnica-encerrado/tcot-021-2016/>. Acesso em: 16.10.25.

³¹³ BRASIL. CNJ. **Judicialização da Saúde no Brasil: perfil das demandas, causas e propostas de solução**. Relatório Analítico Propositivo. Brasília: CNJ/Insper, 2019, p. 64-66. Disponível em: <https://static.poder360.com.br/2019/03/relatorio-judicializacao-saude-Insper-CNJ.pdf>. Acesso em: 23.10.25.

Em 2022, pesquisa realizada demonstrou que: “em casos de direito à saúde, os magistrados decidem, na maioria das vezes (97,4%), sem utilização dos dados objetivos disponíveis na literatura médica e conhecidos como Medicina Baseada em Evidências. As decisões são feitas, portanto, de maneira intuitiva e subjetiva”.³¹⁴

Porém, dados mais recentes, pós pandemia do Covid-19, revelam que o número de pedidos de notas técnicas para subsidiar as decisões judiciais pelo Sistema e-NATjus cresceu cerca de 40% em 2024, em relação ao ano anterior, atingindo 272.647 notas técnicas registradas para subsidiar decisões judiciais com base em evidências científicas. Os dados foram apresentados durante a primeira reunião do Fórum Nacional do Judiciário para a Saúde (Fonajus) em 2025, conforme aponta a conselheira do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), Daiane Nogueira de Lira, declarando que esse aumento é positivo e indica a importância do sistema: “É o que esperamos que aconteça: que o e-NATjus seja utilizado como ferramenta técnica para embasar essas decisões”.³¹⁵

Mesmo antes da pandemia de Covid-19, segundo Schulman e Silva³¹⁶, já se destacavam sintomas do modelo atual que precisavam ser superados, a saber, o grande número de ações individuais; os elevados custos impostos ao Poder Público para cumprir com as determinações judiciais e o tempo despendido na efetivação do resultado da demanda; a sobreposição de avaliações médicas independentes e, por fim, a inexistência de um diálogo eficiente entre os entes, tanto públicos quanto privados, e das esferas da administração pública.

Grinover³¹⁷ reforça esse entendimento:

A morosidade dos processos, seu custo, a burocratização na gestão dos processos, certa complicação procedimental; a mentalidade do juiz [...] falta de informação e de orientação para os detentores dos interesses em conflito; as deficiências do patrocínio gratuito, tudo leva à obstrução das vias de acesso à justiça e ao distanciamento entre o Judiciário e seus usuários. O que não acarreta apenas o descrédito na magistratura e nos demais operadores do direito, mas tem como preocupante consequência a de incentivar a litigiosidade latente, que frequentemente explode em conflitos sociais, ou de buscar vias alternativas violentas ou de qualquer modo inadequadas (desde a justiça de mão própria, passando por intermediações arbitrárias e de prepotência, para

³¹⁴ MELO, José Renan da Cunha. **Direito à saúde baseada em evidências**. 2022. Tese (Doutorado em Direito) – Faculdade de Direito, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2022, p. 145-167. Disponível em: <https://repositorio.ufmg.br/server/api/core/bitstreams/8c3cbe54-c319-4e1b-841a-46a3689c3c2d/content>. Acesso em: 16.10.25

³¹⁵ BRASIL. CNJ. **Fórum da Saúde faz balanço de atividades e define marcos para atividades em 2025**. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/forum-da-saude-faz-balanco-de-atividades-e-define-marcos-para-atividades-em-2025/>. Acesso em: 23.10.25.

³¹⁶ SCHULMAN, Gabriel; SILVA, Alexandre Barbosa da. (Des) judicialização da saúde: mediação e diálogos interinstitucionais. **Revista Bioética**, v. 25, n. 2, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422017000200290. Acesso em 22.01.25.

³¹⁷ GRINOVER, Ada Pellegrini. Os fundamentos da justiça conciliativa. **Síntese Trabalhista**, v. 52, 2008, p. 71-76. Disponível em: <https://repositorio.usp.br/item/001735473>. Acesso em: 23.01.25

chegar até os "justiceiros"). Por outro lado, o elevado grau de litigiosidade, próprio da sociedade moderna, e os esforços rumo à universalidade da jurisdição (um número cada vez maior de pessoas e uma tipologia cada vez mais ampla de causas que acedem ao Judiciário) constituem elementos que acarretam a excessiva sobrecarga de juizes e tribunais. E a solução não consiste exclusivamente no aumento do número de magistrados, pois quanto mais fácil for o acesso à Justiça, quanto mais ampla a universalidade da jurisdição, maior será o número de processos, formando uma verdadeira bola de neve.

Sendo o acesso à saúde um direito humano fundamental e que deve ser garantido, ainda que pela judicialização, em um cenário pós pandêmico, de um judiciário em crise, moroso e abarrotado, ganham ainda mais destaques conceitos como o da “Justiça Multiportas” e de mecanismos mais adequados de resolução dos conflitos em saúde, além de novas tecnologias que surgem como resposta inicial.

Como visto, o sistema judiciário encontra-se sobrecarregado em demandas, que tomam tempo e envolvem a burocracia procedimental, e isso faz com que se busque medidas mais adequadas para resolução dos conflitos aplicáveis em todas as esferas do direito, inclusive na saúde.

De acordo com Fonseca³¹⁸, a busca por soluções para essa crise dialoga diretamente com a evolução teórica do acesso à justiça, notavelmente sintetizada pela doutrina de Mauro Cappelletti e Bryant Garth, que a descrevem em três "ondas" renovatórias: a primeira onda visou superar as barreiras econômicas, com a instituição da assistência judiciária gratuita; a segunda concentrou-se na tutela dos direitos coletivos e difusos, reconhecendo a insuficiência dos modelos processuais individualistas; e a terceira onda, sendo o recorte desta pesquisa, representa um novo enfoque, direcionado ao aprimoramento dos mecanismos processuais e ao estímulo a métodos não jurisdicionais de resolução de conflitos.

Desde 2010, o Conselho Nacional de Justiça (CNJ), atento às necessidades de implementação de mecanismos adequados de resolução de conflitos, visando à melhora da justiça brasileira, com a Resolução nº 125/2010³¹⁹, criou a Política Nacional de Tratamento Adequado de Conflitos e Interesses.³²⁰

A referida Política Pública apresentava objetivos claros, sendo eles: a concentração e preferência da conciliação e mediação; a mudança da mentalidade dos operadores do direito e

³¹⁸ FONSECA, Reynaldo Soares da. A Importância da desjudicialização para o sistema de justiça. *In: Fraternidade frente as novas tecnologias: desafios éticos, sociojurídicos e ambientais*, Caruaru: Editora ASCES, 2025, p. 216.

³¹⁹ BRASIL. CNJ. **Resolução 125/2010**. Disponível em: <https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/156>. Acesso em: 11.10.25

³²⁰ NAVARRO, Trícia. **Justiça Multiportas**. São Paulo: Editora Foco, 2024, p. 39.

dos usuários do Poder Judiciário; e a obtenção de propagação e mudança da sociedade com o fito de pacificação.³²¹

Essa estrutura é composta: pelo Conselho Nacional de Justiça, que fica responsável por implementar o programa de participação de rede constituída por todos os órgãos do Poder Judiciário e por entidades públicas e privadas parceiras; pelos Núcleos Permanentes de Métodos Consensuais de Solução de Conflitos (NUPEMECS), que tratam dessa Política Judiciária nos Tribunais Estaduais e Federais; e pelos Centros Judiciários de Solução de Conflitos e Cidadania (CEJUSCS e CECONS), responsáveis pela execução da Política Judiciária de tratamento adequado aos conflitos.³²²

A Resolução nº 125 do CNJ visava introduzir o sistema “Multiportas” de resoluções de conflitos no Poder Judiciário. Esse sistema foi idealizado pelo jurista e matemático, professor emérito e reitor da Harvard Law School, Frank E. A. Sander, na década de 1970, tendo como nomenclatura *Multi-door Courthouse System* (Tribunal Multiportas).³²³ A proposta feita por Sander era de que as Cortes se transformassem em “Centro de Resolução de Disputas”, onde o interessado primeiro seria atendido por um funcionário encarregado da triagem dos conflitos, que depois faria o seu encaminhamento ao método de resolução de controvérsia mais apropriado às especificidades do caso.³²⁴

Assim, o sistema multiportas é um complexo de opções que cada pessoa tem à sua disposição para buscar solucionar um conflito a partir de diferentes métodos, fazendo com que o Estado coloque à disposição da sociedade alternativas variadas para se buscar a solução mais adequada de controvérsias, valorizando os meios consensuais de resolução de conflito, sendo certo que cada uma de suas espécies representa uma porta a ser utilizada para dar fim à lide, considerando sua adequação ao caso concreto.

Nesse sentido, explica Lessa Neto³²⁵:

O modelo multiportas é essencialmente democrático e participativo. Ele parte da noção de empoderamento e de que o cidadão deve ser o principal ator da solução de seu conflito. No processo civil tradicional a parte é um sujeito passivo, que não se manifesta ou atua no processo. De modo geral, apenas fala através de seu advogado, por petições escritas. No modelo multiportas ela tem a chance de falar diretamente, de expor suas preocupações, objetivos e interesses, para que possa diretamente

³²¹ PRADO, Douglas Alexander. **Mediação e tecnologia**: evolução da política pública. Belo Horizonte: Arraes Editora, 2023, p. 15.

³²² NAVARRO, Trícia. **Justiça Multiportas**. São Paulo: Editora Foco, 2024, p.39

³²³ VALEEV, Damir; NURIEV, Anas. Digital oportunities for promotion of multi-door courthouse concept. **Revista Brasileira de Alternative Dispute Resolution**, n.11, 2024, p. 102. Disponível em: <https://rbadr.emnuvens.com.br/rbadr/article/view/260/182>. Acesso em: 11.10.25

³²⁴ NAVARRO, *op. cit.*, p. 38.

³²⁵ LESSA NETO, João Luiz. O novo CPC adotou o modelo multiportas! E agora?!, **Revista de Processo**, vol. 244, Jun/2015, São Paulo, p. 439. Disponível em: <https://pt.scribd.com/document/498922280/O-novo-CPC-adotou-o-sistema-multiportas-Joao-Lessa>. Acesso em: 17.01.25

construir a solução de seu conflito. Adotar este modelo é uma alteração na própria lógica tradicional de atuação do Poder Judiciário perante a sociedade. As perspectivas que se descortinam têm sentido e alcance democrático. Do ponto de vista teórico, embora a opção por um modelo de audiência de mediação “quase-obrigatória” seja passível de críticas, o NCPC criou um desenho adequado para a implantação do modelo multiportas no Brasil. Contudo, a lei, por si só, não basta. Ela não é capaz de efetivamente implantar o modelo no país. É preciso avançar em diversos sentidos. Não é fácil o caminho para o bom funcionamento dos mecanismos adequados de resolução de disputas de maneira integrada ao processo adjudicatório tradicional. Há uma resistência velada e uma dificuldade de implantação desses mecanismos, além da inadequada formação do profissional jurídico para lidar com uma maneira de encarar o conflito que não foca apenas na solução jurídica, mas nos diversos interesses dos envolvidos. Em outras palavras, há desafios de ordem (a) estrutural; (b) educacional; e (c) cultural a serem superados para que o modelo multiportas possa vir a ser efetivamente implantado e exitoso no Brasil.

No Brasil, criou-se através dos anos a concepção de que uma sentença judicial seria a única e melhor forma de resolver qualquer tipo de conflito, ideia reforçada pelo movimento de acesso à justiça oriundo do final da década de 80, e com a promulgação da Constituição Federal de 1988.³²⁶

Entretanto, como já visto, o Poder Judiciário acabou sofrendo com a sobrecarga de ações entre outras questões já tratadas no item anterior, o que impulsionou a busca de soluções para continuar a prestar seu papel com eficiência, sendo a Resolução nº125 e a mudança de pensamento instrumentos cruciais.

Pode-se verificar que, em 2015, com o advento do novo Código de Processo Civil (Lei 13.105/2015)³²⁷ e a Lei de Mediação (Lei 13.140/2015)³²⁸, fora reforçado o ideal de transformação da justiça brasileira em uma justiça multiportas, posto que, conforme apontado por Navarro³²⁹, com a incorporação dinâmica de variados métodos e ambientes de resolução de conflitos, o ideal de processo judicial que possui como único resultado possível uma decisão adjudicada pelo magistrado foi gradualmente substituído por um processo de características híbridas, que a todo momento - seja antes ou depois do ajuizamento da demanda - pode ter sua resolutividade advinda de soluções consensuais.

Cumprе salientar que o conjunto denominado métodos consensuais de resolução de conflitos abrange determinadas práticas que, apesar de serem assemelhadas, não se confundem

³²⁶ PRADO, Douglas Alexander. **Mediação e tecnologia: evolução da política pública**. Belo Horizonte: Arraes Editora, 2023, p. 22.

³²⁷ BRASIL. **Lei nº 13.105, de 16 de março de 2015**. Código de Processo Civil. Brasília, DF: Presidência da República, 2015. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/113105.htm. Acesso em: 17.09.25

³²⁸ BRASIL. **Lei nº 13.140, de 26 de junho de 2015**. Dispõe sobre a mediação entre particulares como meio de solução de controvérsias e sobre a autocomposição de conflitos no âmbito da administração pública. Brasília, DF: Presidência da República, 2015. Disponível em https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/113140.htm. Acesso em: 17.09.25

³²⁹ NAVARRO, Trícia. **Justiça Multiportas**. São Paulo: Editora Foco, 2024, p. 55.

e possuem cada qual características distintas, ao passo em que cada espécie melhor adequar-se-á a cada caso concreto. Sendo assim, vale mencionar as práticas apresentadas no Manual de Mediação Judicial elaborado pelo CNJ³³⁰:

Negociação: As partes têm, como regra, total controle sobre o processo e seu resultado. Em linhas gerais, as partes: i) escolhem o momento e o local da negociação; ii) determinam como se dará a negociação, inclusive quanto à ordem e ocasião de discussão de questões que se seguirão e o instante de discussão das propostas; iii) podem continuar, suspender, abandonar ou recomeçar as negociações; iv) estabelecem os protocolos dos trabalhos na negociação; v) podem ou não chegar a um acordo e têm o total controle do resultado.

Mediação: Processo autocompositivo segundo o qual as partes em disputa são auxiliadas por uma terceira parte neutra ao conflito ou por um painel de pessoas sem interesse na causa, para se chegar a uma composição. Trata-se de um método de resolução de disputas no qual se desenvolve um processo composto por vários atos procedimentais pelos quais o(s) terceiro(s) imparcial(is) facilita(m) a negociação entre as pessoas em conflito, habilitando-as a melhor compreender suas posições e a encontrar soluções que se compatibilizam aos seus interesses e necessidades. O mediador, no modelo brasileiro, não deve, como regra, avaliar ou opinar sobre as opções criadas, contudo exerce o papel de agente da realidade.

Conciliação: um processo autocompositivo breve no qual as partes ou os interessados são auxiliados por um terceiro, neutro ao conflito, ou por um painel de pessoas sem interesse na causa, para assisti-las, por meio de técnicas adequadas, a chegar a uma solução ou a um acordo. No modelo brasileiro, o conciliador pode opinar sobre as opções criadas pelos envolvidos, exercendo papel de agente da realidade.

Arbitragem: Processo eminentemente privado – isto porque existem arbitragens internacionais públicas –, no qual as partes ou interessados buscam o auxílio de um terceiro, neutro ao conflito, ou de um painel de pessoas sem interesse na causa, para, após um devido procedimento;

Med-arb: Processo híbrido o qual se inicia com uma mediação e, na eventualidade de não se conseguir alcançar um consenso, segue-se para uma arbitragem.

Diante das modalidades apresentadas, entendeu-se que era necessário ter pessoas capacitadas para lidar com os conflitos alheios. Assim, nasceu o papel dos “facilitadores”, ou seja, as pessoas facilitadoras da comunicação por excelência (negociadores, conciliadores, mediadores, árbitros), visando atendimento adequado e de qualidade aos usuários, bem como tornar equânime a atuação destes em todo território nacional.³³¹ Para isso, tornou-se mandatário que todos os facilitadores tivessem Curso de Capacitação em consonância com a Resolução nº 125.

Nesta toada, explica Luchiari³³²:

³³⁰ BRASIL. CNJ. **Manual de Mediação**. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2015/06/f247f5ce60df2774c59d6e2dddbfec54.pdf>. Acesso em 17.01.25.

³³¹ BRAGA NETO, Adolfo. **Mediação: uma experiência brasileira**. São Paulo: CLA Editora, 2017, p. 51

³³² LUCHIARI, Valéria Ferioli Lagrasta. **Inovações tecnológicas nos métodos consensuais de solução de conflitos**. São Paulo: Saraiva Jur, 2022, pp.34-35

A formação adequada de conciliadores e mediadores reflete diretamente na qualidade do serviço prestado por eles, sendo este um dos objetivos da Política Judiciária Nacional de tratamento adequado dos conflitos e interesses, instituída pela Resolução nº 125/2010, que traz em seu Anexo I parâmetros mínimos que devem ser observados nos cursos de formação disponibilizados pelos Tribunais, diretamente, ou através de entidades habilitadas pelos Núcleos Permanentes de Métodos Consensuais de Solução de Conflitos.

Neste sentido, existem os Centros de Conciliação (CECON), da Justiça Federal, e os Centros Judiciários de Solução de Conflitos e Cidadania (CEJUSCS), da Justiça Estadual, responsáveis pela execução da Política Judiciária de tratamento adequado aos conflitos.

Porém, conforme explica Almeida³³³, a conciliação não é a “solução” para o problema do excesso e da demora dos processos, e tampouco funciona em todos os casos. Por vezes a tensão gerada pela judicialização é necessária, como já apontava Owen Fiss³³⁴:

O artigo "*Against Settlement*" de Owen M Fiss, publicado em 1984 na *Yale Law Journal*, é uma crítica incisiva à tendência da realidade norte americana de resolver litígios por meio de acordos, argumentando que a resolução de disputas através de acordos extrajudiciais compromete o papel fundamental do Judiciário na interpretação e aplicação do direito, podendo trazer prejuízos ao sistema jurídico e à sociedade como um todo. Fiss enfatiza que os acordos frequentemente resultam em soluções que não refletem uma distribuição justa dos direitos e obrigações substantivas, pois as partes podem ser influenciadas por desigualdades de poder, recursos e informação. Ele argumenta que a negociação de acordos muitas vezes favorece as partes mais poderosas, que podem coagir ou influenciar desproporcionalmente a parte mais fraca, levando a resultados injustos.

A conciliação deve observar um equilíbrio na mesa de negociação e costuma funcionar justamente nos casos em que o processo civil tradicional falha, sendo, por isso, a ferramenta adequada. O que se busca com a composição nunca é “o acordo”, mas sim a satisfação das partes, promovidas de meras espectadoras a protagonistas da solução do litígio. O acordo é mera consequência, nunca o objetivo³³⁵.

O relatório "Saúde Pública: o desafio da judicialização e as experiências inovadoras para sua solução", publicado pelo Conselho Nacional de Justiça (CNJ) em 2015³³⁶, ofereceu um diagnóstico robusto sobre o crescente fenômeno da judicialização da saúde no Brasil, ao mesmo

³³³ ALMEIDA, Paulo Marcos Rodrigues de. A (Des)judicialização da saúde na pandemia da Covid-19: a solução de demandas de saúde pela conciliação. **Revista AJUFESP**, n.01, 2021. Disponível em: https://www.academia.edu/48986262/REVISTA_AJUFESP. Acesso em: 21.01.25

³³⁴ FISS, Owen M. *Against Settlement*. Yale Law Journal, New Haven, vol. 93, n. 6, p. 1073-1090. 1984 *apud* FARIA, L. Arranjos jurídico-institucionais da consensualidade administrativa: as interações políticas nos acordos de leniência da operação Lava-Jato. **REI – Revista Estudos Institucionais**, [S. l.], v. 11, n. 3, 2025, p. 1186–1187. Disponível em: <https://estudosinstitucionais.com/REI/article/view/906>. Acesso em: 14.03.26.

³³⁵ ALMEIDA, *op. cit.*

³³⁶ BRASIL. CNJ. **Judicialização da saúde no Brasil**: perfil das demandas, causas e propostas de solução. Brasília, DF: CNJ/Insper. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2018/01/4292ed5b6a888bdcac178d51740f4066.pdf>. Acesso em 23.10.25.

tempo que iluminou possíveis caminhos alternativos para a resolução de conflitos. O estudo vai além da mera análise quantitativa das demandas judiciais ao destacar a importância de estratégias que fomentem o diálogo interinstitucional e a mediação.

Ao fazer isso, o CNJ posiciona o Poder Judiciário não apenas como um adjudicador de direitos, mas como um catalisador de consensos, capaz de articular soluções mais céleres e eficientes para garantir o acesso à saúde, alinhando-se a uma visão de justiça mais participativa e menos adversarial.

Centrais neste estudo são as experiências inovadoras que demonstram a viabilidade e a eficácia da mediação e do diálogo institucional na prática. O relatório documenta iniciativas como as Câmaras de Resolução de Litígios de Saúde e os Comitês Executivos de Saúde, que reúnem representantes do Judiciário, do Ministério Público, das Defensorias Públicas e gestores do SUS. Essas estruturas criam um espaço institucionalizado para a análise técnica e a negociação de demandas antes que elas se convertam em processos judiciais. As experiências em localidades como Araguaína (TO), Lages (SC) e no Distrito Federal evidenciam que a aproximação entre os atores do sistema de justiça e da saúde permite construir soluções baseadas em evidências científicas e na realidade orçamentária, promovendo a sustentabilidade do sistema e a efetividade do direito à saúde.³³⁷

Segundo Sant'ana³³⁸:

A pesquisa concluiu que, a despeito das diferenças entre as experiências analisadas e de seus arranjos institucionais específicos, existem características comuns que se destacam, a saber: i) reconhecimento de que as instituições jurídicas podem influenciar a política pública de saúde; ii) compreensão de que o modelo adversarial não é o mais adequado; iii) valorização do diálogo institucional; iv) dependência da vontade política e do compromisso dos atores envolvidos; v) atuação nas causas dos problemas, e não apenas em suas consequências; vi) resistência inicial às iniciativas e necessidade de sensibilização interna nas instituições jurídicas e políticas; vii) pouca articulação com os Conselhos de Saúde.

O referido autor citou, ainda, experiências destacadas em estudos acadêmicos, como a CRLS (RJ), o SUS mediado (RN) e a CAMEDIS (DF), dada a sua capacidade de mediação e diálogo entre os usuários e a gestão do SUS, porém reforça que tais avanços ainda dependem de superação de diversos desafios institucionais, entendendo que os mais prementes seriam:

³³⁷ ALMEIDA, Paulo Marcos Rodrigues de. A (Des)judicialização da saúde na pandemia da Covid-19: a solução de demandas de saúde pela conciliação. *Revista AJUFESP*, n.01, 2021. Disponível em: https://www.academia.edu/48986262/REVISTA_AJUFESP. Acesso em: 21.01.25

³³⁸ SANT'ANA, Ramiro Nóbrega. *A Judicialização como Instrumento de Acesso à Saúde: propostas de enfrentamento da injustiça na saúde pública*. 2018. Tese (Doutorado em Direito) – Faculdade de Direito, Universidade de Brasília, Brasília, 2018, p. 364. Disponível em: <https://repositorio.uniceub.br/jspui/bitstream/235/12414/1/61350132.pdf>. Acesso em 17.10.25.

uma mudança de concepção da própria judicialização da saúde, já que “muitas das deficiências do sistema de saúde podem encontrar via de solução mais adequada em diálogos interinstitucionais estabelecidos por meios não formais, em que pese a participação das instituições do sistema de justiça”; bem como prover um maior grau de institucionalização das novas práticas, para não ficar totalmente dependente da boa vontade individual dos agentes públicos envolvidos e poder ser replicado.³³⁹

Vale o registro que a CAMEDS de Imperatriz do Maranhão, segundo Almeida³⁴⁰, obteve “95% dos casos resolvidos por acordo extrajudicial. Em alguns casos, as soluções criadas pelos próprios entes públicos transformaram-se em padrão de conduta administrativa, permitindo que novas demandas fossem solucionadas administrativamente pelos próprios gestores de saúde, sem necessidade da CAMEDS”.

Pode-se perceber um reforço à tese de que a mediação e o diálogo são ferramentas essenciais para a transformação do paradigma de resolução de conflitos na saúde. As iniciativas apresentadas não apenas reduzem o volume de processos, mas também qualificam a tomada de decisão, promovem a educação em direitos e otimizam a alocação de recursos públicos. Essas experiências servem como estudos de caso valiosos, demonstrando empiricamente que a construção de pontes de comunicação entre o sistema de justiça e a administração pública é fundamental para superar a lógica do litígio e avançar para um modelo de governança colaborativa em saúde.

E neste sentido, para o recorte proposto, analisar-se-á no capítulo 4 a experiência da CAMEDS Guarulhos – Câmara de Mediação em Direito da Saúde de Guarulhos -, propositalmente não tratada neste momento, sendo este um ambiente especial de mediação, preponderantemente digital, em que mediadores treinados, sob a supervisão dos juízes federais coordenadores, através da CECON, fazem a mediação entre demandantes e o Poder Público a respeito de pedidos de prestações de saúde, por meio de tratativas conduzidas geralmente por mensagens de WhatsApp e e-mail, para, a partir dele e com enfoque no referencial teórico que

³³⁹ SANT’ANA, Ramiro Nóbrega. **A Judicialização como Instrumento de Acesso à Saúde**: propostas de enfrentamento da injustiça na saúde pública. 2018. Tese (Doutorado em Direito) – Faculdade de Direito, Universidade de Brasília, Brasília, 2018, p. 364. Disponível em: <https://repositorio.uniceub.br/jspui/bitstream/235/12414/1/61350132.pdf>. Acesso em 17.10.25.

³⁴⁰ ALMEIDA, Paulo Marcos Rodrigues de. **A (DES)judicialização da saúde na pandemia da COVID-19: A solução de demandas de saúde pela conciliação**. In: O Poder Judiciário na Pandemia. **REVISTA AJUFESP** – Ed. n° 01, 2021. p. 119. Disponível em https://ajufesp.org.br/site2023/wp-content/uploads/2025/02/REVISTA-AJUFESP-1a_EDICAO.pdf. Acesso em: 21.01.25

será proposto no próximo capítulo, refletir sobre um novo olhar possível, em proposta inovadora de avanço.

Em 2021, no auge da pandemia, o CNJ editou a Recomendação nº. 100³⁴¹, recomendando o uso de métodos consensuais de solução de conflitos em demandas que versem sobre o direito à saúde:

Art. 1º Recomendar aos magistrados com atuação nas demandas envolvendo o direito à saúde que priorizem, sempre que possível, a solução consensual da controvérsia, por meio do uso da negociação, da conciliação ou da mediação.

Art. 2º Ao receber uma demanda envolvendo direito à saúde, poderá o magistrado designar um mediador capacitado em questões de saúde para realizar diálogo entre o solicitante e os prepostos ou gestores dos serviços de saúde, na busca de uma solução adequada e eficiente para o conflito.

Art. 3º Recomendar aos tribunais a implementação de Centros Judiciários de Solução de Conflitos de Saúde (Cejusc), para o tratamento adequado de questões de atenção à saúde, inclusive aquelas decorrentes da crise da pandemia da Covid-19, na fase pré-processual ou em demandas já ajuizadas.

§ 1º O Cejusc de Saúde possibilitará a realização de negociação, conciliação, mediação, nas modalidades individuais ou coletivas.

§ 2º Os procedimentos de negociação, conciliação e mediação podem ser realizados pelas vias presencial ou virtual, e, nesse último caso, serão admitidas as formas síncrona ou assíncrona.

§ 3º Os tribunais também poderão se utilizar de outras estruturas interinstitucionais já existentes para a prevenção e solução consensual de conflitos em saúde.

Art. 4º O tribunal que implementar o Cejusc de Saúde deverá observar o disposto na Lei nº 13.105/2015 (Código de Processo Civil), na Lei nº 13.140/2015 (Lei de Mediação), e na Resolução CNJ nº 125/2010, no que couber, especialmente providenciando a capacitação específica de conciliadores e mediadores em matéria de saúde, inclusive por meio de convênios já firmados pelo CNJ, com compreensão sobre saúde baseada em evidência científica, princípios do Sistema Único de Saúde e de consulta a base de dados com notas técnicas emitidas por instituições reconhecidas pelos Comitês Nacional e Estaduais de Saúde.

5º Esta Recomendação entra em vigor a partir de sua publicação.

Pode-se destacar a exitosa experiência relatada pelo Magistrado Paulo Marcos³⁴², acerca da plataforma ConciliaCovid:

A despeito de não contar com os recursos tecnológicos do já estabelecido site da CAMEDS – limitando-se à centralização das demandas por e-mail ao Gabinete da Conciliação – a plataforma ConciliaCovid mostrou-se um sucesso, resolvendo seu primeiro caso já em fins de abril, antes mesmo da formalização de sua existência pela Resolução nº 349/2020 do TRF3”. (...) Antes de proferir qualquer decisão, encaminhar o caso pelo e-mail conciliacovid19@trf3.jus.br para o Gabinete da Conciliação, que o submeteria à plataforma, buscando a rápida solução consensual. Caso a questão não fosse resolvida em 48 horas, o juízo seria comunicado para dar continuidade ao processo. Também as partes, advogados, membros do Ministério Público Federal e defensores públicos federais poderiam requerer o encaminhamento de seus casos, ajuizados ou não, à conciliação. Em menos de dois meses de funcionamento, a

³⁴¹ BRASIL. CNJ. **Recomendação Nº 100**. Disponível em: <https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/3988>. Acesso em: 12.10.25.

³⁴² ALMEIDA, Paulo Marcos Rodrigues de. **A (DES)judicialização da saúde na pandemia da COVID-19: A solução de demandas de saúde pela conciliação**. In: O Poder Judiciário na Pandemia. **REVISTA AJUFESP** – Ed. nº 01, 2021. p. 120 Disponível em https://ajufesp.org.br/site2023/wp-content/uploads/2025/02/REVISTA-AJUFESP-1a_EDICAO.pdf. Acesso em: 21.01.25

plataforma interinstitucional já havia superado a marca de 800 demandas recebidas, sendo realizadas reuniões periódicas de alinhamento entre os representantes do TRF3, do Tribunal de Justiça de São Paulo, do Governo do Estado e da Prefeitura de São Paulo, do MPF, da DPU, da AGU e da Caixa Econômica Federal.

Vale referenciar, neste ponto, que a tecnologia, na era digital, possui papel crucial no desenvolvimento e aplicação da Justiça Multiportas e já tem sido utilizada através de plataformas de resolução de conflitos, criadas muitas vezes por *startups*, com possibilidade de composição entre as partes.

Alguns exemplos de resoluções digitais: a negociação assistida (*assisted negotiation*), que consiste na busca de um acordo entre as partes em conflito por meio de comunicação eletrônica por meio de e-mail, chat ou comunicação assíncrona pelo aplicativo da empresa; a negociação automática, tendo esse estilo similar à negociação assistida, porém atua na busca de um acordo apenas em relação a valores envolvidos em determinada questão, não se adentrando ao mérito; a mediação online, possui aspecto da mediação como cerne, com a etapa das tecnologias da informação e comunicação, que através de um mediador com papel de gestor de plataformas tecnológicas; e arbitragem online, que realiza a arbitragem de modo híbrido com as Câmaras de Arbitragem.³⁴³

Dada a relevância do uso das tecnologias nos métodos mais adequados de resolução de conflitos, desde 2016, o Conselho Nacional de Justiça já havia promulgado a Emenda 2 da Resolução nº 125³⁴⁴, que determinou a criação de Sistemas de Mediação e Conciliação Digitais.

Mais recentemente, o CNJ, através da Resolução nº. 530 de 10/11/2023³⁴⁵, instituiu a nova Política Judiciária de Resolução Adequada das Demandas de Assistência à Saúde (2024-2029), trazendo princípios, diretrizes e objetivos que reforçam, inclusive, o presente estudo.

Vale o destaque inicial para a especialização da estrutura judiciária, com vias à contínua capacitação e aperfeiçoamento funcional, que fomentou a criação dos núcleos especializados em saúde - Núcleos de Justiça 4.0. Em São Paulo, tanto o Tribunal de Justiça (TJSP)³⁴⁶, quanto o Tribunal Regional Federal da 3ª Região (TRF3)³⁴⁷, implementaram medidas nesse sentido.

³⁴³ PRADO, Douglas Alexander. **Mediação e tecnologia: evolução da política pública**. Belo Horizonte: Arraes Editora, 2023, p.86-87.

³⁴⁴ BRASIL. CNJ. **Emenda 2 da Resolução nº 125/2010**. Disponível em: <https://atos.cnj.jus.br/files/compilado202229202109176144f905edf8f.pdf>. Acesso em 11.10.25

³⁴⁵ BRASIL. CNJ. **Resolução Nº 530/2023**. Disponível em: <https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/5330>. Acesso em: 27.10.25.

³⁴⁶ BRASIL. **Portaria Conjunta nº 10.586/2025**. Disponível em: <https://esaj.tjsp.jus.br/gcn-frontend-vue/legislacao/find/227912>. Acesso em 27.10.25.

³⁴⁷ BRASIL. **Provimento CJF3R nº 156/2025**. Disponível em <https://web.trf3.jus.br/atos-normativos/Atos-Normativos-dir/Conselho%20da%20Justi%C3%A7a/Provimentos/2025/Provimento0156.htm>. Acesso em 27.10.25.

Outro destaque, além da evidente reafirmação da garantia de acesso, do fomento de métodos consensuais e da necessária colaboração, cooperação e diálogo entre todos os atores públicos e privados envolvidos, é o estímulo à aplicação de soluções de tecnologia da informação e de metodologias inovadoras de gestão.

Os avanços tecnológicos e digitais já são uma realidade na área da saúde desde 2007, que de forma pioneira o Sistema Único de Saúde - SUS instituiu o Programa Telessaúde Brasil Redes³⁴⁸, por meio da Portaria do Ministério da Saúde nº 35 de janeiro de 2007, redefinido e ampliado posteriormente por meio da Portaria MS nº 2.546, publicada no dia 27 de outubro 2011³⁴⁹, uma das principais iniciativas do Programa SUS Digital, que garante atendimento digital de forma complementar à consulta presencial, facilitando o acesso a médicos especialistas, reduzindo filas de espera e agilizando diagnósticos e tratamentos.

A telessaúde na prestação de saúde foi alavancada, ainda que de forma “compulsória”, pelas limitações impostas durante a pandemia de Covid-19, se apresentando como medida benéfica em diversos sentidos, tais como a redução do tempo de atendimento e custos de deslocamento, tanto dos pacientes quanto dos profissionais de saúde, além de garantir, mesmo àqueles cidadãos localizados nas áreas mais remotas, consultas em tempo hábil com profissionais de diversas especialidades.

Pode se entender que o Programa Telessaúde Brasil Redes é uma tecnologia disruptiva na saúde, dado seu potencial de transformar significativamente os modelos de prestação de serviços, diagnóstico, tratamento e gestão da saúde.³⁵⁰

A nomenclatura é proveniente de Clayton M. Christensen³⁵¹, que em 1997, cunhou o termo “inovação disruptiva” ao se referir àquelas medidas tecnológicas tidas como imprevisíveis, capazes de recriar mercados existentes ou até mesmo criando novas e inimagináveis possibilidades, ou seja, rompendo completamente com a realidade até então conhecida.

As tecnologias disruptivas apresentam algumas características fundamentais, tais como a democratização do acesso; a descentralização dos cuidados; a eficácia nas reduções dos custos; e as abordagens personalizadas de prevenção, diagnóstico e tratamento³⁵².

³⁴⁸ BRASIL. Ministério da Saúde. **Telessaúde**. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/seidigi/sus-digital/telessaude>. Acesso em 13.02.25

³⁴⁹BRASIL. **Portaria n. 2.546/11**. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2546_27_10_2011.html Acesso em: 13.02.25.

³⁵⁰ SIMÕES, Jamili; GONÇALVES, Cristian David. A Utilização de tecnologias disruptivas na promoção e efetivação do direito fundamental à saúde. *In: Fraternidade frente as novas tecnologias: desafios éticos, sociojurídicos e ambientais*, Caruaru: Editora ASCES, 2025, p. 590.

³⁵¹ CHRISTENSEN, Clayton M. **O dilema da inovação**, São Paulo: M. Books, 2011, p. 71-74.

³⁵² SIMÕES; GONÇALVES, *op. cit.*, p. 591

Outro exemplo de tecnologia utilizada na saúde é o Conecte SUS³⁵³, que é uma plataforma digital criada para o Poder Público, unificando informações de saúde dos cidadãos brasileiros, permitindo o acesso a dados como histórico de consultas, exames, vacinas e medicamentos dispensados pelo SUS.

Assim, integrado ao aplicativo, o Prontuário Eletrônico do Cidadão centraliza informações clínicas dos usuários do sistema público, promovendo a continuidade do cuidado e a integralidade da atenção, independentemente da localidade em que o cidadão busque atendimento no território nacional.

Neste sentido fora desenvolvida uma “Estratégia de Saúde Digital” para o Brasil 2020-2028 (ESD28)³⁵⁴. A ESD28 é um documento publicado em 2020 e pensado para sistematizar e consolidar o trabalho realizado ao longo da última década no que tange a digitalização da saúde no Brasil, bem como nortear e alinhar as diversas atividades e projetos públicos e privados, de forma a potencializar o poder de transformação da saúde no País.

O referido documento legitima a Saúde Digital como a principal estratégia do Estado Brasileiro, ampliando o movimento de plataformização no SUS, em especial ao discorrer acerca da Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS), iniciativa integrante do Programa Conecte SUS, ambos institucionalizados pela portaria GM/ MS n. 1.434/2020³⁵⁵.

A RNDS é uma plataforma interoperável de serviços, informações e conectividade, responsável por promover a troca de informações entre os pontos da Rede de Atenção à Saúde, permitindo a transição e continuidade do cuidado nos setores público e privado³⁵⁶.

Trata-se de uma plataforma digital pensada pelo poder público a fim de beneficiar todo o ecossistema de saúde, consolidando dados, como por exemplo, resultados de exame de COVID-19, aplicações de vacina, solicitação de medicamentos no Programa Farmácia Popular e registros hospitalares, que antes eram tratados de forma difusa em cada um dos municípios e estados. Objetiva-se que até 2028 a RNDS esteja plenamente estabelecida e reconhecida como a plataforma digital de inovação, informação e serviços de saúde para todo o Brasil.

Verifica-se que o Brasil avançou significativamente na implementação da Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS). A interoperabilidade promovida pela RNDS, integrando

³⁵³ BRASIL. **Conecte SUS**. Disponível em: <https://www.gov.br/pt-br/noticias/saude-e-vigilancia-sanitaria/2021/04/voce-conhece-o-conecte-sus>. Acesso em: 15.10.25

³⁵⁴BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégia de saúde digital para o Brasil**. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/estrategia_saude_digital_Brasil.pdf. Acesso em 28.10.25.

³⁵⁵BRASIL. **Portaria GM/MS nº 1.434/2020**. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt1434_01_06_2020_rep.html. Acesso em 28.10.25.

³⁵⁶ ROTTA, Rejane Faria Ribeiro; BRAGA, Renata Dutra; DOS SANTOS, Silvana de Lima Vieira; **Programa Nacional em Saúde Digital: Trajetória da Saúde Digital no Brasil**, Universidade Federal de Goiás. Comissão de Governança de Informação em Saúde, 2020.

informações de instituições públicas e privadas, permite que médicos e enfermeiros acessem, de forma segura, o histórico clínico do paciente durante o atendimento, por meio do SUS Digital Profissional. Isso evita a repetição de exames desnecessários e contribui para um cuidado mais ágil, qualificado e contínuo³⁵⁷. Os cidadãos podem consultar seus próprios dados de saúde pelo aplicativo Meu SUS Digital³⁵⁸.

Vale o registro, ainda, para a telemedicina, que pode ser conceituada como o exercício da medicina mediado por tecnologias para fins de assistência, educação, pesquisa, prevenção de doenças e lesões e promoção de saúde, conforme definição do Conselho Federal de Medicina³⁵⁹. Essa modalidade não se propõe a substituir o modelo tradicional de atendimento presencial, mas a complementá-lo, atuando como uma ferramenta estratégica para a otimização de recursos e a ampliação do acesso.

Conforme Souza³⁶⁰, a telemedicina materializa um novo paradigma de cuidado, onde o foco se desloca do espaço físico do hospital ou consultório para a conveniência e necessidade do paciente, potencializando a continuidade do tratamento e o monitoramento de condições crônicas. Trata-se de uma resposta tecnológica a desafios estruturais dos sistemas de saúde, como a má distribuição de especialistas pelo território nacional e as longas filas de espera, que historicamente comprometem a efetividade do direito fundamental à saúde, consagrado no artigo 196 da Constituição Federal.

A aplicabilidade da telemedicina é vasta e multifacetada, estendendo-se por diversas áreas e modalidades, quais sejam: a teleconsulta permite a interação direta entre médico e paciente por videoconferência, viabilizando diagnósticos, prescrições e orientações; o telediagnóstico possibilita que exames de imagem, como radiografias e tomografias, sejam laudados à distância por especialistas, agilizando resultados e democratizando o acesso a profissionais altamente qualificados; o telemonitoramento, que permite o acompanhamento remoto de pacientes com doenças crônicas ou em recuperação pós-operatória, através de dispositivos que coletam e transmitem dados vitais em tempo real; e a teleinterconsulta que facilita a comunicação entre médicos, permitindo que um clínico geral discuta um caso

³⁵⁷ BRASIL. **Ministério da Saúde – RNDS**. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/seidigi/rnds>. Acesso em: 28.10.25.

³⁵⁸ BRASIL. **Ministério da Saúde – Meus SUS Digital**. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/seidigi/meususdigital>. Acesso em: 28.10.25.

³⁵⁹ CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM nº 2314/22**. Disponível em: https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/2022/2314_2022.pdf. Acesso em: 15.10.25

³⁶⁰ SOUZA, Wilson Ricardo de. A telemedicina e os novos paradigmas da responsabilidade civil médica. *In*: EHRHARDT JÚNIOR, Marcos; LOBO, Fabíola (coord.). **A responsabilidade civil na era digital**. Indaiatuba: Foco, 2019. p. 440.

complexo com um especialista, qualificando o atendimento na atenção primária e evitando deslocamentos desnecessários do paciente.³⁶¹

A necessidade de distanciamento social e a sobrecarga dos serviços de saúde voltados ao atendimento de pacientes Covid-19 criaram situação paradoxal: enquanto a demanda por certos tipos de atendimento explodia, outras formas de assistência à saúde tornaram-se subutilizadas.

Essa disrupção forçada criou oportunidade para repensar modelos de acesso. A telemedicina, que havia sido legalizada de forma permanente pouco antes da pandemia mas ainda tinha adoção limitada, experimentou grande crescimento. Consultas médicas por videoconferência, que eram raras em 2019, tornaram-se rotina em 2020.³⁶²

Porém, referida expansão da telemedicina durante a pandemia já dava sinais de exclusão digital como determinante social de saúde. Populações vulneráveis, sem acesso à internet de qualidade ou dispositivos adequados, encontraram-se em situação de ainda maior dificuldade de acesso aos serviços de saúde, potencialmente ampliando desigualdades.

Recente estudo realizado aponta que:

A telemedicina é um campo em franca expansão, cuja relevância foi amplificada pela pandemia de COVID-19, mas que ainda enfrenta obstáculos substanciais para sua consolidação como prática ética, inclusiva e universal. A síntese dos oito estudos analisados demonstra que, embora haja evidências robustas sobre o potencial da telemedicina em ampliar o acesso, reduzir deslocamentos e otimizar recursos, a efetividade dessa modalidade de cuidado permanece condicionada à superação de barreiras estruturais, éticas, regulatórias e relacionais. A predominância da categoria Acessibilidade e Inclusão Digital nos estudos examinados indica que a exclusão digital é o principal fator limitante para a universalização da telemedicina. Em países com desigualdade socioeconômica acentuada, como o Brasil, a ausência de infraestrutura tecnológica, aliada à baixa alfabetização digital, compromete a equidade no acesso aos serviços remotos. Essa realidade reforça a necessidade de investimentos públicos e privados em conectividade, distribuição de equipamentos e capacitação da população para o uso seguro e eficaz das tecnologias de saúde.³⁶³

De fato, quando se pensa no acesso do cidadão por meio da tecnologia à ambientes digitais de saúde, faz-se necessário pensar na sua democratização, com a necessária inclusão digital. No Brasil, a desigualdade digital é um reflexo das desigualdades sociais mais amplas,

³⁶¹ CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM nº 2314/22**. Disponível em: https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/2022/2314_2022.pdf. Acesso em: 15.10.25

³⁶² CAETANO, Rosângela *et al.* Desafios e oportunidades para telessaúde durante a pandemia pela COVID-19: uma reflexão sobre os espaços e iniciativas no contexto brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 5, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/swM7NVTrnYRw98Rz3drwpJf/?lang=pt>. Acesso em: 27.10.25.

³⁶³ SILVA, Teresa Cristina Ferreira da; *et al.* **Telemedicina e ética do cuidado: o impacto da exclusão digital na relação profissional-paciente**. ARACÊ, 2025. Disponível em: <https://periodicos.newsciencepubl.com/arace/article/view/8312>. Acesso em: 27.10.25.

com grandes disparidades no acesso à internet e a dispositivos tecnológicos entre diferentes grupos socioeconômicos.

Segundo Lemos³⁶⁴, a cibercultura, com sua promessa de democratização do conhecimento, deve ser acompanhada de políticas públicas que assegurem que todos os cidadãos possam participar plenamente da vida digital.

Ainda, Bauman³⁶⁵ sabiamente explica que um mundo onde a mobilidade e a conexão definem o acesso a recursos, a imobilidade, neste caso, a desconexão, torna-se um fator de marginalização e precariedade. A incapacidade de acessar ou manusear as tecnologias de saúde digital não é apenas uma inconveniência, mas uma forma contemporânea de exclusão que impede o cidadão de participar plenamente do ecossistema de cuidado, relegando-o a uma subcidadania sanitária.

De acordo com a pesquisa TIC Domicílios 2023³⁶⁶, embora 84% dos domicílios brasileiros possuam acesso à internet, essa realidade é marcada por profundas desigualdades. Nas áreas rurais, por exemplo, o percentual de domicílios conectados cai para 78%, e 20 milhões de brasileiros com 10 anos ou mais nunca utilizaram a internet. Mais alarmante é a qualidade e o meio de acesso: para 62% dos usuários, o telefone celular é o dispositivo exclusivo para acesso à rede, com internet móvel (planos de telefonia).

Percebe-se, assim, que a exclusão digital não se manifesta apenas na dicotomia de "conectado/desconectado", mas se revela na precariedade de acesso que impacta diretamente a viabilidade do uso das ferramentas de saúde digital para as populações mais vulneráveis, precisamente aquelas que mais dependem do sistema público.

Além da barreira material de infraestrutura e acesso econômico, impõe-se a exclusão digital em sua faceta cognitiva, ou seja, a falta de letramento e de habilidades digitais. A complexidade de interfaces, a necessidade de senhas, a navegação em múltiplos menus e a compreensão da lógica operacional de aplicativos podem ser tarefas intransponíveis para uma parcela significativa da população, em especial os idosos e indivíduos com baixo nível de escolaridade.

A ausência das competências necessárias para interagir com o sistema de saúde digitalizado equivale, na prática, à interdição do acesso. Ignorar essa dimensão cognitiva no

³⁶⁴ LEMOS, André. **Cibercultura: Tecnologia e Vida Social na Cultura Contemporânea**. 1ª ed. Porto Alegre: Sulina, 2010.

³⁶⁵ BAUMAN, Zygmunt. **Globalização: as conseqüências humanas**. Tradução de Marcus Penchel. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1999, p. 34.

³⁶⁶ CENTRO REGIONAL DE ESTUDOS PARA O DESENVOLVIMENTO DA SOCIEDADE DA INFORMAÇÃO. **Pesquisa sobre o uso das tecnologias de informação e comunicação nos domicílios brasileiros - 2023**. Disponível em : <https://cetic.br/pt/pesquisa/domicilios/publicacoes/>. Acesso em: 16.10.25

planejamento de políticas públicas de saúde digital é incorrer no erro de projetar sistemas para um cidadão ideal e abstrato, acarretando exclusão.

Vale neste ponto, ressaltar os estudos no âmbito da literacia para a saúde, que confirmam a importância do conhecimento para o avanço na efetivação do acesso aos direitos sociais, inclusive no direito à saúde. Conforme definição de Robinson³⁶⁷, “Literacia é a capacidade para identificar, compreender, interpretar, criar, comunicar e usar as novas tecnologias, de acordo com os diversos contextos. A Literacia envolve um processo contínuo de aprendizagem que capacita o indivíduo a alcançar os seus objetivos, a desenvolver os seus potenciais e o seu conhecimento, de modo a poder participar de forma completa na sociedade”.

A transformação digital que perpassa os sistemas de saúde contemporâneos apresenta potencial para revolucionar os mecanismos de resolução de conflitos nesta seara. Conforme destacam Aith, Santana e Dallari³⁶⁸, as ferramentas digitais e a inteligência artificial estão sendo progressivamente incorporadas aos sistemas de saúde em escala global, possibilitando não apenas a gestão de grandes bases de dados sensíveis, mas também a organização de fluxos, a definição de itinerários terapêuticos e a tomada de decisões que afetam diretamente o acesso aos serviços de saúde.

Essa mesma capacidade tecnológica de processar informações, organizar demandas e propor soluções pode ser direcionada para a construção de sistemas mais adequados de resolução de disputas, contribuindo para a desjudicialização dos conflitos em saúde e para o fortalecimento de uma justiça multiportas, efetivamente acessível.

Entretanto, a implementação de inovações tecnológicas nos mecanismos adequados de solução de conflitos em saúde demanda uma regulação estatal que assegure a proteção dos direitos fundamentais dos usuários. A ausência de marcos regulatórios adequados pode resultar na vulnerabilização dos indivíduos, que perdem o controle sobre seus dados pessoais sensíveis, e na predominância de interesses privados sobre o interesse público.³⁶⁹

A transformação digital no campo da saúde precisa ser desenvolvida de forma ética, responsável e democrática, alinhada aos princípios da universalidade, equidade e integralidade. Por essa razão, também no âmbito dos mecanismos adequados de resolução de conflitos, tem-se que a promoção de ferramentas tecnológicas não pode representar um retrocesso no acesso

³⁶⁷ MARTINS, Rosane Aparecida de Sousa. Saúde e direitos sociais. **RECIIS**, [S. l.], v. 12, n. 2, 2018. Disponível em: <https://www.reciis.iciet.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/1548>. Acesso em: 27.10.25.

³⁶⁸ AITH, F., SANTANA, J. P. de; DALLARI, A. B. A proteção do direito à saúde na era digital: saúde digital, inteligência artificial e direito. **Revista De Direito Sanitário**, v. 25, n.1, 2025, p.3. Disponível em: <https://revistas.usp.br/rdisan/article/view/240814/217667>. Acesso em 24.10.25.

³⁶⁹ *Ibid*, p. 2.

à justiça ou uma fragilização das garantias processuais dos usuários do sistema de saúde, devendo, ao contrário, constituir-se como instrumento de ampliação democrática do acesso aos direitos.

Deve-se adotar estratégias de transição para o mundo digital, “sendo fundamental desenvolver suas capacidades para a compreensão desse fenômeno transformador e para a identificação de prioridades e de ações concretas necessárias a uma transformação digital inclusiva e em benefício das pessoas e da sociedade”.³⁷⁰

Desta forma, a utilização de tecnologias disruptivas na saúde e na mediação que se pretende adotar como mecanismo mais adequado, deve adotar políticas judiciais e sociais de verdadeira e fraterna inclusão digital e diálogo cooperativo, em uma possível ressignificação do “ativismo judicial”, temática esta que será melhor abordada e pormenorizada no capítulo a seguir. Neste ponto, vale refletir:

A dura realidade brasileira, contudo, por vezes obriga muitos magistrados a, para além de seus compromissos com os processos e sentenças, procurar a verdadeira pacificação social, por meio de soluções que efetivamente resolvam os conflitos existentes, e não apenas dêem a aparência da solução formal por sentença. Trata-se, talvez, de um novo tipo de “ativismo judicial”, em que, ao invés de se intrometer indevidamente em esferas de competência alheia, o juiz apenas se mostra acessível e aberto ao diálogo e à cooperação com outros órgãos e entes públicos, para que todos deixem de fazer parte do problema, e passem a fazer parte da solução das demandas de saúde.³⁷¹

³⁷⁰ AITH, F., SANTANA, J. P. de; DALLARI, A. B. A proteção do direito à saúde na era digital: saúde digital, inteligência artificial e direito. **Revista De Direito Sanitário**, v. 25, n.1, 2025, p.3. Disponível em: <https://revistas.usp.br/rdisan/article/view/240814/217667>. Acesso em: 24.10.25.

³⁷¹ ALMEIDA, Paulo Marcos Rodrigues de. A (DES)judicialização da saúde na pandemia da COVID-19: A solução de demandas de saúde pela conciliação. *In*: O Poder Judiciário na Pandemia. **REVISTA AJUFESP** – Ed. nº 01, 2021, p. 124 Disponível em: https://ajufesp.org.br/site2023/wp-content/uploads/2025/02/REVISTA-AJUFESP-1a_EDICAO.pdf. Acesso em: 21.01.25.

3. UM NOVO OLHAR PARA A DESJUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE: MEDIAÇÃO FRATERNAL E FEDERALISMO COOPERATIVO DIGITAL

3.1 Do Princípio Jurídico da Fraternidade: Constitucionalismo Fraternal

Conforme visto no capítulo 1, as origens históricas da fraternidade, elucidado por Jaborandy³⁷², reportam-se à doutrina cristã, conforme passagem bíblica da carta de São Paulo aos Gálatas.³⁷³

Do latim *frater*, a palavra fraternidade significa irmão, enquanto sua variação *fraternitatis*, pode ser compreendida como: “a. Convivência afetiva e harmoniosa entre as pessoas; b. Relação de parentesco entre irmãos, ou irmandade; c. Amor ao próximo; d. Associação ou comunidade com objetivos específicos, seja de caráter religioso, social, cultural ou político; e. Paz, concórdia, harmonia e união”³⁷⁴.

Para o jurista italiano Eligio Resta³⁷⁵, a fraternidade é tida como sinônimo de irmandade, convivência e cooperação, refletida na existência do bem comum e na transformação da humanidade a partir dela mesma.

Na mesma linha, Baggio³⁷⁶ identifica que a fraternidade é capaz de dar fundamento à ideia de uma comunidade universal, de uma unidade de diferentes, na qual os povos vivam em paz entre si, sem o jugo de um tirano, mas no respeito das próprias identidades.

³⁷² “No Cristianismo, repousa o caráter polissêmico da fraternidade, remetendo-a inicialmente a laços de consanguinidade, dado que o “frater” comporta o significado de “irmão” e, conseqüentemente, edifica a construção do parentesco entre irmãos, que se amplia para a ideia de fraternidade universal, evidenciando laços humanos e sociais. O “irmão” é o próximo com o qual se têm deveres em comunidade. A tradição cristã difunde o amor fraterno como base de todas as relações humanas. Vê se, portanto, que o Cristianismo inaugura a ética da fraternidade, ao apresentar a responsabilidade para com o “outro”. JABORANDY, Clara Cardoso Machado. **A fraternidade no direito constitucional brasileiro**: um instrumento para proteção de direitos fundamentais transindividuais. 2016. Tese (Doutorado) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2016. p. 55-56. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/handle/ri/20048>. Acesso em: 11.12.25.

³⁷³ A passagem bíblica da carta de São Paulo aos Gálatas (Gl 3,28) destaca o universalismo da fraternidade cristã ao afirmar: “Já não há judeu nem grego, nem escravo nem livre, nem homem nem mulher, pois todos vós sois um em Cristo Jesus”.

³⁷⁴ FRADE, Amarah Farage. **Constituição e fraternidade**: cultura, doutrina e jurisprudência de um novo paradigma constitucional. 2013. Dissertação (Mestrado em Direito). Universidade do Porto, Portugal, 2013, p. 19. Disponível em: <https://www.stf.jus.br/bibliotecadigital/ObrasSelecionadas/1027170/pdf/1027170.pdf>. Acesso em: 20.05.25.

³⁷⁵ RESTA, Eligio. **O Direito fraterno**. Tradução de Sandra Regina Martini Vial. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2004, p. 19.

³⁷⁶ BAGGIO, Antonio Maria. **O Princípio esquecido**. v. 1. São Paulo: Cidade Nova, 2008, p. 128.

Vale ressaltar, no entanto, que o resgate histórico da fraternidade, segundo Fonseca³⁷⁷, “revela sua universalidade, que transcende a origem cristã. A ideia de uma ligação universal entre seres igualmente dignos, geradora de um sistema de solidariedade social, já possuía notável função na dinâmica pública do medievo e da Era Moderna”.

Barzotto³⁷⁸ reforça que a fraternidade é a forma essencial de os seres humanos viverem de maneira realmente humana, não existindo substituto que a equivalha; ao negar para o outro o reconhecimento como parte da família humana se nega também a própria condição de pertencer à humanidade. A fraternidade reflete, de maneira ética, a verdade fundamental de que a existência plenamente humana só é possível na vida em conjunto e benefício dos outros.

Até por isso, Resta³⁷⁹ relaciona o ponto mais alto da fraternidade à igualdade entre irmãos, tanto na diferença entre os singulares quanto no direito a não ser, por ela, discriminado, instigando a um vínculo mais forte entre a amizade política e a ideia de justiça fundada no altruísmo.

Vale, ainda, destacar o que nos ensina Lubich³⁸⁰:

A fraternidade é um empenho que: favorece o desenvolvimento autenticamente humano do país sem isolar na incerteza do futuro as categorias mais fracas, sem excluir outras do bem-estar, sem criar novas pobreza; salvaguarda os direitos de cidadania e o acesso à própria cidadania, abrindo uma esperança a todos que buscam a possibilidade de uma vida digna em nosso país, o qual pode mostrar a própria grandeza oferecendo-se como pátria para quem perdeu, ajuda a pesquisa científica e a invenção de novas tecnologias, salvaguardando, ao mesmo tempo, a dignidade da pessoa humana do primeiro ao último instante de sua vida, fornecendo sempre as condições para que cada pessoa possa exercer a própria liberdade de escolha e possa crescer assumindo responsabilidade.

Importante mencionar que Goría³⁸¹ entende o direito como ferramenta inerente a qualquer grupo social, e que em uma sociedade fraterna este seria utilizado como um direcionamento para o melhor futuro de todos os envolvidos, não necessariamente uma questão coercitiva:

³⁷⁷ FONSECA, Reynaldo Soares da. A Importância da desjudicialização para o sistema de justiça. *In: Fraternidade frente as novas tecnologias: desafios éticos, sociojurídicos e ambientais*, Caruaru: Editora ASCES, 2025, p. 217.

³⁷⁸ BARZOTTO, Luis Fernando. Fraternidade: uma aproximação conceitual. *In: MACHADO, Carlos Augusto Alcântara; et al. (orgs.). Direito e fraternidade: em busca de concretização*. Aracaju: EDUNIT, 2018, p. 79-89.

³⁷⁹ RESTA, Eligio. *O Direito fraterno*. Tradução de Sandra Regina Martini Vial. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2004, p. 26-37.

³⁸⁰ LUBICH, Chiara. *Ideal e luz: Pensamento, Espiritualidade e Mundo Unido*. São Paulo: Cidade Nova, 2013, p. 309-310.

³⁸¹ GORÍA, Fausto. Riflessioni su fraternità e diritto. *In: CASO, Giovanni, et al. Relazionalità nel Diritto: quale spazio per la fraternità? Atti del Convegno Castelgandolfo. A fraternidade como categoria jurídica*. *Revista Univem*, 2015, p. 31-32. Disponível em: <https://revista.univem.edu.br/emtempo/article/view/1290/465>. Acesso em 31.03.26.

*(...) l'orientamento a rispondere in un modo o nell'altro dipende da come viene concepito il diritto: ad esempio, i sostenitori di teorie istituzionali (quali Maurice Hauriou e Santi Romano), che ritengono il diritto insito in ogni grupo sociale organizzato, non avrebbero difficoltà ad ammetterne l'esistenza anche in una società completamente fraterna. In effetti, la sussistenza di regole può essere indirizzata proprio a salvaguardare il carattere pienamente fraterno della convivenza e ad educare ad essa i nuovi aderenti, come mostrano ad esempio le regole monastiche; da questo punto di vista, la fraternità potrebbe presentarsi come esperienza vissuta di rapporti positivi ed arricchenti, che tende a tradursi in diritto proprio per assumere carattere stabile ed istituzionale.*³⁸²

A fraternidade, em conjunto com a liberdade e a igualdade, foi proclamada durante a Revolução Francesa em 1789 com a tríade *liberté, égalité, fraternité*, difundida com o objetivo de promover um novo Direito, inspirado pelos ideais iluministas que marcaram também a Independência Americana em 1776. Conforme Poiares³⁸³:

A trilogia Liberdade, Igualdade, Fraternidade, concebida em pleno século das Luzes, sob inspiração do ideal do liberalismo, que iluminou a Revolução Francesa (1789), assinalou, a um tempo, um objecto de combate político e um projecto de mudança nas estruturas sociais vigentes durante o Estado absoluto, que imperou no Ancien Régime. Tratou-se, com efeito, de um objecto/projecto, situado, naturalmente, no plano das ideias, materializando-se na ambição revolucionária que se consubstanciou na tomada do Poder. Nessa época, o mundo assistiu a duas alterações de significado profundo na geometria dos poderes: em 1776, nos Estados Unidos da América, e em 1789, em França. Foram dois momentos ímpares na trajectória da Humanidade, marcando a História Universal pela vontade de mudar, o que passou por inscrever, por entre os códigos e as leis obsoletas, princípios que começaram então a ser básicos e que, na atualidade, apesar de tudo - de cartas, declarações e pactos internacionais, de constituições e leis fundamentais - continuam a ser exíguos para a libertação do Homem e para o reconhecimento e garantia dos direitos inalienáveis e impostergáveis que são os seus.

Embora o revolucionário lema tenha sido objeto de inúmeros estudos, a liberdade e a igualdade lograram maior reconhecimento jurídico quando comparadas à fraternidade – tido como “princípio esquecido³⁸⁴”.

Tal distanciamento, entretanto, não a tornou menos importante; ao contrário, a evolução da sociedade demonstrou que seu desenvolvimento só ocorreria de forma harmônica e sustentável se embasada na fraternidade, tornando-a imprescindível à manutenção de uma vida

³⁸² Tradução: “(...) a orientação para responder de um modo ou de outro depende de como o direito é concebido: por exemplo, os defensores de teorias institucionais (como Maurice Hauriou e Santi Romano), que consideram o direito inerente a qualquer grupo social organizado, não teriam dificuldade em admitir a sua existência mesmo em uma sociedade completamente fraterna. De fato, a existência de regras pode ser direcionada justamente para salvaguardar o caráter plenamente fraterno da convivência e para educar os novos membros para ela, como mostram, por exemplo, as regras monásticas; desse ponto de vista, a fraternidade poderia apresentar-se como uma experiência vivida de relações positivas e enriquecedoras, que tende a se traduzir em direito justamente para assumir um caráter estável e institucional.”

³⁸³ POIARES, Carlos Alberto. Liberdade, Igualdade e Fraternidade: Ontem e Hoje. **Revista Lusófona de Ciência Política e Relações Internacionais**, 2005. Disponível em: <https://research.ulusofona.pt/pt/publications/liberdade-igualdade-e-fraternidade-ontem-e-hoje-8>. Acesso em: 20.12.24.

³⁸⁴ BAGGIO, Antonio Maria. **O Princípio esquecido**. v. 1. São Paulo: Cidade Nova, 2008, p. 36.

digna, trazendo amplo significado à prática das relações jurídicas³⁸⁵, apresentando-a como preciosa ferramenta no enfrentamento dos desafios sociais da era pós-moderna, com o fito de garantir que a dignidade humana seja efetivamente tida como princípio universal a ser assegurado com eficiência a toda humanidade³⁸⁶.

Pode-se notar que:

O que é novo na trilogia de 1789 é a fraternidade adquirir uma dimensão política, pela sua aproximação e sua interação com os outros dois princípios que caracterizam as democracias atuais: a liberdade e a igualdade. Porque, de fato, até antes de 1789 falava-se de fraternidade sem a liberdade e a igualdade civis, políticas e sociais; ou fala-se de fraternidade em lugar delas. A trilogia revolucionária arranca a fraternidade do âmbito das interpretações – ainda que bem matizadas – da tradição e insere-a num contexto totalmente novo.³⁸⁷

Porém, saindo do campo das ideias, de maior abstração filosófica, foi com o constitucionalismo do pós-guerra, através da Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948, conforme explica Fonseca³⁸⁸, que a fraternidade foi expressamente reconhecida, impulsionando a concepção dos chamados direitos de terceira geração ou dimensão, que têm na fraternidade seu eixo central.

Neste sentido, a Declaração Universal dos Direitos Humanos prevê, em seu artigo 1º, o ideal de que as pessoas têm o dever de agir com espírito de fraternidade entre si, trazendo o aspecto fraternal como norteador para as relações sociais:

Art. 1. Todas as pessoas nascem livres e iguais em dignidade e direitos. São dotadas de razão e consciência e devem agir em relação umas às outras com espírito de fraternidade³⁸⁹.

No escopo do reconhecimento dos direitos humanos, a fraternidade se encontra estreitamente ligada à terceira geração dos direitos fundamentais, denominados direitos coletivos, transindividuais e também conhecidos como de fraternidade. Essa vinculação ocorre ao se considerar que numa sociedade fraterna as pessoas nela inseridas agem com reciprocidade

³⁸⁵ DUTRA, Gabrielle Scola; GIMENEZ, Charlise Paula Colet; MARTINI, Sandra Regina. Fraternidade e saúde pública no Brasil: os discursos dos ministros de saúde. **Revista da Faculdade de Direito do Sul de Minas**. V. 38, n. 2, jul./dez. 2022, p. 161. Disponível em: <https://revista.fdsu.edu.br/index.php/revistafdsu/article/view/368/493>. Acesso em: 09.02.25.

³⁸⁶ OLIVEIRA, Olga Maria Bosch Aguiar de. O movimento da inconfidência mineira de 1789: a busca pela liberdade sem fraternidade. In: **Direito e fraternidade**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2013, p. 33.

³⁸⁷ BAGGIO, Antonio Maria. **O Princípio esquecido**. v. 1. São Paulo: Cidade Nova, 2008, p. 8-9.

³⁸⁸ FONSECA, Reynaldo Soares da. A Importância da desjudicialização para o sistema de justiça. In: **Fraternidade frente as novas tecnologias: desafios éticos, sociojurídicos e ambientais**, Caruaru: Editora ASCES, 2025, p. 217.

³⁸⁹ ONU. **Declaração universal dos direitos humanos**. Disponível em: <https://www.oas.org/dil/port/1948%20Declara%C3%A7%C3%A3o%20Universal%20dos%20Direitos%20Humanos.pdf>. Acesso em 14.04.25.

uns com os outros, com a respectiva garantia e proteção de direitos. Isso porque, o estado fraternal surge para transcender o estado social, sem ab-rogar suas conquistas, de forma que a dimensão das ações estatais afirmativas tem como finalidade atingir o âmago da interação humana, a fim de torná-la uma verdadeira comunidade universal com fulcro na fraternidade³⁹⁰.

Em consonância, a Constituição Federal de 1988 inova em garantir uma ampla gama de direitos sociais e carrega em seu bojo a missão de redemocratização do País, além de, substancialmente, resgatar o princípio da fraternidade e elevá-la ao status constitucional:

Conferir o mínimo existencial é tarefa inerente ao conjunto da sociedade que quer ser fraterna (como afirma o preâmbulo da Constituição do Brasil) e que lança como objetivo dela mesma – dever constitucional, portanto, – a solidariedade (art. 3º, I, do mesmo Diploma Fundamental). Se as pessoas humanas são dotadas de certa dignidade irreduzível (...), carregam consigo, quase como inscritas em seu código genético, essa condição de igualdade, de fraternidade e de solidariedade³⁹¹.

Neste sentido, ensina Alcântara Machado³⁹² que:

a Constituição de 1988, ao assegurar o exercício dos direitos sociais e individuais, a liberdade, a segurança, o bem-estar, o desenvolvimento, a igualdade e a justiça, todos como valores supremos de uma sociedade fraterna, apresenta-se como um novo marco civilizatório, desta feita, a partir da garantia da fraternidade. Fraternidade, inclusive, como já registrado em acórdãos do Supremo Tribunal Federal, que se apresenta como chave, por meio da qual as portas podem ser abertas para a solução dos problemas vividos pela humanidade em tema de liberdade e igualdade.

Pode-se perceber que na Constituição Cidadã, desde o seu conteúdo preambular, sobressai a inspiração da tríade revolucionária francesa, ao referenciar a igualdade e a liberdade como valores de uma sociedade fraterna, reconhecendo que ao conviverem em sociedade e com obrigações recíprocas, as pessoas estarão em um ambiente fraterno, em termos simples, em comunidade³⁹³.

Embora a expressão “sociedade fraterna” - entendida por Sayeg³⁹⁴ como uma sociedade que supera o antropocentrismo e descola o homem do centro do universo para o meio difuso de todas as coisas, estabelecendo, entre todos e tudo uma conexão universal - tenha surgido em

³⁹⁰ BAGGIO, Antonio Maria. **O Princípio esquecido**. v. 1. São Paulo: Cidade Nova, 2008, p. 128-130

³⁹¹ MIRANDA, Jorge; SILVA, Marco Antônio Marques da. A dignidade da pessoa humana e o mínimo existencial. *In*: MIRANDA, Jorge; SILVA, Marco Antônio Marques da (Coord.). **Tratado Luso-Brasileiro da Dignidade Humana**. 2. ed, São Paulo: Quartier Latin, 2009, p. 230.

³⁹² MACHADO, Carlos Augusto Alcântara. **A garantia constitucional da fraternidade: constitucionalismo fraternal**. 2014. Tese (Doutorado em Direito) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2014, p. 235.

³⁹³ MACHADO, Carlos Augusto Alcântara. **A fraternidade como categoria jurídica: fundamentos e alcance (expressão do constitucionalismo fraternal)**. Curitiba: Appris, 2017, p. 31-34.

³⁹⁴ SAYEG, Ricardo Hasson. O capitalismo humanista no Brasil. *In*: MIRANDA, J. & SILVA, M. A. M. **Tratado luso-brasileiro da dignidade humana**. 2. ed. São Paulo: Quartier Latin, 2009, p. 12.

uma Constituição nacional apenas em 1988, como visto, o termo já ganhava espaço e destaque internacionalmente muito antes disso.

A CF/88, ao trazer como fundamento da república a dignidade da pessoa humana, em seu art. 1º, e ao expressar o seu objetivo fundamental na construção de uma sociedade livre, justa e solidária, conforme disposto no seu artigo 3º, estando intrinsecamente ligado à promoção do bem comum, à erradicação da pobreza e da marginalização, e à redução das desigualdades sociais e regionais, referencia também, ainda que implicitamente, o reconhecimento da fraternidade.³⁹⁵

Logo, compreende-se sem esforço que o objetivo de se tornar uma sociedade mais livre, justa e solidária se equivale ao ideal de construir uma sociedade fraterna de respeito e atuação mútua e solidária³⁹⁶, razão pela qual entende-se ser a fraternidade um princípio fundamental que permeia o texto constitucional expressa e implicitamente, devendo ser considerado inclusive como fator interpretativo na compreensão dos demais enunciados, fomentando no indivíduo o reconhecimento da dignidade humana e promovendo o princípio da responsabilidade no âmbito estatal, individual e coletivo.

Reforça, Jaborandy³⁹⁷, que “como solidariedade é corolário da fraternidade, ao assegurar a máxima efetividade à solidariedade, garante-se também à fraternidade”. Entretanto, esclarece que a fraternidade tem um conteúdo mais amplo:

Fraternidade vai além da solidariedade ao exigir do indivíduo o reconhecimento do outro numa perspectiva horizontal e igualitária. A solidariedade, por sua vez, está imersa na fraternidade em sentido estrito, numa perspectiva vertical em que há clara situação de hipossuficiência ou vulnerabilidade na relação jurídica.(...) Percebe-se que tanto na solidariedade quanto na fraternidade os contornos de juridicidade formam-se dando responsabilidade ao indivíduo ou ao Estado nas relações jurídicas, haja vista fraternidade e solidariedade representarem o convívio humano responsável. (...) Em síntese, o princípio da solidariedade é corolário da fraternidade, consubstanciando-se, no entanto, como princípio diverso com âmbito de proteção específica. O princípio da solidariedade abrange o dever de assistência recíproca entre as pessoas e nas relações privadas, marcado pelo reconhecimento e responsabilidade em relação àqueles que se encontram em condição de maior vulnerabilidade ou hipossuficiência (solidariedade horizontal). Em relação ao Estado, o princípio impõe a intervenção para redução das desigualdades através de políticas públicas baseadas na concepção de justiça distributiva e em ações afirmativas, além da tributação como forma de viabilizar a concretização de direitos sociais (solidariedade vertical). (...) Sem dúvida, a fraternidade engloba as duas dimensões da solidariedade e vai além. Fraternidade é,

³⁹⁵ GONÇALVES, Cristian David; SIMÕES, Jamili; SANTOS, Rodrigo Souza. O Princípio da fraternidade e o uso de tecnologias na construção de cidades justas. **Revista de Direito Urbanístico, Cidade e Alteridade**, v.10, n.2, 2025, p. 66

³⁹⁶ MAIA, Marieta Izabel Martins. **Direito Fraterno: em busca de um novo paradigma jurídico**, 2011. Dissertação (Mestrado em Direito) – Universidade do Porto, Portugal, 2011. Disponível em: <https://hdl.handle.net/10216/66966>. Acesso em: 15.12.24.

³⁹⁷ JABORANDY, Clara Cardoso Machado. **A fraternidade no direito constitucional brasileiro: um instrumento para proteção de direitos fundamentais transindividuais**. 2016. Tese (Doutorado) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2016, p. 109-114. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/handle/ri/20048>. Acesso em: 11.12.25.

portanto, princípio jurídico fundamental que tem, essencialmente, três funções: função de equilíbrio entre liberdade e igualdade, função de reconhecimento e função interpretativa. Enquanto equilíbrio, fraternidade representa o contraponto aos direitos de liberdade e de igualdade, ao evidenciar o lado dos deveres fundamentais, exigindo do indivíduo e do Estado a observância desses deveres, na perspectiva da responsabilidade, a fim de se alcançar o progresso social e incentivar a participação democrática na vida coletiva. A função de reconhecimento explicita a alteridade e a intersubjetividade no direito, impondo-se do sujeito de direito um olhar para o outro, o respeito às diversidades numa sociedade multicultural (processo de inclusão), o espírito de tolerância, de compreensão mútua e de solidariedade. Por fim, a função interpretativa deve ser verificada na prática, no momento da definição de sentido de direitos e deveres fundamentais na contemporaneidade. Além disso, a fraternidade vincula as funções estatais, servindo de parâmetro para colisão de direitos fundamentais, para elaboração das leis e para criação de políticas públicas.

Neste sentido, Baggio³⁹⁸ nos alerta que:

A fraternidade teve certa aplicação política, embora parcial, com a ideia da solidariedade. Tivemos um progressivo reconhecimento dos direitos sociais em alguns regimes políticos, dando origem a políticas do bem-estar social, ou seja, a políticas que tentaram realizar uma dimensão social de cidadania. De fato, a solidariedade dá uma aplicação parcial aos conteúdos da fraternidade. Mas esta, creio eu, tem um significado específico que não pode ser reduzido a todos os outros significados, ainda que bons e positivos, pelos quais se procura dar-lhe uma aplicação. Por exemplo, a solidariedade – tal como historicamente tem sido muitas vezes realizada – permite que se faça o bem aos outros embora mantendo uma posição de força, uma relação vertical que vai do forte ao fraco.

Como defende Fonseca, a fraternidade contida no preâmbulo de nossa Constituição Cidadã é princípio constitucional, e como tal, não pode ser ignorado ou esquecido, sendo o seu resgate, também, tarefa para os operadores do direito, não lhes sendo permitido esquecer que, em se tratando de fraternidade, no sentido jurídico, esta deve estar alinhada aos mecanismos jurídicos de que dispõe o Estado para regular a vida em sociedade.³⁹⁹

É nesse cenário que se defende uma nova releitura, com uma ressignificação do direito constitucional, em que se concebe um constitucionalismo fraternal, o que Ayres Britto⁴⁰⁰ pondera ser a terceira e última fase do Constitucionalismo:

Efetivamente, se considerarmos a evolução histórica do constitucionalismo, podemos facilmente ajuizar que ele foi liberal, inicialmente, e depois social. Chegando nos dias presentes, à etapa fraternal da sua existência. Desde que entendamos por Constitucionalismo Fraternal esta fase em que as Constituições incorporam às franquias liberais e sociais de cada povo soberano a dimensão da fraternidade; isto é, a dimensão das ações estatais afirmativas que são atividades assecuratórias da abertura de oportunidades para os segmentos sociais historicamente desfavorecidos, como, por exemplo, os negros, os deficientes físicos e as mulheres (para além, portanto, da mera

³⁹⁸ BAGGIO, Antônio Maria. A redescoberta da fraternidade na época do “terceiro 1789”. In: BAGGIO, Antônio Maria (org.). **O princípio esquecido: A fraternidade na reflexão atual das ciências políticas**. Vargem Grande Paulista, SP; Editora Cidade Nova, 2008, p. 23.

³⁹⁹ FONSECA, Reynaldo Soares da. **O Princípio constitucional da fraternidade**. Seu resgate no sistema de justiça. Belo horizonte: Editora D’Plácido, 2019, p. 79.

⁴⁰⁰BRITTO, Carlos Ayres. **Teoria da Constituição**. Rio de Janeiro: Forense, 2006, p. 216-217.

proibição de preconceitos). De par com isso, o constitucionalismo fraternal alcança a dimensão da luta pela afirmação do valor do Desenvolvimento, do Meio Ambiente ecologicamente equilibrado, da Democracia e até de certos aspectos de urbanismo como direitos fundamentais. Tudo na perspectiva de se fazer uma comunhão de vida, pela consciência de que, estando todos em um mesmo barco, não tem como escapar da mesma sorte ou destino histórico.

Para Ayres Britto⁴⁰¹, “a fraternidade é o ponto de unidade a que se chega pela conciliação possível entre os extremos da liberdade, de um lado, e, de outro, da igualdade”.

Percebe-se, assim, um novo movimento e evolução do constitucionalismo, partindo-se ainda de inspirações iluministas da tríade revolucionária francesa⁴⁰², a conceber a necessidade de uma releitura da própria Constituição Federal vigente, com possíveis novos significados.⁴⁰³

Sem desconsiderar as críticas e correntes doutrinárias existentes, é possível identificar, num primeiro momento, uma ruptura do então paradigma de mera limitação estatal, com abertura de novas perspectivas de concepção, com vias a buscar a efetivação e realização dos direitos fundamentais, imprimindo maior eficácia à Constituição Federal⁴⁰⁴, no que se denominou “neoconstitucionalismo” ou novo constitucionalismo – a era da busca pela efetividade, como visto no capítulo anterior.

Entretanto, diante das crescentes demandas sociais, na visão de Dromi⁴⁰⁵, o constitucionalismo do por vir ou do futuro, seria uma projeção ao neoconstitucionalismo, definindo que o constitucionalismo do futuro precisaria aquiescer e solidificar os direitos fundamentais de terceira geração, incorporando em sua estrutura os ideais de fraternidade, que ele denomina de solidariedade. Para o autor, as Constituições do futuro teriam sete valores fundamentais supremos: verdade, solidariedade, consenso, continuidade, participação da sociedade na política, integração, universalização dos direitos fundamentais para todos os povos do mundo.

Neste sentido, defende Jaborandy⁴⁰⁶:

A essa nova ideologia pode-se incorporar a ideia de constitucionalismo fraternal. Eis que, se analisada a evolução histórica do constitucionalismo, se vislumbra uma

⁴⁰¹ Kilda, Carlos Ayres. **Teoria da Constituição**. Rio de Janeiro: Forense, 2006, p. 218.

⁴⁰² BARROSO, Luis Roberto. **Curso de direito constitucional contemporâneo**. 7ª ed. São Paulo: Saraiva, 2021, p. 16.

⁴⁰³ BARACHO, José Alfredo de Oliveira. **Teoria geral do constitucionalismo**. Disponível em: <https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/181702/000424691.pdf?sequence=3&isAllowed=y>. Acesso em: 15.11.24.

⁴⁰⁴ GONÇALVES, Cristian David; FONSECA, Reynaldo Soares da. Direito Fundamental Fraternal à Saúde. In: NEVES, Luciana Sabbatine, *et al.* **Estudos sobre as Aplicações Jurídicas da Fraternidade**. Porto Alegre: Editora Fundação Fenix, 2024, p. 219.

⁴⁰⁵ DROMI, José Roberto. La reforma constitucional: el constitucionalismo del “por venir”. In: **El derecho público de finales de siglo: una perspectiva iberoamericana**. Madrid: Fundación BBV, 1997, p. 107-116.

⁴⁰⁶ JABORANDY, Clara Cardoso Machado. A implementação das políticas públicas à luz do constitucionalismo fraternal. In: **Fraternidade como categoria jurídica**. São Paulo: Editora Cidade Nova, 2013, p. 82-83.

relação lógica entre constitucionalismo clássico – liberdade –, constitucionalismo social – igualdade – e, finalmente, constitucionalismo contemporâneo – fraternidade. (...) No Constitucionalismo fraternal, o ser humano ocupa o centro do sistema jurídico, e as atividades dos Poderes estatais devem ter em vista a garantia de sua dignidade.

Daí a importância de se compreender a ressignificação do constitucionalismo com olhar presente e de futuro, em uma necessária releitura constitucional, ainda no contexto dos influxos da Revolução Francesa, mas agora à luz do princípio jurídico constitucional da fraternidade.⁴⁰⁷

A fraternidade não se resume ao ideal moralista com fulcro exclusivamente na espontaneidade ou voluntariedade entre os cidadãos. A regulação da sociedade pode, e deve, ser devidamente positivada, com as respectivas ferramentas de imposição previstas em lei, a fim de garantir efeito jurídico prático com o condão de transformar significativamente as relações sociais, constituindo um ponto fundamental a fim de orientar um novo paradigma.⁴⁰⁸ É, de certa forma, a utilização do direito na reestruturação social, constituindo-se em um elemento qualificativo para a sua própria legitimidade, uma vez que impulsiona o processo de transformação da realidade, segundo Streck⁴⁰⁹.

Trata-se, portanto, de arraigada transformação social que envolve a concepção jurídica, com necessidade de regulação das relações, além de prever a compreensão ética e solidária de cada indivíduo, a fim de que não se exteriorize apenas como uma obrigação, mas também como uma espontânea atenção incondicional ao outro, sob o pressuposto de que a própria liberdade não se realiza sem a liberdade do próximo.⁴¹⁰

Neste sentido:

No bojo do universo jurídico, a fraternidade também é parâmetro normativo de correção da conduta de sujeitos de direito, ou seja, consiste em categoria jurídica relacional com aptidão para regular a vida gregária e estabilizar as expectativas sociais no tocante às condutas humanas. Ante essa razão, o ideal fraternal assume centralidade nas operações de fundamentação, legitimação, identificação, qualificação e positivação de direitos fundamentais.⁴¹¹

Cunha⁴¹² nos adverte que “O Direito Humanista Fraternal apresenta-se como um novo paradigma para a juridicidade, em que sempre se possa tornar efetiva, útil e justa a

⁴⁰⁷ FONSECA, Reynaldo Soares da. **O Princípio constitucional da fraternidade**. Seu resgate no sistema de justiça. Belo horizonte: Editora D’Plácido, 2019, p 79.

⁴⁰⁸ BARRENECHE, Osvaldo. **Estudios recientes sobre fraternidad: De la enunciación como principio a la consolidación como perspectiva**. Buenos Aires: Ciudad Nueva, 2010, p. 20

⁴⁰⁹ STRECK, Lênio Luiz. A Constituição (ainda) dirigente e o direito fundamental a respostas corretas. **Revista do Instituto de Hermenêutica Jurídica**, 2008, p. 279.

⁴¹⁰ *Ibid.*, p. 122.

⁴¹¹ FRÓZ SOBRINHO, José de Ribamar; *et. al.* **Direitos humanos e fraternidade: estudos em homenagem ao ministro Reynaldo Soares da Fonseca**. Instituto Brasileiro de Direito e Fraternidade, v.1, 2021, p. 34.

⁴¹² CUNHA, Paulo Ferreira. **International Studies on Law and Education** 39 set-dez 2021. Feusp Número especial: Estudos em homenagem a Paulo Ferreira da Cunha, p.2 Disponível em: www.hottopos.com/isle39/21aPFC.pdf. Acesso em: 01.04.26.

administração da Justiça: não só em nome do Povo como no seu pleno interesse e com a sua ativa e ponderada participação, na medida das possibilidades, do tipo de questões em presença, e da capacidade de aportação dos possíveis intervenientes.”

Com efeito e para os fins propostos nesta tese, defende-se, na linha de Jaborandy⁴¹³, que a fraternidade constitui princípio jurídico fundamental dotado de três funções essenciais: de equilíbrio, de reconhecimento e interpretativa. Na primeira, atua como contraponto às liberdades e à igualdade, ressaltando os deveres fundamentais do indivíduo e do Estado em prol do progresso social e da participação democrática. Na segunda, evidencia a alteridade e a intersubjetividade jurídica, promovendo o respeito à diversidade, a tolerância e a solidariedade em sociedades multiculturais. Na terceira, orienta a interpretação dos direitos e deveres fundamentais na contemporaneidade, vinculando as funções estatais e servindo de parâmetro para a resolução de colisões entre direitos, a elaboração legislativa e a formulação de políticas públicas

Desta forma, é parâmetro normativo regulador de conduta e, como tal juridicamente impõe o resgate dos deveres fundamentais dos indivíduos, já que a construção de uma sociedade fraterna depende não só do Estado, prestador e garantidor, mas também dos cidadãos engajados e conscientes dos seus deveres.

Esclarece a autora:

(...) o princípio da fraternidade impõe um mínimo de responsabilidade social, que resulta na exigência de deveres jurídicos fundamentais tanto para o exercício da liberdade individual como para proteção a direitos fundamentais. Como corolário da fraternidade, há também a necessidade de observância do princípio da solidariedade, que traz deveres para Estado e indivíduos em relação aos que se encontram numa posição de vulnerabilidade. Os ordenamentos jurídicos precisam reconhecer e resgatar deveres fundamentais, como imperativo posto ao sujeito de direito a fim perceber a necessidade de considerar, na situação concreta, o interesse e a realidade daquele com quem interage. Enquanto direitos fundamentais fincam raízes na dignidade da pessoa humana, os deveres encontram assento na fraternidade. Nesse sentido, a partir do princípio da fraternidade, o reconhecimento do outro e o resgate dos deveres para a efetiva fruição e exigência dos próprios direitos são necessidades que se impõem no Estado Democrático contemporâneo.⁴¹⁴

Uma sociedade fraterna demanda uma necessária aproximação da liberdade e da igualdade, numa convivência inexorável com a fraternidade, perfazendo-se em princípio regulador de ambas, posto que a ausência da fraternidade no cenário político impede que a

⁴¹³ JABORANDY, Clara Cardoso Machado. **A fraternidade no direito constitucional brasileiro: um instrumento para proteção de direitos fundamentais transindividuais**. 2016. Tese (Doutorado) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2016. p. 109-114. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/handle/ri/20048>. Acesso em: 11.12.25.

⁴¹⁴*Ibid.*, p. 138

liberdade e a igualdade se manifestem concomitantemente de forma harmônica, em geral antagônicas⁴¹⁵. Nesse sentido:

A Fraternidade é o ponto de unidade a que se chega pela conciliação possível entre os extremos da Liberdade, de um lado, e, de outro, da Igualdade. A comprovação de que, também nos domínios do Direito e da Política, a virtude está sempre no meio (*medius in virtus*). Com a plena compreensão, todavia, de que não se chega à unidade sem antes passar pelas dualidades. Este, o fascínio, o mistério, o milagre da vida⁴¹⁶.

Ademais, a fraternidade apresenta-se também como importante instrumento de transformação social da sociedade, impulsionando os cidadãos, impelidos por força normativa, mas, também, por distinto senso ético, a exercerem sua liberdade pessoal ao passo que reconhecem o outro como igual, respeitando seu equânime direito de liberdade e exercendo seus deveres fundamentais, numa horizontalidade de solidariedade mútua, que alcança todos os âmbitos da sociedade, o que se aplica, por exemplo, à relação entre os entes federativos, para além da cooperação, bem como convocando a todos para essa comunhão em prol da saúde de todos:

(...) a fraternidade é, por um lado, o terreno mais adequado para fazer germinar a própria consciência jurídica, a própria noção dos direitos e deveres recíprocos e a sua efetiva tutela, e, por outro lado, é o horizonte último que, para além do Direito, permite alcançar a plena harmonia social (...)⁴¹⁷.

Em reforço ao reconhecimento jurídico do princípio da fraternidade, como parâmetro normativo, vale destacar algumas decisões dos tribunais superiores, inclusive sobre o direito à saúde e seus reflexos.

Em pesquisa recente de jurisprudência do STF, foram encontrados 24 acórdãos e 132 decisões monocráticas⁴¹⁸.

Vale o destaque para um dos Ministros pioneiros, na defesa do Constitucionalismo Fraternal - Carlos Ayres Britto -, que em 26 de maio de 2004, na ocasião do julgamento da ADI

⁴¹⁵ BAGGIO, Antonio Maria. **O Princípio esquecido**. v. 1. São Paulo: Cidade Nova, 2008, p. 24.

⁴¹⁶ BRITTO, Carlos Ayres. **Teoria da constituição**. Rio de Janeiro: Forense, 2003, p. 218.

⁴¹⁷ PATTO, Pedro Maria Godinho Vaz. O princípio da fraternidade no Direito: instrumento de transformação social. In: PIERRE, Luiz Antonio de Araujo *et al.* (org.). **Fraternidade como categoria jurídica**. Vargem Grande Paulista, SP: Editora Cidade Nova, 2013, p. 18

⁴¹⁸ BRASIL. STJ. **Pesquisa de Jurisprudência**. Disponível em: <https://scon.stj.jus.br/SCON/pesquisar.jsp?preConsultaPP=&acao=pesquisar&novaConsulta=true&i=1&b=ACOR&livre=%22fraternidade%22&filtroPorOrgao=&filtroPorMinistro=&filtroPorNota=&data=&tp=T&processo=&classe=&uf=&relator=&dtpb=&dtpb1=&dtpb2=&dtde=&dtde1=&dtde2=&orgao=&ementa=¬a=&ref=>. Acesso em: 28.10.25.

3.128-7/DF⁴¹⁹ (cobrança da contribuição previdenciária dos servidores inativos), defendeu com maestria:

A solidariedade, enquanto objetivo fundamental da República Federativa do Brasil, em verdade, é fraternidade, aquele terceiro valor fundante, ou inspirador da Revolução Francesa, componente, portanto — esse terceiro valor —, da tríade ‘*Liberté, Igualité, Fraternité*’, a significar apenas que precisamos de uma sociedade que evite as discriminações e promova as chamadas ações afirmativas ou políticas públicas afirmativas de integração civil e moral de segmentos historicamente discriminados, como o segmento das mulheres, dos deficientes físicos, dos idosos, dos negros, e assim avante.

Já em 31/07/2009, o ministro Gilmar Mendes, quando da apreciação da medida cautelar na ADPF 186/DF⁴²⁰, referente à instituição de cotas raciais pela Universidade de Brasília, destacou a importância da fraternidade no constitucionalismo contemporâneo:

Liberdade e igualdade constituem os valores sobre os quais está fundado o Estado constitucional. A história do constitucionalismo se confunde com a história da afirmação desses dois fundamentos da ordem jurídica. Não há como negar, portanto, a simbiose existente entre liberdade e igualdade e o Estado Democrático de Direito. Isso é algo que a ninguém soa estranho — pelo menos em sociedades construídas sobre valores democráticos — e, neste momento, deixo claro que não pretendo rememorar ou reexaminar o tema sob esse prisma. Não posso deixar de levar em conta, no contexto dessa temática, as assertivas do Mestre e amigo Professor Peter Häberle, o qual muito bem constatou que, na dogmática constitucional, muito já se tratou e muito já se falou sobre liberdade e igualdade, mas pouca coisa se encontra sobre o terceiro valor fundamental da Revolução Francesa de 1789: a fraternidade. E é dessa perspectiva que parto para as análises que faço a seguir. No limiar deste século XXI, liberdade e igualdade devem ser (re)pensadas segundo o valor fundamental da fraternidade. Com isso quero dizer que a fraternidade pode constituir a chave por meio da qual podemos abrir várias portas para a solução dos principais problemas hoje vividos pela humanidade em tema de liberdade e igualdade.

E, no acórdão proferido em 2012, da referida ADPF, o plenário da Corte reconheceu que:

Pensar a igualdade segundo o valor da fraternidade significa ter em mente as diferenças e as particularidades humanas em todos os seus aspectos. A tolerância em tema de igualdade, nesse sentido, impõe a igual consideração do outro em suas peculiaridades e idiossincrasias. Numa sociedade marcada pelo pluralismo, a igualdade só pode ser igualdade com igual respeito às diferenças. Enfim, no Estado democrático, a conjugação dos valores da igualdade e da fraternidade expressa uma normatividade constitucional no sentido de reconhecimento e proteção das minorias.⁴²¹

⁴¹⁹BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **ADI 3128-7/DF**. Cobrança de contribuição previdenciária dos servidores inativos. Min. Relator: Ellen Grace, 18 de agosto de 2004. Disponível em: <https://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=AC&docID=363314>. Acesso em: 17.02.25.

⁴²⁰BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **ADPF 186/DF**. Ações afirmativas por cotas raciais. Min. Relator: Ricardo Lewandowski, 26 de abril de 2012. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=2691269>. Acesso em: 02.02.25.

⁴²¹*Ibid.*

Seguindo na mesma linha de reconhecimento da fraternidade como categoria jurídica, como fundamento das decisões do Tribunal da Cidadania, em pesquisa jurisprudencial do STJ foram encontrados 138 acórdão e 3.577 decisões, além de um Recurso Repetitivo. Vale o destaque para o Ministro Reynaldo Soares da Fonseca, com 98 acórdãos⁴²², que na decisão exarada no Habeas Corpus nº 74.123 - RS⁴²³ declarou:

O princípio da fraternidade é uma categoria jurídica e não pertence apenas às religiões ou à moral. Sua redescoberta apresenta-se como um fator de fundamental importância, tendo em vista a complexidade dos problemas sociais, jurídicos e estruturais ainda hoje enfrentados pelas democracias. A fraternidade não exclui o direito e vice-versa, mesmo porque a fraternidade enquanto valor vem sendo proclamada por diversas Constituições modernas, ao lado de outros historicamente consagrados como a igualdade e a liberdade. O princípio constitucional da fraternidade é um macroprincípio dos Direitos Humanos e passa a ter uma nova leitura prática, diante do constitucionalismo fraternal prometido na CF/88 (preâmbulo e art. 3º). Multicitado princípio é possível de ser concretizado também no âmbito penal, por meio da chamada Justiça restaurativa, do respeito aos direitos humanos e da humanização da aplicação do próprio direito penal e do correspondente processo penal. A Lei nº 13.257/2016 decorre, portanto, desse resgate constitucional.

Outro destaque importante, por refletir em Recurso Repetitivo, é a decisão de relatoria do Ministro Marcelo Navarro Ribeiro Dantas, no REsp 1953607/SC⁴²⁴, que permitiu a contagem excepcional do tempo suspenso de trabalho e estudo durante a pandemia para fins de remição da pena, trazendo como fundamentação também o princípio jurídico da fraternidade.

Extraí-se dos julgamentos elencados, além da importância, o impacto da fraternidade na contemporaneidade, resgatando o princípio outrora esquecido, num verdadeiro constitucionalismo fraternal, como macroprincípio⁴²⁵ constitucional e com força jurídica.

⁴²² BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. **Pesquisa de Jurisprudência**. Disponível em: <https://scon.stj.jus.br/SCON/pesquisar.jsp?preConsultaPP=&acao=pesquisar&novaConsulta=true&i=1&b=ACOR&livre=%22fraternidade%22&filtroPorOrgao=&filtroPorMinistro=&filtroPorNota=&data=&tp=T&processo=&classe=&uf=&relator=&dtpb=&dtpb1=&dtpb2=&dtde=&dtde1=&dtde2=&orgao=&ementa=¬a=&ref=>. Acesso em: 28.10.25.

⁴²³ BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. **Habeas Corpus nº 74.123 – RS**. Min. Relator: Reynaldo Soares da Fonseca, 25 de novembro de 2016. Disponível em: https://scon.stj.jus.br/SCON/GetInteiroTeorDoAcordao?num_registro=201602021631&dt_publicacao=25/11/2016. Acesso em: 10.02.25

⁴²⁴ BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. **REsp. nº. 1.953.607 -SC**. Min. Relator: Marcelo Navarro Ribeiro Dantas, 14 de setembro de 2022. Disponível em: https://scon.stj.jus.br/SCON/GetInteiroTeorDoAcordao?num_registro=202102579184&dt_publicacao=20/09/2022. Acesso em: 28.10.25.

⁴²⁵ No direito constitucional, macroprincípio pode ser tido como uma categoria de ordem superior, que abarca e articula vários princípios sob uma única ideia-matriz mais ampla. Ele funciona como um princípio dos princípios — uma diretriz estruturante de todo um sistema ou subsistema jurídico, que confere unidade e coerência a um conjunto de princípios menores que dele derivam ou com ele se relacionam. Sua força normativa é mais difusa e sua aplicação tende a ser predominantemente sistemática e hermenêutica, servindo de vetor interpretativo global. No caso da fraternidade, por exemplo, alguns autores a tratam como macroprincípio justamente porque ela não apenas orienta situações específicas, mas organiza e equilibra outros princípios fundamentais — como liberdade e igualdade —, além de permear transversalmente todo o ordenamento jurídico, vinculando funções estatais e informando a produção normativa, a interpretação e as políticas públicas. Cita-se, por exemplo, Carlos Augusto Alcântara Machado e Thiago Passos Tavares.

Durante a pandemia do Covid-19, também foram proferidas decisões relevantes, ressaltando o princípio jurídico da fraternidade, com destaque para a área de saúde. Na ADI nº. 6.341, por exemplo, colocou-se em pauta a discussão sobre o arranjo federativo, restando decidido que é competência comum dos entes federados “legislar e adotar medidas sanitárias de combate à epidemia internacional”.

Prevaleceu, neste julgado, segundo Fonseca e Gonçalves⁴²⁶, “o entendimento de uma necessária cooperação que deve existir entre os entes federados, observadas as evidências científicas e as diretrizes da ONU, demandando um esforço de todos para o bem de todos, em um verdadeiro espírito de fraternidade, para uma melhor realização do direito à saúde”.

Outra interessante decisão, refere-se à ADI 6.586⁴²⁷, em que o Supremo Tribunal Federal foi instado a se manifestar sobre a constitucionalidade da vacinação compulsória, em que implicitamente se reconheceu a fraternidade, conforme afirma Barzotto⁴²⁸:

Numa abordagem ‘fraternalista’ da pandemia, em que todos são responsáveis por todos, a fraternidade é uma relação de simetria, na qual os deveres repartem-se entre os polos da relação em função do cuidado e responsabilidades recíprocas. Em uma pandemia todos são vulneráveis e todos dependem de todos. A vacina não controla totalmente a difusão do vírus, mas limita em certa medida a pandemia e reflete uma necessária atenção para com o todo.

Por fim, vale ainda o destaque da ADPF 811⁴²⁹, em que Carvalhal⁴³⁰ nos chama à atenção para este julgamento, ao abordar, com tamanha lucidez, a jurisprudência da crise na pandemia, à luz do princípio da fraternidade, ressaltando a consolidação da jurisprudência acerca do reconhecimento do referido princípio como categoria jurídica em que:

O Ministro Gilmar Mendes, relator, lembrou a importância do princípio da fraternidade, enquanto categoria jurídica, para a harmonização dos conflitos entre direitos fundamentais. (...) como lembrou, inclusive, em seu voto na ADPF 811, em 2008, na Universidade de Munster, rememorando as lições de Peter Häberle (HÄBERLE, Peter. *Liberdad, igualdad, fraternidad*. 1789 como historia, actualidad y futuro del Estado constitucional. Madrid: Trotta. 1998.), proferiu palestra na qual

⁴²⁶ GONÇALVES, Cristian David; FONSECA, Reynaldo Soares da. Direito Fundamental Fraternal à Saúde. In: NEVES, Luciana Sabbatine, et al. **Estudos sobre as Aplicações Jurídicas da Fraternidade**. Porto Alegre: Editora Fundação Fenix, 2024, p. 228.

⁴²⁷ BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **ADI nº. 6.586**. Vacinação compulsória contra a COVID-19. Min.Relator: Ministro Ricardo Lewandowski, 17 de dezembro de 2020. Disponível em: <https://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=TP&docID=755517337>. Acesso em: 28.10.25.

⁴²⁸ BARZOTTO, Luciane Cardoso. **Dez pontos sobre vacina contra a Covid-19 e relação de trabalho**. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2021-jan-26/lucianebarzotto-dez-pontos-vacina-relacao-trabalho/>. Acesso em: 29.01.24

⁴²⁹ BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **ADPF nº. 811**. Medidas emergenciais no combate à pandemia da COVID-19. Min. Relator: Gilmar Mendes, 08 de abril de 2021. Disponível em: <https://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=TP&docID=756267154>. Acesso em: 28.10.25.

⁴³⁰ CARVALHAL, Ana Paula. **O Princípio da fraternidade e a jurisprudência da crise na pandemia**. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2021-abr-24/observatorioconstitucional-principio-fraternidade-jurisprudencia-crise-pandemia/>. Acesso em: 09.01.24.

chamava atenção para o fato de que, “no limiar do século XXI, liberdade e igualdade deveriam ser (re)pensadas segundo o valor fundamental da fraternidade, de modo que a fraternidade poderia constituir a chave por meio da qual podemos abrir várias portas para a solução dos principais problemas vividos pela humanidade em tema de liberdade e igualdade.

Feito esse breve recorte jurisprudencial, pode-se perceber a relevância do reconhecimento jurídico da fraternidade, inclusive no enfrentamento do maior desastre humanitário vivenciado pela atual geração, em que a pandemia expôs fragilidades humanas e equiparou, em certo sentido, a todos, já que o vírus não escolhe, não se manifestando com atenção a condições econômicas, sociais, de gênero, raça ou qualquer outro elemento discriminatório, deixando rastros e preocupações para o futuro.

Partindo do pressuposto de que uma existência plena depende da convivência em comunidade e em benefício dos outros, a fraternidade se traduz como a cooperação tida como princípio norteador da sociedade, com cada um de seus atores acatando e exercendo seus direitos e deveres e assumindo obrigações recíprocas embasadas na homogeneidade deste ciclo social⁴³¹. Nesse sentido:

A fraternidade compromete o homem a agir de forma que não haja cisão entre os seus direitos e os seus deveres, capacitando-o a promover soluções de efetivação de Direitos Fundamentais de forma que, não, necessariamente, dependam, todas, da ação da autoridade pública, seja ela local, nacional ou internacional.⁴³²

Assim, a fraternidade, como macroprincípio constitucional, trazendo parâmetros normativos, ao atuar como contraponto à liberdade e à igualdade, além de resgatar os deveres fundamentais dos cidadãos e do Estado, convida à necessária reflexão de uma nova roupagem fraterna constitucional, pautada na valorização de uma atuação conjunta devidamente coordenada e organizada de todos os entes federativos em estado de cooperação, da iniciativa privada e da própria coletividade, além da avaliação de métodos mais adequados de resolução de conflitos, o que se pretende desenvolver nos próximos itens.

⁴³¹ BARZOTTO, Luis Fernando. Fraternidade: uma aproximação conceitual. *In*: MACHADO, Carlos Augusto Alcântara; et al. **Direito e fraternidade**: em busca de concretização. Aracaju: EDUNIT, 2018, p. 79-89.

⁴³² BASTIANI, Ana Cristina Bacega de; PELLEZZI, Mayara. Uma análise sobre fraternidade e direito: perspectivas para o século XXI. **RJLB**, a. 1, n. 5, 2015, p. 96. Disponível em: https://www.cidp.pt/revistas/rjlb/2015/5/2015_05_0091_0104.pdf. Acesso em: 17.02.25.

3.2 Da Mediação como Expressão da Fraternidade

Para se cumprir ao objetivo fundamental da República Federativa do Brasil, à luz de um constitucionalismo fraternal, que reforça a construção de uma sociedade fraterna na solução pacífica de conflitos, cooperativa e colaborativa, como vetor para o restabelecimento de paradigmas, importante se considerar o núcleo elementar do acesso à justiça, que ultrapassa a garantia de acesso formal aos órgãos judiciários, incluindo, especialmente, o acesso à ordem jurídica justa, com uma solução dos conflitos pelos mecanismos mais adequados que a solução adjudicada materializada em sentença, em especial a mediação, como expressão da fraternidade.

O conflito em sociedade é elemento inevitável, independente da comunidade estar ou não coexistindo conforme os ditames fraternais, e não deve ser considerado um mal em si mesmo.⁴³³ De acordo com Resta⁴³⁴:

[...] os conflitos aumentam progressivamente e se atribui tudo isso à ineficiência decorrente da falta de recursos; pedem-se, assim, aumentos consistentes de recursos, pensando que assim os conflitos podem ser diminuídos. Não somente a interferência causal resulta gratuita, mas nos coloca em uma lógica remedial que contribui, por si só, não somente a não resolver, mas inclusive a inflacionar o saldo de procura e oferta. Sem referir-se ao caráter culturalmente induzido da demanda por parte da oferta, que é um discurso possível e corroborado pelos dados quantitativos, o problema de *policy* que emerge é aquele de um sistema que investe no remédio sem incidir nas causas; assim, aumentam os recursos do aparato judiciário, mas continua somente a ilusão de que isto faça diminuir os conflitos. O remédio reage sobre o remédio, mas não tem nenhuma direta incidência sobre as causas, dimensões, efeitos da litigiosidade que determinam os conflitos.

Como já visto, falta capacidade técnica operacional ao judiciário, sendo que a função jurisdicional tradicional não é suficiente para atender de forma efetivamente satisfatória os conflitos apresentados, apesar de necessária em determinados casos. Sendo assim, faz-se necessária a formulação de meios complementares para restabelecer os canais de comunicação interrompidos, de forma a reatar laços socialmente fragilizados, com fulcro na comunicação, amizade, alteridade e fraternidade.⁴³⁵

⁴³³ CALMON, Petronio. **Fundamentos da mediação e da conciliação**. 2. ed. Brasília, DF: Gazeta Jurídica, 2013, p. 167.

⁴³⁴ RESTA, Eligio. **O Direito fraterno**. Tradução de Sandra Regina Martini Vial. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2004, p. 104.

⁴³⁵ GIMENEZ, Charlise Paula Colet. **Conflito, alteridade e direitos humanos**. 1ª edição. Curitiba: Multideia, 2017, p. 7. Disponível em: https://san.uri.br/mestrado_direito/wp-content/uploads/2017/11/Conflito-alteridade-e-direitos-humanos_ebook.pdf. Acesso em: 17.10.25

Ainda sobre o princípio jurídico da fraternidade, e de acordo com Alcântara Machado⁴³⁶, a fraternidade é compreendida nos limites de uma solidariedade horizontal, que consiste na responsabilidade de socorro mútuo entre os próprios cidadãos, limitando-se o Estado a oferecer-se como fiador externo. Essa horizontalidade se baseia em uma relação intersubjetiva e exige o reconhecimento mútuo e responsabilidades comunitárias dos indivíduos.

Jaborandy⁴³⁷ reforça que no “contexto de um Ordenamento Jurídico que tem como fundamento a dignidade humana e como objetivo a construção de uma sociedade solidária e fraterna, o Estado precisa contar com a colaboração do indivíduo para a concretização de direitos fundamentais”. Isto porque, “a dignidade da pessoa humana impõe que o indivíduo seja entendido simultaneamente como ser livre e responsável, pois não há como compreender a pessoa portando apenas direitos sem ter deveres para consigo próprio e para a comunidade”.

Ademais, como já exposto, a partir da premissa de que “o fraterno é o construtor da paz”⁴³⁸, compreende-se, conforme preleciona Fonseca⁴³⁹, que uma das formas de vivenciar a fraternidade é fomentar as soluções dos conflitos sociais e judiciais pela via consensual, e a razão pela qual a fraternidade é o fator preponderante para a efetivação frutífera da mediação, da conciliação, do ajuste compartilhado e comutativo entre os que solidariamente lapidam a solução consensuada do conflito, que se dá de maneira imensuravelmente satisfatória e pacificadora quando comparada ao mais apurado decreto pronunciado pelo Estado jurisdicional.

Em assonância, Nancy Andrighi e Sidnei Beneti⁴⁴⁰ afirmam que a experiência conciliatória, como meio de evitar o processo e de solucionar os já em andamento, tem encontrado espaço cada vez maior nos ordenamentos jurídicos de todos os países, em face de sua comprovada eficiência.

⁴³⁶ MACHADO, Carlos Augusto Alcântara, *et al.* A Judicialização da saúde e a utilização da mediação: uma discussão à luz do princípio da fraternidade. **Revista Científica UniRios**. 2021, p. 326

⁴³⁷ JABORANDY, Clara Cardoso Machado. **A fraternidade no direito constitucional brasileiro: um instrumento para proteção de direitos fundamentais transindividuais**. 2016. Tese (Doutorado) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2016. p.143. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/handle/ri/20048>. Acesso em: 11.12.25.

⁴³⁸ FRÓZ SOBRINHO, José de Ribamar; *et al.* **Direitos humanos e fraternidade: estudos em homenagem ao ministro Reynaldo Soares da Fonseca**. Instituto Brasileiro de Direito e Fraternidade, v.1, 2021, p. 105.

⁴³⁹ FONSECA, Reynaldo Soares da. **A conciliação à luz do princípio constitucional da fraternidade: a experiência da Justiça Federal da Primeira Região**. 2014. Dissertação (Mestrado em Direito) Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2014, p. 82. Disponível em: <https://tede.pucsp.br/bitstream/handle/6642/1/Reynaldo%20Soares%20da%20Fonseca.pdf>. Acesso em: 20.02.25.

⁴⁴⁰ ANDRIGHI, Fátima Nancy; BENETI, Sidnei. **Juizados Especiais Cíveis e Criminais**. Belo Horizonte: Del Rey, 1996, p. 42-43

Nesse sentido, Wambier⁴⁴¹ reforça que o acesso à justiça consiste no direito a uma ordem jurídica justa, sendo esta perfeitamente concretizável pela via desjudicializada, sempre que não houver impedimento previsto no ordenamento jurídico, razão pela qual, como fruto dessa revolução, presencia-se no Brasil a justiça multiportas, valendo dos métodos consensuais de resolução de conflitos:

Os novos métodos consensuais de resolução de conflitos são modelos de interação social que fogem daquele modelo impositivo, antagônico e dão espaço para o vínculo participativo, dialógico e cooperativo, que caracteriza um dos pressupostos básicos para a existência da cidadania – o de que os sujeitos ajam e lutem por seus direitos –, momento em que é devolvido à comunidade o poder de decisão de conflitos que ocorreram em seu seio.⁴⁴²

A mediação pode ser definida como a facilitação de uma terceira parte, em uma negociação ou em um conflito, de aceitável ajuda às partes envolvidas a chegarem voluntariamente a um acordo, mutuamente aceitável com relação às questões em disputa⁴⁴³, como método mais indicado para controvérsias complexas e de caráter subjetivo⁴⁴⁴, sendo que, para que ocorra de maneira mais adequada e efetiva, deve ser permeada de cooperação, diálogo, boa-fé, dignidade e respeito mútuo, movida essencialmente pela busca de consenso.

Conforme defende Fonseca⁴⁴⁵:

Fomentar as soluções consensuais é uma das mais concretas formas de "vivenciar a fraternidade", pois representa a efetivação do compromisso constitucional com a "solução pacífica das controvérsias" e a transição de uma cultura do litígio para uma cultura da paz. (...) É justamente essa dimensão relacional e pacificadora que conecta intrinsecamente o princípio da fraternidade à busca por soluções consensuais e à política de desjudicialização. (...) Em uma perspectiva fraternal, o reconhecimento do outro como um igual em dignidade impõe a busca por soluções construtivas e harmoniosas, que visam não apenas a resolução da disputa pontual, mas o bem-estar da comunidade e a efetiva pacificação social. A luta por uma cultura da conciliação é, assim, a mais autêntica concretização do terceiro e mais desafiador princípio da tríade revolucionária (...).

⁴⁴¹ WAMBIER, Luiz Rodrigues. Inteligência Artificial e sistema multiportas: uma nova perspectiva do acesso à justiça. **Revista dos Tribunais**, ano 108, v. 1000, fev. 2019, p.302.

⁴⁴² WALTRICH, Dheimy Quelem; SPENGLER, Fabiana Marion. Reflexões acerca da mediação comunitária como estratégia prática de cidadania participativa. **Revistas de Estudos Jurídicos UNESP**, a. 17, n. 25, 2013.

⁴⁴³ RESTA, Eligio. **O Direito fraterno**. Tradução de Sandra Regina Martini Vial. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2004, p. 9.

⁴⁴⁴ FONSECA, Reynaldo Soares da. A Importância da desjudicialização para o sistema de justiça. *In: Fraternidade frente as novas tecnologias: desafios éticos, sociojurídicos e ambientais*, Caruaru: Editora ASCES, 2025, p. 219.

⁴⁴⁵ FONSECA, *op. cit.*, p. 216-219.

À luz do constitucionalismo fraternal não há como conceber a mediação sem os influxos do princípio da fraternidade, em uma necessária nova moldura capaz de ascender a prática a novos patamares de eficiência e humanidade, mitigando a cultura do litígio.

Importante dizer que compreendendo a situação do conflito na sociedade, a mediação fraternal promove a pacificação social pela não-violência estatal imposta pela sentença judicial, propaga a desconstrução da ideia de conflito como sinônimo de combate, desapegando da ideia de que existe amigo-inimigo e uma guerra processual a ser travada, mas na verdade uma busca pela melhor e mais adequada solução, fraterna e consensual.

Partindo deste viés, a contribuição de Warat⁴⁴⁶ no escopo da mediação está intrinsecamente relacionada ao princípio da fraternidade, pressupondo que, para que seja exercida uma mediação eficaz faz-se indispensável o estabelecimento de novos paradigmas ladeados pelos valores de integridade e humanização, de forma que o mediador impulse as partes num caminho de renascimento e resolutividade capaz de garantir, inclusive, um sistema de reeducação e reestruturação contínuas da comunidade.

Explica o autor:

O grande segredo, da mediação, como todo segredo, é muito simples, tão simples que passa despercebido. Não digo tentemos entendê-lo, pois não podemos entendê-lo. Muitas coisas em um conflito estão ocultas, mas podemos senti-las. Se tentarmos entendê-las, não encontraremos nada, corremos o risco de agravar o problema.

Para mediar, como para viver, é preciso sentir o sentimento. O mediador não pode se preocupar por intervir no conflito, transformá-lo. Ele tem que intervir sobre os sentimentos das pessoas, ajudá-las a sentir seus sentimentos, renunciando a interpretação.

Os conflitos nunca desaparecem, se transformam; isso porque, geralmente, tentamos intervir sobre o conflito e não sobre o sentimento das pessoas. Por isso, é recomendável, na presença de um conflito pessoal, intervir sobre si mesmo, transformar-se internamente, então, o conflito se dissolverá (se todas as partes comprometidas fizerem a mesma coisa).

O mediador deve entender a diferença entre intervir no conflito e nos sentimentos das partes. O mediador deve ajudar as partes, fazer com que olhem a si mesmas e não ao conflito, como se ele fosse alguma coisa absolutamente exterior a elas mesmas.

Quando as pessoas interpretam (interpretar é redefinir), escondem-se ou tentam dominar (ou ambas as coisas).

Quando as pessoas sentem sem interpretar, crescem.

Os sentimentos sentem-se em silêncio, nos corpos vazios de pensamentos. As pessoas, em geral, fogem do silêncio. Escondem-se no escândalo das palavras. Teatralizam os sentimentos, para não senti-los. O sentimento sentido é sempre aristocrático, precisa da elegância do silêncio. As coisas simples e vitais como o amor entende-se pelo silêncio que as expressam. A energia que está sendo dirigida ao ciúme, à raiva, à dor tem que se tornar silêncio. A pessoa, quando fica silenciosa, serena, atinge a paz interior, a não violência, a amorosidade. Estamos a caminho de tornarmo-nos liberdade. Essa é a meta da mediação.⁴⁴⁷

⁴⁴⁶ WARAT, Luis Alberto. **O Ofício do mediador**. Florianópolis: Habitus, 2001, p. 58.

⁴⁴⁷ *Ibid.*, p. 31.

Desta forma, há a perspectiva da transformação do conflito, em que a mediação atua sobre o sentimento das pessoas, buscando além do acordo uma “terapia do reencontro”⁴⁴⁸, com a mudança da tratativa e relacionamento das partes, com a melhoria dos diálogos e a construção de uma solução consensual⁴⁴⁹, como expressão também de fraternidade.

Destaca-se, neste viés, para além do cumprimento de um dever fundamental, que convoca à uma efetiva colaboração, a importância de olhar para o coração, em vez de analisar o mundo exterior, que existe também algo no interior para ser vislumbrado, incentivando a quebrar barreiras, permitindo um olhar amoroso e afetivo às mediações dos conflitos.⁴⁵⁰

Neste sentido, reforça Chalita⁴⁵¹, que atualmente não há mais espaço para juízes ativistas apoiados em pensamentos iluministas, como únicos realizadores das promessas da Constituição, já que pertencem a um arranjo que é muito sensível a tensões, fragilizados por falta de legitimação democrática, vez que a titularidade do poder é do povo, e na morte das possibilidades de transformação para um mundo melhor de que todos sonham, só vê uma saída para essa aporia, apoiado em Warat⁴⁵², qual seja no amor:

Não resta dúvida que neste fim de milênio vemos os dias passarem como se fossem longas noites de solidão. Noites sem amor, agravadas por uma falta total de expectativas. O amor deixou de ser uma esperança para os desejos. Existem o poder e a indiferença nos dias sem amor. Há uma razão informatizada que tomou o lugar do amor para celebrar a emergência dos andróides, as sombras dos homens. Para evitar que o homem se contra em sua própria sombra, temos que resgatar a ética da preservação da existência baseada no amor e na solidariedade. [...] Inscrevendo o amor no meio do poder, estaremos introduzindo encontros de solidariedade e dignidade entre os patrimônios de uma cultura que nos faz viver sobre uma lixeira habilidosamente camuflada.

Para isso, o papel do mediador, sendo um facilitador da comunicação, proporciona o diálogo ativo entre os conflitantes e a busca da resolução mais adequada e humana, aconselhando e sugerindo, mas cabendo às partes constituírem suas respostas. O facilitador que não possui o viés fraterno em seu diálogo, dificilmente terá melhor resposta por parte dos

⁴⁴⁸ WARAT, Luis Alberto. **O Ofício do mediador**. Florianópolis: Habitus, 2001, p. 84.

⁴⁴⁹ FONSECA, Reynaldo Soares. **A Conciliação à luz do princípio da fraternidade: a experiência da Justiça Federal da Primeira Região**. 2014. Dissertação (Mestrado em Direito). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2014, p. 39. Disponível em: <https://tede.pucsp.br/bitstream/handle/6642/1/Reynaldo%20Soares%20da%20Fonseca.pdf>. Acesso em: 20.02.25.

⁴⁵⁰ PIUCO, Andressa. **A Contribuição da mediação waratiana para uma sociedade fraterna**. 2020. Dissertação (Mestrado em Direito) na Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS, São Leopoldo, 2020. Disponível em:

https://repositorio.jesuita.org.br/bitstream/handle/UNISINOS/9727/Andressa%20Piuco_.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 18.10.25

⁴⁵¹ CHALITA, Gabriel. O consequencialismo, o poder e o amor. In: CHALITA, Gabriel, *et al.* (Org.) **Consequencialismo no Poder Judiciário**. Indaiatuba: Editora Foco, 2019, p. 38-39

⁴⁵² *Ibid.*, p. 38-40.

conflitantes. Para Warat⁴⁵³, o mediador precisa ter a sensibilidade e se permitir sentir o conflito, pois para mediar é necessário sentir o sentimento presente no caso, não podendo apenas se preocupar em intervir em um conflito, mas transformá-lo.

Assim, a defesa da mediação se encontra no fato de que esta não objetiva apenas findar o conflito específico, mas buscar uma visão geral sobre o problema a fim de que se tenha uma resolução por completo, principalmente com os valores e sentimentos que envolvem a mediação waratiana, com amor e efetiva participação dos envolvidos, em expressão de fraternidade.

Explica Carvalho⁴⁵⁴:

(...) no âmbito comunitário, em especial, o procedimento de mediação de conflitos promove uma maior responsabilidade e participação da comunidade na solução dos seus conflitos, o que contribui favoravelmente para a preservação das relações, a satisfação dos interesses de todas as partes e a economia de custos de tempo e dinheiro na solução do conflito. É dada maior relevância à necessidade de tornar os cidadãos conscientes do seu poder para resolverem os seus conflitos através do diálogo produtivo, construindo pontes que edificam relações cooperativas entre os membros da comunidade, abrindo novos caminhos para uma positiva transformação sociocultural.

A mediação fraterna representa, além da realização de um acordo, a compreensão do cerne do conflito e a solução em sua raiz, melhorando conseqüentemente a qualidade de vida dos envolvidos. O compromisso na participação e diálogo produtivo, com contato e olhar do ser humano entre as pessoas envolvidas e para os conflitos existentes promove e viabiliza a mediação fraterna.

Assim, percebe-se que o tratamento do conflito se funde no princípio da alteridade e da responsabilidade compartilhada. Diferente da solidariedade meramente assistencial ou da igualdade que desconsidera as desigualdades fáticas, a fraternidade exige que o direito reconheça o outro não como um estranho ou inimigo, mas como um "outro-eu".⁴⁵⁵

Na mediação, o facilitador não sugere ou propõe soluções, mas apenas facilita a negociação entre os envolvidos⁴⁵⁶, sendo que com o influxo da fraternidade “atua como o vetor de transformação da cultura do litígio para a cultura da paz. Uma sociedade que se compreende como fraterna substitui o viés competitivo pela via do diálogo, da dignidade e do respeito mútuo. A implementação de métodos autocompositivos rompe com o individualismo

⁴⁵³ WARAT, Luis Alberto. **O Ofício do mediador**. Florianópolis: Habitus, 2001, p. 10.

⁴⁵⁴ CARVALHO, Ana Karine Pessoa Cavalcante Miranda Paes de. **Mediação comunitária: um caminho para a práxis cidadã e democrática?** Disponível em: <http://www.mpce.mp.br/nespeciais/nucleomed/publicacoes/artigos/mediacao.comunitaria.caminho.para.a.praxis.cidada.pdf>. Acesso em: 20.02.25.

⁴⁵⁵ RESTA, Eligio. **O Direito fraterno**. Tradução de Sandra Regina Martini Vial. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2004, p. 55

⁴⁵⁶ *Ibid.*, p. 55.

exacerbado (...), promovendo a autonomia das partes e a responsabilização pelas próprias escolhas”⁴⁵⁷.

É através da mediação, como expressão da fraternidade, que se torna realizável no plano fático a valoração do outro e de seus anseios individuais, onde as próprias partes envolvidas no conflito consigam reestabelecer o diálogo e encontrem a solução adequada para o problema⁴⁵⁸.

Com isso, a fraternidade resgata o dever fundamental que reforça a participação e colaboração mútua, irradiando às formas mais adequadas de resolução de conflitos, como a mediação, inserindo maior relevo no primado do justo sobre o bom, além de estar necessariamente atrelada ao ideal de amizade e irmandade, percebida pela comunhão de destinos derivada do nascimento e independente das diferenças, ressignificando a noção de dignidade no inconsciente coletivo.

Desta forma, a mediação fraterna, além de enaltecer o resgate do dever fundamental de colaboração, com a importância do envolvimento e de um diálogo produtivo, permite às partes lançarem um novo olhar, agora conjunto, àquele problema que ensejou o conflito, sendo também uma ferramenta a aprimorar a Administração Pública, modelando-a como menos autoritária, além de mais colaborativa, eficiente e dinâmica.⁴⁵⁹

Resta⁴⁶⁰ preconiza a superação do individualismo em favor de uma interdependência responsável. A mediação passa a exigir dos múltiplos atores do sistema – gestores, operadores privados, profissionais e usuários – o reconhecimento de sua mútua vulnerabilidade e interconexão, buscando soluções que não apenas resolvam o conflito imediato, mas que considerem o impacto sistêmico e a dignidade humana no centro do diálogo.

Conforme Jaborandy⁴⁶¹, “a mediação é instrumento de efetivação do princípio da fraternidade e da cidadania, já que, por meio da aproximação das partes, viabiliza-se o diálogo entre necessidade, possibilidade e alternativas de acordo com as realidades do caso. Com isso, os disputantes são protagonistas na construção da pacificação social através de tratamentos do litígio que contemplem de forma concreta a coletividade e realizem os objetivos constitucionais.

⁴⁵⁷ RESTA, Eligio. **O Direito fraterno**. Tradução de Sandra Regina Martini Vial. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2004, p. 55

⁴⁵⁸ MACHADO, Carlos Augusto Alcântara, *et al.* A Judicialização da saúde e a utilização da mediação: uma discussão à luz do princípio da fraternidade. **Revista Científica UniRios**. 2021, p. 330

⁴⁵⁹ CARLINI, Angélica. **Judicialização da saúde pública e privada**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2014, p. 55.

⁴⁶⁰ RESTA, *op. cit.*, p. 25.

⁴⁶¹ JABORANDY, Clara Cardoso Machado. **A fraternidade no direito constitucional brasileiro: um instrumento para proteção de direitos fundamentais transindividuais**. 2016. Tese (Doutorado) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2016, p.167. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/handle/ri/20048>. Acesso em: 11.12.25.

Nesse caso não haverá perdedor/ganhador, uma vez que todos saem satisfeitos com o tratamento dado ao problema, fato que estimula a cultura da paz”.

Na área da saúde, em especial, a mediação fraterna emerge como um paradigma promissor, combinando a técnica consensual da mediação com o resgate da fraternidade, em profunda exigência ética e protagonismo dos atores envolvidos, educando o olhar ao próximo, permitindo-se sentir, uma escuta ativa, uma abordagem empática, para uma melhor realização deste direito fundamental para todos. Ora, falar em direito à saúde é falar, em última análise, em direito à vida.

Ao incorporar a perspectiva fraterna, a mediação sanitária, conforme argumentam Oliva e Spengler⁴⁶², alcança-se uma política autocompositiva que busca a efetivação do direito fundamental à saúde por meio do diálogo colaborativo, visando a reorientação das próprias políticas públicas e a sustentabilidade dos sistemas.

Há que se entender que a mediação aplicada à saúde, possui nuances específicas, considerando que as relações de saúde, principalmente quando inseridas no contexto de garantia e prestação também pública, transcendem a ótica bilateral do médico com o paciente, envolvendo verdadeira infinitude de outros atores responsáveis por manter o sistema em pleno funcionamento, razão pela qual nascem conflitos distributivos complexos, proporcionando um cenário ideal para a judicialização desenfreada e grandes desgastes que se refletem atemporalmente e de forma reflexa em toda a sociedade.⁴⁶³

É em razão dessa complexidade, já desenvolvida no capítulo anterior, que a mediação fraterna é considerada peça-chave para a resolução dos conflitos na área da saúde, essencialmente como já apontado, por seu caráter voluntário no qual um terceiro, de forma neutra, imparcial e confidencial, guia as partes para que essas alcancem um acordo satisfatório para ambas as partes.⁴⁶⁴

A utilização de uma estratégia como a mediação sanitária traz benefícios amplos, uma vez que nas demandas de prestação de serviços de saúde, a mediação é capaz de promover o

⁴⁶² OLIVA, Thaís de Camargo; SPENGLER, Fabiana Marion. Mediação Sanitária como Política Pública Autocompositiva de Acesso à Justiça. **Revista Direitos Culturais – URI**, Santo Ângelo, Santa Cruz do Sul, v. 17, n. 43, dez. 2022, p. 155. Disponível em: <https://san.uri.br/revistas/index.php/direitosculturais/article/view/997>. Acesso em: 31.10.25.

⁴⁶³ DELDUQUE, Maria Célia; CASTRO, Eduardo Vazquez de. A Mediação Sanitária como alternativa viável à judicialização das políticas de saúde no Brasil. **Saúde Debate**, v. 39, n. 105, abr-jun, 2015, p. 507. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/jP8XfgsPxNzZRz4c3mkX9qp/>. Acesso em: 10.02.25.

⁴⁶⁴ D'ANTONIO, Suzete Souza. Mediação Sanitária: diálogo e consenso possível. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, v. 5, n. 2, 2016, p. 14. Disponível em: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/255>. Acesso em: 19.01.25.

diálogo entre os diversos atores envolvidos, além de priorizar a construção de soluções não de uma forma isolada, mas almejando o aperfeiçoamento de todo o sistema.⁴⁶⁵

Reforça-se, assim, a importância do resgate dos deveres, à luz da fraternidade:

Evidenciando a importância da contribuição de cada indivíduo na construção de uma sociedade fraterna e solidária. Com a fraternidade, a perspectiva dos deveres ganha nova dimensão já que a construção de uma sociedade fraterna depende não só do Estado prestador e garantidor de direitos, como também de indivíduos comprometidos com uma cidadania ativa e inclusiva que reconheçam seus deveres tendo em vista o bem estar social, admitindo-se, inclusive, limitações ao exercício dos direitos fundamentais. Tal fato é evidenciado com clareza em relação à efetivação de políticas públicas relacionadas à saúde, que, apesar de ser dever estatal, depende da cooperação dos cidadãos para alcançar um consenso decisório quanto aos rumos a serem perseguidos a bem da coletividade.⁴⁶⁶

Cabe, portanto, ao Estado, mas sobretudo a toda a coletividade, o cumprimento dos ditames constitucionais, inclusive e em especial, quando tratamos do direito fundamental social à saúde.

Cumprir abrir breve parêntese para destacar que os princípios constitucionais da supremacia e da indisponibilidade do interesse público podem representar, para alguns autores, empecilhos à utilização da mediação no âmbito da Administração Pública, quando discutida no âmbito do SUS.

Para compreender brevemente essa linha doutrinária, dentro do recorte proposto, pode-se pensar na coletividade como uma entidade autônoma única, que deve ter seus interesses devidamente atendidos pelo Estado, de forma que o atendimento de um interesse individual de determinada parte pela referida entidade feriria irreparavelmente os referidos princípios.⁴⁶⁷

A ideia central, portanto, é que a Administração Pública não possui direitos dos quais pode dispor, principalmente porque não é, em verdade, titular de nenhum deles. O titular originário dos direitos é o povo, tutelado pelo Estado, que, em certa esfera, os protege e exercita através da função administrativa, mediante o conjunto de órgãos responsáveis por veicular a vontade estatal consagrada em lei.⁴⁶⁸ Desta feita, não poderia, portanto, dispor de determinado

⁴⁶⁵ MACHADO, Carlos Augusto Alcântara, *et al.* A Judicialização da saúde e a utilização da mediação: uma discussão à luz do princípio da fraternidade. **Revista Científica UniRios**. 2021, p. 336.

⁴⁶⁶ JABORANDY, Clara Cardoso Machado. **A fraternidade no direito constitucional brasileiro: um instrumento para proteção de direitos fundamentais transindividuais**. 2016. Tese (Doutorado) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2016, p.137-138. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/handle/ri/20048>. Acesso em: 11.12.25.

⁴⁶⁷ HACHEM, Daniel Wunder. **Princípio constitucional da supremacia do interesse público**. Belo Horizonte: Fórum, 2011, p. 297-300.

⁴⁶⁸ MELLO, Celso Antônio Bandeira de. **Curso de Direito Administrativo**. 14. ed. São Paulo: Malheiros, 2002, p. 45

direito, num ambiente de negociação, a fim de “beneficiar” determinado cidadão em sua individualidade.

Contudo, essa teoria perde força, em certo ponto, com base nestes próprios princípios somados ao princípio da isonomia, posto que da supremacia do interesse público extrai-se que o Estado tem ao dever de prestar a devida assistência ao cidadão, colocando-o em posição de destaque em todas as suas ações, seja numa perspectiva ampla, de coletividade, seja numa percepção individual, tratando de forma desigual os desiguais, na medida de sua desigualdade. Desta forma:

Pensa-se, por exemplo, que justiça é igualdade – e de fato é, embora não o seja para todos, mas somente para aqueles que são iguais entre si; também se pensa que a desigualdade pode ser justa, e de fato pode, embora não para todos, mas somente para aqueles que são desiguais entre si...”/“ Para pessoas iguais o honroso e justo consiste em ter a parte que lhes cabe, pois nisto consistem a igualdade e a identificação entre pessoas; dar, porém, o desigual a iguais, e o que não é idêntico a pessoas identificadas entre si, é contra a natureza, e nada contrário à natureza é bom⁴⁶⁹.

Nessa linha de pensamento, compreende-se que não há a referida disposição do interesse público na conciliação envolvendo a Administração Pública, mas sim o engajamento e colaboração para encontrar formas diversas de atender ao interesse público, sem desatender a parte contrária.⁴⁷⁰

Superado esse pequeno impasse teórico, e como foi destacado, a mediação tem o condão de aprimorar a Administração Pública, perfazendo-a menos autoritária, mais colaborativa, eficiente e dinâmica, posto que a utilização de uma estratégia, como a mediação sanitária - aquela exercida no âmbito da saúde - é amplamente benéfica, sendo capaz de promover o diálogo entre os diversos atores envolvidos, priorizando a construção de soluções eficazes para o aperfeiçoamento de todo o sistema.⁴⁷¹

Dentro da complexidade multifatorial e sistêmica que envolve o direito à saúde, e na linha do que se tem defendido no presente trabalho, em reforço à mediação colaborativa, envolvendo todos os atores, é a Resolução nº 530 de outubro de 2023⁴⁷², editada pelo CNJ,

⁴⁶⁹ ARISTÓTELES. **A Política**. Tradução de Roberto Leal Ferreira. São Paulo: Martins Fontes, 2001, p. 228.

⁴⁷⁰ ALMEIDA, Paulo Marcos Rodrigues de. A (Des)judicialização da saúde na pandemia da Covid-19: a solução de demandas de saúde pela conciliação. **Revista AJUFESP**, n.01, 2021. Disponível em: https://www.academia.edu/48986262/REVISTA_AJUFESP. Acesso em: 21.01.25

⁴⁷¹ ESCOBAR, Amanda Greff; MACHADO, Carlos Augusto Alcântara; PESSOA, Flávia Moreira Guimarães. A Judicialização da saúde e a utilização da mediação: uma discussão à luz do princípio da fraternidade. **Revista Científica do UniRios**, 2021.1, p. 331. Disponível em: https://www.unirios.edu.br/revistarios/media/revistas/2021/29/a_judicializacao_da_saude_e_a_utilizacao_da_mediacao.pdf. Acesso em: 10.01.25.

⁴⁷² BRASIL. CNJ. **Resolução 530/2023**. Disponível em: <https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/5330>. Acesso em: 28.01.25.

responsável por instituir a Política Judiciária de Resolução Adequada das Demandas de Assistência à Saúde. A medida objetiva, por meio do fomento à adoção de métodos consensuais de solução de conflitos, atenuar a judicialização da saúde, tendo como princípios e objetivos:

Art. 2º São princípios e diretrizes que orientam a Política Judiciária de Resolução Adequada das Demandas de Assistência à Saúde:

- I – garantia do acesso à justiça;
- II – unificação de diretrizes e descentralização gerencial entre os entes e órgãos competentes nas respectivas unidades da federação;
- III – cooperação e atuação interinstitucional para a promoção da resolução de demandas de assistência à saúde;
- IV – especialização da estrutura judiciária e contínua capacitação e aperfeiçoamento funcional;
- V – apoio técnico-científico especializado necessário à tomada de decisão no âmbito judicial;
- VI – otimização da administração judiciária e de rotinas processuais, e o estímulo à aplicação de soluções de tecnologia da informação e de metodologias inovadoras de gestão;
- VII – atuação colaborativa, em parceria com órgãos e entes competentes, para aprimorar, no que couber, a prestação do serviço de saúde;
- VIII – contínuo acompanhamento estatístico das ações judiciais de saúde e incentivo à pesquisa judiciária; e
- IX – colaboração dos órgãos públicos e da sociedade civil organizada.

Art. 3º São objetivos da Política Judiciária de Resolução Adequada das Demandas de Assistência à Saúde, sem prejuízo de outros a serem firmados no âmbito do Fonajus:

- I – estimular a adoção de métodos consensuais de solução de conflitos em demandas que versem sobre o direito à saúde;
- II – qualificar e prevenir a judicialização de conflitos de assistência à saúde;
- III – aperfeiçoar rotinas processuais, a organização e a estruturação de unidades judiciárias especializadas;
- IV – estabelecer programa de capacitação continuada de atores do Poder Judiciário, e cooperar, no que couber, para a capacitação de atores externos, do sistema de justiça e da área de saúde, para prestação de apoio à atividade judicial;
- V – cooperar com os órgãos ou entidades públicas ou privadas competentes para promoção da resolução de conflitos, da desjudicialização e do aprimoramento da prestação de serviços de saúde;
- VI – acompanhar o acervo processual de demandas de assistência à saúde; e
- VII – fomentar ambientes de estímulo à participação e colaboração interinstitucional da sociedade para a proposição de ações que visem ao alcance dos objetivos desta Política, bem como à disseminação de boas práticas e do acesso à informação.⁴⁷³

Neste sentido, a mediação como expressão da fraternidade encampa e materializa o propósito da citada resolução na busca de soluções consensuais colaborativas envolvendo o poder público e a sociedade, com vias à uma pacificação mais justa e uma saúde garantida - igualmente a todos - fraternalmente.

Uma mediação fraterna, além de estabelecer a satisfação e pacificação justa dos atores, pode proporcionar a redução e prevenção de novas demandas, efetivando a desjudicialização da saúde.

⁴⁷³ BRASIL. CNJ. **Resolução 530/2003**. Disponível em: <https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/5330>. Acesso em: 28.01.25.

Nesta toada, Delduque e Castro⁴⁷⁴ aduzem:

A Mediação Sanitária é um modelo de resolução de conflitos na área da saúde. As relações de saúde transcendem a ótica bilateral do médico com o paciente, para envolver muitos outros atores presentes em um sistema de saúde, advindo, daí, conflitos de toda a ordem, internos e externos ao sistema, criando condições para a judicialização. Conflitos internos (como os assistenciais, organizativos e conflitos entre profissionais) geram desgastes e judicialização, como também fazem os conflitos gerados fora do sistema, mas com reflexos diretos dentro dele, assim como os conflitos sociais e conflitos legais igualmente geram a judicialização.

Há alguns exemplos exitosos da utilização da mediação na área da saúde, valendo o reforço, pelo viés fraterno que pode alcançar, para as seguintes iniciativas:

- O projeto “SUS Mediado”, no Rio Grande do Norte, que reúne a Defensoria Pública Estadual, a Defensoria Pública da União, a Procuradoria Geral do Estado, a Procuradoria Geral do Município de Natal, a Secretaria de Saúde Estadual e a Secretaria de Saúde Municipal;
- No Estado de Minas Gerais, a experiência de mediação sanitária também é positiva, há promoção de encontros em todo o estado, inclusive com incentivo a debates que contem com a participação de juízes, promotores de justiça, defensores públicos, prefeitos municipais, secretários municipais de saúde, representantes dos conselhos municipais de saúde, além de vários outros atores.
- No Rio Grande do Sul, a Procuradoria-Geral do Estado criou o programa Resolve + Saúde, que visa racionalizar a atuação judicial e extrajudicial no que diz respeito a demandas de saúde, para isso mapeia as principais demandas e os medicamentos mais solicitados, a fim de identificar a melhor solução que concilie a redução dos gastos decorrentes do excessivo acesso ao judiciário para resolver essas questões.
- No Estado do Rio de Janeiro houve a criação de uma Câmara de Resolução de Litígios de Saúde (CRLS), um projeto de cooperação que reuniu as Procuradorias Gerais do Estado e do Município do Rio de Janeiro, as Secretarias Estadual e Municipal de Saúde, as Defensorias Estadual e da União e o Tribunal de Justiça do Estado, com o intuito de encontrar soluções administrativas para o atendimento de cidadãos que precisam tanto de medicamento como atendimento do SUS, evitando assim o ajuizamento de ação.⁴⁷⁵

A mediação como expressão da fraternidade no âmbito sanitário, uma vez aprimorada neste sentido, instaura uma atmosfera de humanização diante dos conflitos existentes, além de facilitar o processo de democratização do acesso à justiça em prol da efetivação do direito à saúde.⁴⁷⁶

⁴⁷⁴ DELDUQUE, Maria Célia. CASTRO, Eduardo Vazquez de. A Mediação Sanitária como alternativa viável à judicialização das políticas de saúde no Brasil. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, abr-jun, 2015, p. 511. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042015000200506&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 31.10.25

⁴⁷⁵ MACHADO, Carlos Augusto Alcântara, *et al.* A Judicialização da saúde e a utilização da mediação: uma discussão à luz do princípio da fraternidade. **Revista Científica UniRios**. 2021, p. 336-337

⁴⁷⁶ STURZA, Janaína Machado; DUTRA, Gabrielle Scola. Conflitos no âmbito da saúde pública: o direito à saúde pela mediação sanitária sob a perspectiva do direito fraterno. **Revista da Faculdade de Direito da UFMG**, n. 82, 2023, p. 173. Disponível em: <https://www.direito.ufmg.br/revista/index.php/revista/article/view/2547>. Acesso em: 28.01.25.

Neste sentido e sob um novo olhar integrativo, busca-se, também, defender a importância destas soluções mediadas de forma integrada, abarcando a saúde suplementar, o que será objeto do item 3.4 do presente capítulo.

Pretende-se, inclusive, ao analisar de forma pormenorizada a CAMEDS GUARULHOS – Câmara de Mediação em Direito da Saúde de Guarulhos, entender o seu potencial mediatório, à luz dos referenciais teóricos desenvolvidos, seus desafios atuais e possíveis avanços, de forma integrada, cooperativa e digital.

Porém, faz-se necessário antes, a análise do federalismo cooperativo e sua evolução na era digital, diante das inovações tecnológicas e do Tema 1234 do STF, o que se pretende a seguir.

3.3 Do Federalismo Cooperativo Digital

A Constituição Federal de 1988 consagrou o federalismo como cláusula pétrea, estabelecendo a indissolubilidade do vínculo federativo e a autonomia dos entes que compõem a República. Este desenho federativo inovou ao estabelecer três esferas autônomas de governo: União, Estados e Municípios, reconhecendo aos municípios brasileiros status de entes federativos plenos, dotados de autonomia política, administrativa e financeira e estabeleceu extenso rol de competências comuns e concorrentes, exigindo cooperação entre os entes para efetivação de direitos fundamentais previstos na Constituição Federal.⁴⁷⁷

Essa escolha político-institucional não foi meramente formal ou técnica, mas expressa um projeto político, decidido pelo povo através do constituinte⁴⁷⁸, de descentralização do poder, de valorização das diversidades regionais e de aproximação entre Estado e cidadão.

Desde suas origens republicanas, o federalismo brasileiro precisou conciliar tensões entre unidade nacional e autonomia local, entre coordenação central e diversidade regional, entre eficiência administrativa e participação democrática.

Barroso⁴⁷⁹ indica três elementos caracterizadores do Estado Federado: a repartição de competências, na qual cada entidade possui competências políticas exercitáveis por direito

⁴⁷⁷ Neste sentido, leia-se os Artigos 1º, *caput*; 18 *caput*; 23, 24 e 60, §4º, inciso I da Constituição Federal de 1988.

⁴⁷⁸ Art. 1º, Parágrafo único, da CF: “Todo o poder emana do povo, que o exerce por meio de representantes eleitos ou diretamente, nos termos desta Constituição”.

⁴⁷⁹ BARROSO, Luís Roberto. **Curso de direito constitucional contemporâneo**. 7. ed. São Paulo: Saraiva, 2021, p. 274-288.

próprio, frequentemente classificadas em político administrativas, legislativas e tributárias; a autonomia de cada ente, descrita como o poder de autodeterminação exercido dentro de um círculo pré-traçado pela Constituição, que garante o poder de auto-organização, autogoverno e autoadministração; e a participação na formação da vontade do ente global, que tradicionalmente se dá por meio do Senado Federal, onde todos os Estados têm igual representação.

O então Ministro Carlos Velloso, ao discursar na palestra proferida no *I Encuentro Hispano-Brasileño de Derecho Publico*, realizado em Madri, Espanha, classificou as formas de federalismo existentes:

O Estado Federal - tem evoluído, tem sofrido transformações: o federalismo dual cedeu lugar ao federalismo cooperativo, caracterizando-se o primeiro "pela existência de dois campos de poder, ou melhor, dois governos independentes e soberanos: o da União e os dos Estados". O segundo, "que se verifica atualmente", é o federalismo cooperativo, "em que há o desenvolvimento de atividades nacionais, em que a União e os Estados colaboram entre si, planejam juntos a solução de problemas econômicos e sociais". Nessa linha de pensamento, a lição de Pinto Ferreira, com apoio em Roger Pinto, J. B. Clark e autores europeus (K. Frantz, Bilfinger, Schmitt, Mirkine-Guetzevich e Mouskheli), a dizer que "podem distinguir-se os seguintes tipos de federalismo: a) o federalismo clássico ou de equilíbrio, que é o federalismo norte-americano interpretado segundo a Emenda X da reserva de poderes aos Estados-membros; b) o federalismo neoclássico, que é o novo federalismo norte-americano, aumentando gradativamente os poderes da União perante os estados-membros, e que é também o atual federalismo brasileiro (...)⁴⁸⁰.

Verificou-se, inicialmente, um federalismo dualista ou dual, característico das experiências federativas em suas fases iniciais, pressupondo esferas de competência rigidamente separadas, com cada nível de governo atuando em sua área de atribuição sem interferências ou sobreposições significativas. Porém, a progressiva complexidade das sociedades contemporâneas e a expansão das funções estatais tornaram insustentável esse modelo, impulsionando a transição para arranjos cooperativos marcados pela interdependência e pelo compartilhamento de responsabilidades entre os entes federados⁴⁸¹.

Apesar de estudiosos como Filho⁴⁸² apontarem que, na prática, o rol de competências conferido à União é tão grande que sua prevalência é absoluta no dia a dia, a Constituição

⁴⁸⁰ VELLOSO, Carlos. Estado Federal e Estados Federados na Constituição de 1988: do equilíbrio federativo. *Revista de Direito Administrativo*, v. 187, 1992, p. 13.

⁴⁸¹ NUNES, Rafael Alves. **A crise do federalismo fiscal e a insuficiência do Fundo de Participação dos Municípios**. 2015. Dissertação (Mestrado em Direito) – Programa de Pós-Graduação em Direito, Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2015. p. 11; 80-85. Disponível em: https://bib.pucminas.br/teses/Direito_NunesRA_1.pdf. Acesso em: 04.11.25.

⁴⁸² FERREIRA FILHO, Manoel Gonçalves. **Lições de direito constitucional**. Rio de Janeiro: Saraiva Jur, 2017. *E-book*, p.338.

Federal de 1988 reiterou, de forma dogmática, o modelo de federalismo cooperativo como vigente no País:

Art. 1º A República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, constitui-se em Estado Democrático de Direito e tem como fundamentos [...].

Art. 18. A organização político-administrativa da República Federativa do Brasil compreende a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, todos autônomos, nos termos desta Constituição.[...]

Art. 60. A Constituição poderá ser emendada mediante proposta: [...]

§ 4º Não será objeto de deliberação a proposta de emenda tendente a abolir: I -a forma federativa de Estado[...]⁴⁸³

Também dedicou parte de seus artigos para estruturar o Estado e organizar as competências e atribuições entre os diferentes poderes e esferas da federação. Rodrigues⁴⁸⁴ destaca que esse modelo permite, por um lado, a delegação de competências entre União e Estados-membros, bem como, por outro lado, um sistema de execução legislativa indireto, é dizer: Estados-membros podem, em determinados casos, executar a legislação federal.

O federalismo cooperativo, segundo Zippelius⁴⁸⁵, acarreta uma obrigação ao entendimento entre os entes, um dever das partes no sentido de se harmonizarem e, quando necessário, aceitarem compromissos. Já Mello⁴⁸⁶ afirma que não se pode estabelecer um sistema de cooperação extremamente complexo entre as diferentes esferas do Poder sem que haja uma clara distribuição de funções e sobretudo respeito às áreas privativas de competência, sendo a competência distribuída por esferas dentro de um princípio de coordenação para fins comuns o caminho para grandes resultados.

Bercovici⁴⁸⁷ elucida que no modelo de cooperação nenhum dos entes, nem mesmo a União, pode atuar de maneira isolada. Ainda segundo o autor, a maior expressão da cooperação se dá nas competências denominadas “comuns”, consagradas no art. 23 da Constituição de 1988. São nestas competências que os entes da Federação devem colaborar todos entre si para a execução das tarefas, sendo, naturalmente, as responsabilidades também comuns, não podendo nenhum dos entes da Federação se eximir de implementá-las:

⁴⁸³BRASIL. **Constituição Federal de 1988**. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Presidência da República, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.html. Acesso em: 02.12.24.

⁴⁸⁴ RODRIGUES, Itiberê C. V. Fundamentos dogmático-jurídicos do sistema de repartição das competências legislativa e administrativa na Constituição de 1988. In: REIS, Jorge Renato dos; LEAL, Rogério Gesta (Org.). **Direitos sociais e políticas públicas: desafios contemporâneos**. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2008, p. 98-102.

⁴⁸⁵ ZIPPELIUS, Reinhold. **Teoria Geral do Estado**. 3, ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1997, p. 237. Disponível em: <https://pt.scribd.com/document/811910166/REINHOLD-ZIPPELIUS-Teoria-Geral-do-Estado-3-%C2%AA-Ed-Gulbenkian-1997-pp-108-118-2>. Acesso em: 04.11.25

⁴⁸⁶ MELLO, Osvaldo Ferreira de. **Tendências do federalismo no Brasil**. São Paulo: Lunardelli, 1976, p. 35.

⁴⁸⁷ BERCOVICI, Gilberto. A descentralização de políticas sociais e o federalismo cooperativo brasileiro. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v. 3, n. 1, mar. 2002, p. 16. Disponível em: <https://revistas.usp.br/rdisan/article/view/81291>. Acesso em: 05.11.25.

Art. 23. É competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios:

I - zelar pela guarda da Constituição, das leis e das instituições democráticas e conservar o patrimônio público;

II - cuidar da saúde e assistência pública, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiência;

III - proteger os documentos, as obras e outros bens de valor histórico, artístico e cultural, os monumentos, as paisagens naturais notáveis e os sítios arqueológicos;

IV - impedir a evasão, a destruição e a descaracterização de obras de arte e de outros bens de valor histórico, artístico ou cultural;

V - proporcionar os meios de acesso à cultura, à educação, à ciência, à tecnologia, à pesquisa e à inovação;

VI - proteger o meio ambiente e combater a poluição em qualquer de suas formas;

VII - preservar as florestas, a fauna e a flora;

VIII - fomentar a produção agropecuária e organizar o abastecimento alimentar;

IX - promover programas de construção de moradias e a melhoria das condições habitacionais e de saneamento básico;

X - combater as causas da pobreza e os fatores de marginalização, promovendo a integração social dos setores desfavorecidos;

XI - registrar, acompanhar e fiscalizar as concessões de direitos de pesquisa e exploração de recursos hídricos e minerais em seus territórios;

XII - estabelecer e implantar política de educação para a segurança do trânsito.

Parágrafo único. Leis complementares fixarão normas para a cooperação entre a União e os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, tendo em vista o equilíbrio do desenvolvimento e do bem-estar em âmbito nacional.⁴⁸⁸

A Constituição Cidadã, como visto, adotou expressamente um modelo de federalismo cooperativo, estabelecendo extenso rol de competências comuns que demandam permanente coordenação entre União, Estados, Distrito Federal e Municípios.

O direito fundamental à saúde, com um Sistema Único de Saúde, demonstra bem essa arquitetura cooperativa, conforme previsto na Constituição da República: o artigo 23, inciso II estabelece a competência comum dos entes e o artigo 198 da Constituição prevê que as ações e serviços públicos de saúde integram rede regionalizada e hierarquizada, constituindo sistema único, organizado segundo diretrizes de descentralização, atendimento integral e participação da comunidade.

Porém, a mera previsão constitucional de competências compartilhadas não garante, por si só, sua operacionalização efetiva. A efetivação do direito à saúde, portanto, não é responsabilidade exclusiva de qualquer ente isoladamente, mas exige interação coordenada dos entes federados. Essa necessidade de cooperação, evidente no texto constitucional, enfrentou significativas dificuldades de implementação prática.⁴⁸⁹

⁴⁸⁸ BRASIL. **Constituição Federal de 1988**. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Presidência da República, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.html. Acesso em: 02.12.24.

⁴⁸⁹ ARRETCHE, Marta. Federalismo e políticas sociais no Brasil: problemas de coordenação e autonomia. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 18, n. 2, 2004, p. 19. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/spp/a/yrd5VzhMD8wyrZDDS6WvvP/?lang=pt>. Acesso em: 06.11.25

Segundo Bitencourt e Reck⁴⁹⁰, “uma concepção contemporânea terá de aceitar a coexistência de interações fracas e fortes, em regime de cooperação. (...) tem-se que determinadas políticas dependem intensamente de uma interação forte para realizar um direito fundamental. Por exemplo, o direito à saúde só é realizado a partir de serviços públicos de saúde, combinado com a regulação e o poder de polícia.”

Souza⁴⁹¹ aponta que:

(...) os constituintes de 1988 fizeram uma clara opção pelo princípio de que a responsabilidade pela provisão da maioria dos serviços públicos, em especial os sociais, é comum aos três níveis. (...) Isso gera debates acalorados sobre qual nível é responsável por qual política ou serviço público. Tal debate, que resulta, muitas vezes, em trocas de acusações entre governantes, desconsidera que os constituintes optaram por uma divisão institucional de trabalho entre os entes federativos claramente compartilhada, sinalizando que o federalismo brasileiro teria um caráter mais cooperativo do que dual ou competitivo. No entanto, segundo e apesar do grande número de competências concorrentes, na prática existem grandes distâncias entre o que prevê a Constituição e sua aplicação. O objetivo do federalismo cooperativo está longe de ser alcançado por duas razões principais. A primeira está nas diferentes capacidades dos governos subnacionais de implementarem políticas públicas, dadas as enormes desigualdades financeiras, técnicas e de gestão existentes. A segunda está na ausência de mecanismos constitucionais ou institucionais que estimulem a cooperação, tornando o sistema altamente competitivo.

A falta dessa efetiva coordenação entre os entes federados reflete também em desassistência e conseqüente judicialização da saúde, como visto no capítulo anterior, em que se polarizou: de um lado, o posicionamento daqueles que defendiam que o Judiciário deveria abster-se de interferir em políticas públicas, respeitando as escolhas políticas dos gestores e as limitações orçamentárias do Estado (deferência administrativa), fundamentada na separação de Poderes e na reserva do possível, em que juízes argumentavam não ter legitimidade democrática nem capacidade técnica para decidir sobre alocação de recursos em saúde; de outro lado, posicionamento sustentava que direitos fundamentais sociais, à luz da dignidade da pessoa humana e do mínimo existencial, não podem ser relativizados por conveniências orçamentárias, cabendo ao Judiciário garantir efetividade a esses direitos quando o Executivo se omite.

⁴⁹⁰ BITENCOURT, Caroline Müller; RECK, Janriê Rodrigues. Controle da administração pública e accountability: um estudo a partir da perspectiva sistêmica de Niklas Luhmann. **Revista de Investigações Constitucionais**, Curitiba, v. 3, n. 3, set./dez. 2016. Disponível em: <https://admin,+5.+Janri%C3%AA+Rodrigues+Reck,+Caroline+M%C3%BCller+Bitencourt.pdf>. Acesso em: 06.11.25.

⁴⁹¹ SOUZA, Celina. Federalismo, desenho constitucional e instituições federativas no Brasil pós-1988. **Revista de Sociologia e Política**, Curitiba, n. 24, jun. 2005, p. 111. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsocp/a/w75TqBF3yJv4JHqyV65vcjb/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 05.11.25

Essa polarização obscurecia elementos essenciais do problema. A questão não se limitava a escolher entre ativismo judicial ou deferência às decisões administrativas. O problema era fundamentalmente de coordenação federativa.⁴⁹²

A ausência de mecanismos institucionais adequados de coordenação interfederativa conduziu ainda a inúmeras disputas sobre responsabilidades, resultando na responsabilização solidária que, embora concebida para ampliar o acesso dos cidadãos aos serviços de saúde, gerou, na prática, significativas ineficiências ao permitir que o Poder Judiciário determinasse qual ente deveria custear determinada prestação sem considerar adequadamente as regras de repartição de competências estabelecidas pela legislação do Sistema Único de Saúde.

Essa indefinição manifestou-se de forma particularmente problemática na judicialização de demandas por medicamentos e tratamentos. Cidadãos, confrontados com a negativa de fornecimento por determinado ente, recorriam ao Judiciário sem clareza sobre quem efetivamente deveria responder pela prestação. Frequentemente, União, estados e municípios eram demandados solidariamente, gerando litígios sobre responsabilidades e duplicação de esforços processuais.

E não raro, negativas de fornecimento decorriam não de ausência de recursos no sistema, mas de falhas de coordenação entre os entes. Ainda, medicamento disponível na rede estadual não era fornecido porque o município, responsável pela atenção básica, não tinha informação ou mecanismo para acessá-lo. Tratamento disponível em hospital federal não era acessado porque o sistema estadual de regulação desconhecia essa disponibilidade. A fragmentação informacional e a ausência de mecanismos efetivos de cooperação geravam omissões que o Judiciário buscava suprir, caso a caso, sem capacidade de resolver as disfuncionalidades estruturais, conforme se evidenciou na audiência pública nº. 4 do STF, já tratada no capítulo 2.

Demonstrou-se que é indubitável a limitação do Poder Judiciário em canalizar as demandas sociais em matéria de políticas públicas de saúde quando atua isoladamente, sem instrumentos de coordenação com as instâncias administrativas e sem mecanismos efetivos de diálogo com os gestores do sistema. Dallari⁴⁹³, em 1996, já apontava a premência dos operadores do direito aprofundarem seus entendimentos a respeito dos direitos sociais, medida que auxiliaria na tomada de decisões conscientes e efetivamente práticas.

⁴⁹² BITENCOURT, Caroline Müller; RECK, Janriê Rodrigues. Controle da administração pública e accountability: um estudo a partir da perspectiva sistêmica de Niklas Luhmann. **Revista de Investigações Constitucionais**, Curitiba, v. 3, n. 3, set./dez. 2016. Disponível em: <https://admin,+5.+Janri%C3%AA+Rodrigues+Reck,+Caroline+M%C3%BCller+Bitencourt.pdf>. Acesso em: 06.11.25.

⁴⁹³ DALLARI, Sueli Gandolfi. Advocacia em saúde no Brasil contemporâneo. **Revista Saúde Pública**, 1996, p. 597. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89101996000600014>, Acesso em: 03.04.25.

Para além da capacitação técnico-operacional do Poder Judiciário, cuja ampliação de competência tem sido duramente criticada⁴⁹⁴, mostra-se “imperioso um diálogo interinstitucional entre todos os atores envolvidos no processo de formulação e execução de políticas públicas”.⁴⁹⁵

Diante disso, elucidam Schulman e Silva⁴⁹⁶:

O roteiro usual pelo qual a única resposta às negativas é a propositura de ações judiciais onera o sistema, torna-o complexo e potencializa iniquidades. Nesse contexto, procura-se repensar essa sistemática partindo de mecanismos não judiciais de solução de conflitos. Com base na premissa de que judicialização não nasce no judiciário e nele não termina, consideram-se medidas para “desjudicializar” a saúde: adoção de câmaras de mediação além do protocolo do Sistema Único de Saúde e antes das demandas judiciais; reforço do diálogo interinstitucional entre entidades como Defensoria Pública, Ministério Público e Secretaria de Saúde e Núcleos de Apoio Técnico dos tribunais; ampliação das vias não judiciais, facilitando o acesso, reduzindo gastos não destinados ao tratamento e aprimorando a saúde pública.

Pode-se perceber que o diálogo interinstitucional sobressai como importante instrumento voltado à implementação da saúde, podendo ser conceituado como uma permanente e eficaz comunicação entre os principais atores institucionais responsáveis pela gestão estatal da saúde no País, perfazendo-se em uma ferramenta essencial para a compreensão dos diversos prismas de observação e interpretação da realidade imposta e, principalmente, para a elaboração conjunta de propostas que contribuam significativamente para a desjudicialização do direito à saúde, além de salvaguardar princípios jurídicos imprescindíveis para a boa administração pública, tais como a governança e a eficiência.

A ideia dos diálogos interinstitucionais encontra fundamentação nas teorias contemporâneas que questionam a supremacia judicial absoluta, segundo Brandão⁴⁹⁷, reconhecendo que a interpretação constitucional não deve ser monopólio de uma única instituição, mas resultado de processos que incorporem múltiplos atores.

⁴⁹⁴ WANG, Daniel Wei Liang. Revisitando Dados e Argumentos no Debate sobre Judicialização da Saúde. *Revista Estudos Institucionais*, v. 7, n. 2, maio/ago. 2021, p. 858. Disponível em: <https://www.estudosinstitucionais.com/REI/article/view/650>. Acesso em: 29.03.26.

⁴⁹⁵ COSTA, Claudia Maria. **O protagonismo do Poder Judiciário no estado social de direito: diagnósticos, consequências e contribuições para a sua transformação democrática.** 2017. Tese (Doutorado em Direito) – Faculdade de Direito, Universidade Mackenzie, São Paulo, 2017, p. 87. Disponível em: <http://tede.mackenzie.br/jspui/bitstream/tede/3417/5/Claudia%20Marcia%20Costa.pdf>. Acesso em: 25.05.25

⁴⁹⁶ SCHULMAN, Gabriel; SILVA, Alexandre Barbosa da. (Des) judicialização da saúde: mediação e diálogos interinstitucionais. *Revista Bioética*, v. 25, n. 2, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422017000200290. Acesso em: 22.01.25.

⁴⁹⁷ BRANDÃO, Rodrigo. **Supremacia Judicial versus Diálogos Constitucionais: a quem cabe dar a última palavra sobre o sentido da Constituição?** Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2012, p. 336-357.

Neste sentido, Sérgio Victor⁴⁹⁸ demonstra empiricamente essa realidade ao analisar 4.574 ações de controle concentrado de constitucionalidade ajuizadas entre 1988 e 2009, constatando que apenas 13,32% das leis federais impugnadas foram declaradas inconstitucionais pelo STF, evidenciando que a relação entre Corte e Legislativo é significativamente mais cooperativa do que conflituosa, refutando visões que superestimam o papel do Judiciário ou que subestimam a capacidade de resposta do Legislativo.

Nessa perspectiva dialógica, o Supremo Tribunal Federal não deteria a última palavra sobre questões constitucionais, mas participaria de dinâmica iterativa na qual suas decisões seriam passíveis de contestação e ajuste mediante respostas legislativas, administrativas ou mesmo de emendas constitucionais.

A teoria dos diálogos constitucionais reconhece que diferentes instituições possuem legitimidades e capacidades específicas para interpretar a Constituição, sugerindo que arranjos institucionais que permitam a interação entre essas perspectivas produzem resultados superiores a modelos que concentram o poder interpretativo em única instituição, ainda que seja o tribunal constitucional.

No contexto do federalismo cooperativo, essa perspectiva dialógica adquire dimensão adicional, pois os diálogos não ocorrem apenas entre Poderes de Estado, mas entre entes federados autônomos que necessitam coordenar suas ações em áreas de competência compartilhada.

O contexto político-institucional brasileiro, caracterizado pelo presidencialismo de coalizão, traz complexidade aos diálogos entre Judiciário, Legislativo e Executivo e às relações entre os entes federados. Streck⁴⁹⁹ explica que o presidencialismo de coalizão brasileiro, marcado pela fragmentação partidária e pela necessidade de formar maiorias parlamentares mediante acordos políticos, torna o processo legislativo mais lento e complexo, criando ambiente propício, inclusive, para o ativismo judicial, como visto no capítulo anterior.

Nesse contexto, o Supremo Tribunal Federal frequentemente é chamado a intervir em questões que poderiam ser resolvidas pela via legislativa, assumindo papel político que vai além de suas atribuições típicas de guardião da Constituição. A relação entre presidencialismo de coalizão e judicialização revela que as fronteiras entre política e direito, entre arenas

⁴⁹⁸ VICTOR, Sérgio Antônio Ferreira. **Diálogo institucional e controle de constitucionalidade**: debate entre o STF e o Congresso Nacional. 2013. Tese (Doutorado em Direito) – Faculdade de Direito, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013, 159-162.

⁴⁹⁹ STRECK, Lênio Luiz. As relações entre o presidencialismo de coalizão e o ativismo judicial no Supremo Tribunal Federal. In: MENDES, Gilmar Ferreira (Org.). **Jurisdição Constitucional e Direitos Fundamentais**. Brasília: IDP, 2014, p. 66-85.

deliberativas e judiciais, são mais fluidas do que frequentemente se reconhece, demandando análises que considerem as interdependências entre os diferentes poderes e níveis de governo.

Essa constatação torna ainda mais relevante a busca por mecanismos institucionais que viabilizem soluções cooperativas e consensuais para conflitos federativos, reduzindo a intervenção judicial.

Nesta toada, faz-se importante referenciar princípios que fundamentam essa busca por cooperação e que orientam a gestão pública contemporânea, ainda que de forma sintetizada, dada suas especificidades e pertinência ao desenvolvimento do presente estudo. A boa administração, apesar de ser uma ideia que permeia implicitamente a Administração Pública desde o início dos tempos, possui como marco a sua previsão no artigo 41, da Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia⁵⁰⁰:

Art. 41. Direito a uma boa administração

1. Todas as pessoas têm direito a que os seus assuntos sejam tratados pelas instituições, órgãos e organismos da União de forma imparcial, equitativa e num prazo razoável.
2. Este direito compreende, nomeadamente:
 - a. O direito de qualquer pessoa a ser ouvida antes de a seu respeito ser tomada qualquer medida individual que a afete desfavoravelmente;
 - b. O direito de qualquer pessoa a ter acesso a aos processos que se lhe refiram, no respeito pelos legítimos interesses da confidencialidade e do segredo profissional e comercial;
 - c. A obrigação, por parte da administração, em fundamentar as suas decisões.
3. Todas as pessoas têm direito à reparação, por parte da União, dos danos causados pelas suas instituições ou pelos seus agentes no exercício das respectivas funções, de acordo com os princípios gerais comuns às legislações dos Estados-Membros.
4. Todas as pessoas têm a possibilidade de se dirigir às instituições da União numa das línguas dos Tratados, devendo obter uma resposta na mesma língua.

Compreende-se dessa disposição normativa que a boa administração constitui macroprincípio permeado por muitos outros princípios aplicados no intento de garantir uma boa gestão dos administrados, como a legalidade, a proteção da confiança, a proporcionalidade, a igualdade, a eficácia e a eficiência, e de direitos como o direito de audiência e o direito a uma decisão em prazo razoável, podendo ser considerado ainda tanto um direito dos cidadãos quanto uma obrigação estatal.

Contribui significativamente para essa compreensão Maffini⁵⁰¹, ao analisar a administração pública dialógica e a proteção procedimental da confiança, argumentando que a observância do contraditório e da ampla defesa não se restringe aos processos administrativos

⁵⁰⁰ UE. **Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia**. Disponível em: <https://data.europa.eu/doi/10.2775/87663>. Acesso em: 30.01.25.

⁵⁰¹ MAFFINI, Rafael. Administração pública dialógica (proteção procedimental da confiança). Em torno da Súmula Vinculante nº 3, do Supremo Tribunal Federal. **Revista de Direito Administrativo**, Rio de Janeiro, n. 255, 2010, p. 73-93.

sancionadores, mas deve permear todas as relações administrativas em que decisões estatais possam afetar direitos dos administrados. No contexto federativo, essa perspectiva dialógica exige que os entes federados sejam ouvidos antes da tomada de decisões que afetem suas competências ou interesses, fortalecendo a dimensão cooperativa do federalismo mediante procedimentos que garantam participação efetiva de todos os envolvidos.

A consensualização administrativa, tendência marcante do direito administrativo contemporâneo, conforme identifica Marrara⁵⁰², manifesta-se em instrumentos que substituem imposições unilaterais por processos negociais, característica que assume importância redobrada no contexto federativo, onde as relações entre entes não podem ser adequadamente compreendidas mediante categorias de autoridade e subordinação, mas demandam reconhecimento de autonomias constitucionalmente garantidas, tornando a negociação e o consenso não apenas desejáveis mas necessários para a coordenação de políticas públicas em áreas de competência compartilhada.

Porém, Shuenquener e Dionísio⁵⁰³ alertam que a multiplicidade de instituições com competência pode gerar sobreposições e conflitos que comprometem a efetividade das soluções consensuais, demandando coordenação entre os diversos órgãos que incluem Ministério Público, Advocacia Pública, Defensorias, órgãos de controle e agências reguladoras; desafio que se multiplica exponencialmente no contexto federativo, onde cada ente conta com suas próprias instituições.

Nesse sentido, a intersecção de princípios que caracteriza a boa administração se entrelaça em aspectos como o da governança, termo que, para Rosenau⁵⁰⁴, refere-se a atividades apoiadas em objetivos comuns, que podem ou não derivar de responsabilidades legais e formalmente prescritas e não dependem, necessariamente, do poder de polícia para que sejam aceitas e vençam resistências.

Contemporaneamente, com enfoque no âmbito público, a governança pode ser entendida, segundo Filgueiras⁵⁰⁵, como um processo institucional de construção de autoridade política e administrativa, com definição de quem governa, em que condições e com o dever de

⁵⁰² MARRARA, Thiago. Regulação consensual: o papel dos compromissos de cessação de prática no ajustamento de condutas dos regulados. *Revista Digital de Direito Administrativo*, v. 4, n. 1, 2017, p. 280.

⁵⁰³ SHUENQUENER, Valter; DIONÍSIO, Pedro. Desafios à coordenação dos acordos substitutivos no Brasil. *Revista de Direito Administrativo*, Rio de Janeiro, v. 279, n. 2, maio/ago, 2020, p. 306.

⁵⁰⁴ ROSENAU, James. Governança, ordem e transformação na política mundial. In: ROSNEAU, James; CZEMPIEL, Ernst-Otto. *Governança sem governo: ordem e transformação na política mundial*. Brasília: Ed. Unb e São Paulo: Imprensa Oficial do Estado, 2000, p. 11-46.

⁵⁰⁵ FILGUEIRAS, Fernando. Governance, Brazil. In: FARAZMAND, Ali (ed.), *Global encyclopedia of public administration, public policy, and governance*. Cham, Switzerland, Springer International Publishing. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/332767084_Governance_-_Brazil. Acesso em: 30.01.25.

prestar contas à sociedade. Para além de delimitar quem é responsável pelo que, a governança implica na boa gestão das respectivas responsabilidades e evidencia a atuação conjunta dos diversos atores estatais, já despontando na imprescindibilidade do diálogo interinstitucional.

A eficiência, por sua vez, foi incluída no rol de princípios constitucionais da Administração Pública por meio da Emenda Constitucional nº 19, de 1998⁵⁰⁶, e pode ser compreendida como a imposição aos agentes públicos a fim de que estes realizem suas atribuições com presteza, perfeição e rendimento funcional, ou seja, para além da legalidade outrora prevista, os agentes devem ainda galgar resultados positivos e efetivamente eficazes para o serviço público, com o fito de oferecer atendimento satisfatório das necessidades dos cidadãos⁵⁰⁷. É nesse sentido o entendimento de Di Pietro⁵⁰⁸:

O princípio da eficiência apresenta, na realidade, dois aspectos: pode ser considerado em relação ao modo de atuação do agente público, do qual se espera o melhor desempenho possível de suas atribuições, para lograr os melhores resultados; e em relação ao modo de organizar, estruturar, disciplinar a Administração Pública, também com o mesmo objetivo de alcançar os melhores resultados na prestação do serviço público.

Tendo em vista os princípios norteadores da Administração Pública, demonstra-se cristalina a imprescindibilidade de se estabelecer um contato dinâmico e eficaz entre os principais atores da sociedade no sentido de, em um só movimento, garantir a efetiva aplicação das políticas públicas, seguindo os princípios e diretrizes do SUS, e diminuir o crescente processo de judicialização, promovendo a integração entre os poderes e a sociedade, numa contínua cooperação por meio de diálogos interinstitucionais.

Sendo assim, para efetivar uma política de saúde adequada, torna-se imperativo que os atores envolvidos participem do processo desde sua gestão até sua implementação, criando condições factíveis para seu exercício, o que só pode ser realizado considerando inúmeros aspectos, como fatores políticos e territoriais.⁵⁰⁹

Nesse cenário, para além da interlocução entre os entes federativos, o componente democrático, a partir da efetiva participação dos cidadãos com sua característica de multiplicidade de opiniões e de interesses, é fundamental para o estabelecimento de políticas públicas com enfoque no diálogo interinstitucional, que pode ser evidenciado pelas iniciativas

⁵⁰⁶ BRASIL. **Emenda constitucional nº 19, de 1998**. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc19.htm. Acesso: em 30.01.25

⁵⁰⁷ MEIRELLES, Hely Lopes. **Direito administrativo brasileiro**. São Paulo: Malheiros, ed. 45, 2025, p. 86-88.

⁵⁰⁸ DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella. **Direito Administrativo**. 37. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2024. *E-book*. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9786559649440/>. Acesso em: 05.11.25.

⁵⁰⁹ MARTINI, Sandra Regina. **Saúde: um direito fundado na fraternidade**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009, p. 65-86.

e experiências de mediação, inclusive com a utilização da tecnologia, na era digital que se vivencia.

Para isso, se resgata o princípio do federalismo cooperativo, agora em moldes aprimorados, considerando a possibilidade de utilização das novas tecnologias disruptivas capazes de promover a cooperação entre todas as esferas do Poder Público, de forma mais eficaz e efetiva. É nesse contexto, ainda, que emerge a necessidade de superação do federalismo cooperativo tradicional mediante sua transição para um modelo digital que viabilize formas de coordenação anteriormente impraticáveis.

Conforme já desenvolvido, o federalismo cooperativo brasileiro, consagrado pela Constituição de 1988, estabelece sistema complexo de repartição de competências que combina competências exclusivas, privativas, comuns e concorrentes, criando zonas de atuação compartilhada que demandam coordenação permanente entre União, Estados, Distrito Federal e Municípios.

Todavia, a operacionalização prática desse modelo revela-se significativamente mais complexa do que a mera previsão constitucional de competências compartilhadas, na linha do que demonstrou Shuenquener e Dionísio⁵¹⁰ e conforme demonstrado por Bitencourt e Schmidt⁵¹¹ ao analisarem os desafios avaliativos de políticas públicas implementadas de forma descentralizada. Os autores evidenciam que a multiplicidade de atores responsáveis pela mesma política gera desafios metodológicos significativos para a identificação de responsabilidades específicas e a mensuração de resultados atribuíveis a cada nível de governo.

O federalismo cooperativo, tradicionalmente compreendido como a articulação entre os diferentes níveis de governo na execução de políticas públicas⁵¹², encontra-se em momento de profunda transformação ante os desafios e oportunidades trazidos pela era digital.

Esta metamorfose representa não apenas uma adaptação aos novos tempos, mas uma verdadeira reinvenção dos mecanismos de colaboração intergovernamental, especialmente no que tange à efetivação de direitos fundamentais, como a saúde.

⁵¹⁰ SHUENQUENER, Valter; DIONÍSIO, Pedro. Desafios à coordenação dos acordos substitutivos no Brasil. **Revista de Direito Administrativo**, Rio de Janeiro, v. 279, n. 2, maio/ago, 2020, p. 308.

⁵¹¹ BITENCOURT, Caroline Müller; SCHMIDT, João Pedro. Avaliação de políticas públicas no federalismo cooperativo: notas sobre os desafios das competências comuns e concorrentes. **Revista Jurídica**, v. 3, n. 56, 2019, p. 86-111.

⁵¹² BITENCOURT, Caroline Müller; TAVARES, André Afonso. Avaliação de políticas públicas no contexto do federalismo cooperativo brasileiro. **A&C - Revista de Direito Administrativo & Constitucional**, Belo Horizonte, v. 22, n. 90, 2022, p. 184. Disponível em: <https://revistaaec.com/index.php/revistaaec/article/view/1736>. Acesso em: 24.09.25.

A crescente complexidade dos sistemas de saúde contemporâneos, aliada à velocidade das transformações tecnológicas, exige dos entes federativos uma resposta coordenada que transcenda os modelos cooperativos convencionais, demandando a incorporação de ferramentas digitais como instrumento de integração e eficiência.

A necessidade de evolução do federalismo cooperativo clássico para um modelo digital torna-se ainda mais evidente quando analisamos as limitações dos mecanismos tradicionais de coordenação federativa no contexto da saúde pública. Ora, enquanto o modelo clássico baseia-se predominantemente em acordos formais, repasses financeiros e estruturas burocráticas rígidas, o ambiente digital oferece possibilidades inéditas de integração em tempo real, compartilhamento instantâneo de dados e tomada de decisões baseada em evidências atualizadas continuamente.

Esta transição não representa apenas uma modernização tecnológica, mas uma mudança paradigmática na forma como os entes federativos concebem e operacionalizam suas responsabilidades compartilhadas, permitindo uma cooperação mais ágil, transparente e eficaz.

Vale destacar que o Poder Judiciário tem acompanhado as inovações tecnológicas. Segundo dados da plataforma Sinapses⁵¹³, em 2023 foram 140 projetos desenvolvidos ou em desenvolvimento relacionados ao uso de inteligência artificial no Judiciário, o que representa um aumento de 26% em comparação aos números do ano de 2022.

Dentre as iniciativas vigentes, destaca-se o “projeto de Pesquisa & Desenvolvimento de aprendizado de máquina (*machine learning*) sobre dados judiciais de repercussões gerais do Supremo Tribunal Federal”, idealizado pelo STF em parceria com a Universidade Federal de Brasília (UnB) no ano de 2018.⁵¹⁴

Batizado em homenagem ao falecido ministro Victor Nunes Leal, magistrado que desempenhou papel fundamental na sistematização da jurisprudência do STF em súmulas, facilitando significativamente a aplicação dos precedentes judiciais aos recursos, o Projeto Victor foi elaborado com o fito de aplicar métodos de aprendizado de máquina para realizar o reconhecimento de padrões em processos jurídicos de repercussão geral levados à apreciação do STF, como esclarecem Filho e Junquillo⁵¹⁵:

⁵¹³ BRASIL. CNJ. **Plataforma sinapses**. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/sistemas/plataforma-sinapses/paineis-e-publicacoes/>. Acesso em: 13.02.25.

⁵¹⁴ ANDRADE, Mariana Dionísio de, *et. al.* Inteligência artificial para o rastreamento de ações com repercussão geral: o projeto Victor e a realização do princípio da razoável; duração do processo. **Revista Eletrônica de Direito Processual**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, 2019. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/redp/article/view/42717>. Acesso em: 13.02.25

⁵¹⁵ MAIA FILHO, Mamede Said; JUNQUILHO, Tainá Aguiar. Projeto Victor: perspectivas de aplicação da inteligência artificial ao direito. **Revista de Direitos e Garantias Fundamentais**, v. 19, n. 3, 2018, p. 222. Disponível em: <https://sisbib.emnuvens.com.br/direitosegarantias/article/view/1587/pdf>. Acesso em: 06.11.25.

A nova ferramenta que está sendo desenvolvida tem a finalidade de realizar o juízo acerca da repercussão geral no STF, avaliando a totalidade dos recursos extraordinários e agravos em recursos extraordinários que chegam à Corte, e investigar se cumprem o requisito determinado pelo art. 102, § 3º, da Constituição Federal, ou seja, se se vinculam a algum tema de repercussão geral. Nesse sentido, o projeto do STF pode vir a se constituir em poderosa ferramenta de utilização de IA que afetará positivamente o desenvolvimento do controle de constitucionalidade difuso realizado pela Corte.

Com a utilização do Victor, que hoje em dia já é uma realidade, uma tarefa que seria realizada por um servidor no tempo médio de 44 minutos é feita em cinco segundos pelo robô, com acurácia de 95%⁵¹⁶, demonstrando a eficácia da adoção das novas tecnologias e poupando recursos humanos para as tarefas que efetivamente os demandam.

O Poder Judiciário inova não apenas internamente, como demonstrado na adoção do projeto Victor, mas também incentiva, no exercício de seu poder típico decisório, o avanço tecnológico na Administração Pública.

Importantíssimo nesse sentido, para o recorte proposto, o recente julgamento do Tema 1234⁵¹⁷ pelo Supremo Tribunal Federal. A tese fixada estabeleceu que a responsabilidade pelo fornecimento de medicamentos é solidária entre os entes federativos, mas essa solidariedade deve ser operacionalizada por sistema integrado que identifique, em cada caso concreto, qual ente tem melhores condições de atender a demanda. O acórdão determinou a criação do Sistema Nacional de Coordenação de Demandas Estratégicas do SUS, plataforma digital que integra informações sobre disponibilidade de medicamentos, capacidade instalada dos entes federativos e demandas judiciais e administrativas por assistência à saúde.

A princípio, o Supremo Tribunal Federal fixou a competência da Justiça Federal para as demandas nas quais o valor do tratamento anual específico do fármaco for igual ou superior ao valor de 210 salários-mínimos, mantendo a competência deste órgão julgador também para as demandas referentes a medicamentos sem registro na Anvisa, que deverão necessariamente ser propostas em face da União, nos ditames do tema 500 do STF⁵¹⁸.

⁵¹⁶ BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **STF apresenta inovações em seminário sobre Corte Constitucional Digital**. Disponível em: <http://portal.stf.jus.br/noticias/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=464769&ori=1>. Acesso em: 13.02.25.

⁵¹⁷BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Tema nº 1234**. Responsabilidade solidária nas demandas prestacionais na área da saúde. Min Relator: Luiz Fux, 23 de maio de 2019. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/jurisprudenciaRepercussao/verAndamentoProcesso.asp?incidente=6335939&numeroProcesso=1366243&classeProcesso=RE&numeroTema=1234>. Acesso em: 14.02.25.

⁵¹⁸BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Tema nº 500**. Medicamentos não registrados na ANVISA. Min. Relator: Marco Aurélio, 22 de set de 2019. Disponível em: <https://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=TP&docID=754312026>. Acesso em: 14.02.25.

Por conseguinte, estabelece também a definição do termo Medicamentos Não Incorporados, sendo aqueles que não constam na política pública do SUS; medicamentos previstos nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDTs) para outras finalidades; medicamentos sem registro na ANVISA; e medicamentos *off label* (uso de fármacos para uma indicação, um subgrupo populacional e/ou, ainda, em uma dosagem/via de administração diferente da que foi aprovada pela entidade reguladora do país e registrado na bula (*label*) do medicamento) sem PCDT ou que não integrem listas do componente básico.

Corte entendeu que as ações de competência da Justiça Federal deverão ser custeadas integralmente pela União, cabendo inclusive o ressarcimento aos Estados e ao Distrito Federal nos casos de condenação supletiva destes entes. Ainda nesse sentido, determinou que cabe ao magistrado, nas demandas em que figure apenas a União no polo passivo, promover a inclusão do Estado ou Município para possibilitar o cumprimento efetivo da decisão, sempre que presente essa necessidade.

Tratou a relevante decisão também acerca da análise judicial do ato administrativo de indeferimento de medicamento, estabelecendo que a análise jurisdicional deve restringir-se ao exame da regularidade do procedimento e da legalidade do ato à luz do controle de legalidade e da teoria dos motivos determinantes, não sendo possível incursão no mérito administrativo, excetuada a cognição do ato administrativo discricionário, o qual se vincula à existência, à veracidade e à legitimidade dos motivos apontados como fundamentos para a sua adoção.

Nos casos de medicamento não incorporado, fixou-se ao autor da ação o ônus de demonstrar a segurança e a eficácia do fármaco, bem como a inexistência de substituto terapêutico incorporado pelo SUS, não bastando, conforme decisão da Suspensão de Tutela Antecipada 175-AgR⁵¹⁹, a simples alegação de necessidade do medicamento, ainda que acompanhada de relatório médico.

Cumprido destacar, ainda, do Tema 1234⁵²⁰ o reforço ao método autocompositivo de solução de conflitos, ao diálogo interfederativo e à plataformização digital, responsável por centralizar as informações das demandas administrativas e judiciais de acesso aos fármacos, em todos os âmbitos administrativos:

RECURSO EXTRAORDINÁRIO COM REPERCUSSÃO GERAL. TEMA 1.234.
LEGITIMIDADE PASSIVA DA UNIÃO E COMPETÊNCIA DA JUSTIÇA

⁵¹⁹BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **STA 175 AgR / CE**. Responsabilidade solidária dos entes da Federação em matéria de saúde. Min. Relator: Gilmar Mendes, 17 de março de 2010. Disponível em <https://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=AC&docID=610255>. Acesso em: 17.10.25.

⁵²⁰BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Tema nº 1234**. Responsabilidade solidária nas demandas prestacionais na área da saúde. Min Relator: Luiz Fux, 23 de maio de 2019. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/jurisprudenciaRepercussao/verAndamentoProcesso.asp?incidente=6335939&numeroProcesso=1366243&classeProcesso=RE&numeroTema=1234>. Acesso em: 14.02.25.

FEDERAL NAS DEMANDAS QUE VERSAM SOBRE FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS REGISTRADOS NA ANVISA, MAS NÃO INCORPORADOS NO SUS. NECESSIDADE DE AMPLIAÇÃO DO DIÁLOGO, DADA A COMPLEXIDADE DO TEMA, DESDE O CUSTEIO ATÉ A COMPENSAÇÃO FINANCEIRA ENTRE OS ENTES FEDERATIVOS. DESIGNAÇÃO DE COMISSÃO ESPECIAL COMO MÉTODO AUTOCOMPOSITIVO DE SOLUÇÃO DE CONFLITOS. INSTAURAÇÃO DE UMA INSTÂNCIA DE DIÁLOGO INTERFEDERATIVA.

(...)

V - Plataforma Nacional.

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

5.1) A porta de ingresso à plataforma será via prescrições eletrônicas, devidamente certificadas, possibilitando o controle ético da prescrição, a posteriori, mediante ofício do Ente Federativo ao respectivo conselho profissional.

5.2) A plataforma nacional visa a orientar todos os atores ligados ao sistema público de saúde, possibilitando a eficiência da análise pelo Poder Público e compartilhamento de informações com o Poder Judiciário, mediante a criação de fluxos de atendimento diferenciado, a depender de a solicitação estar ou não incluída na política pública de assistência farmacêutica do SUS e de acordo com os fluxos administrativos aprovados pelos próprios Entes Federativos em autocomposição.

5.3) A plataforma, entre outras medidas, deverá identificar quem é o responsável pelo custeio e fornecimento administrativo entre os Entes Federativos, com base nas responsabilidades e fluxos definidos em autocomposição entre todos os Entes Federativos, além de possibilitar o monitoramento dos pacientes beneficiários de decisões judiciais, com permissão de consulta virtual dos dados centralizados nacionalmente, pela simples consulta pelo CPF, nome de medicamento, CID, entre outros, com a observância da Lei Geral de Proteção de Dados e demais legislações quanto ao tratamento de dados pessoais sensíveis.

5.4) O serviço de saúde cujo profissional prescrever medicamento não incorporado ao SUS deverá assumir a responsabilidade contínua pelo acompanhamento clínico do paciente, apresentando, periodicamente, relatório atualizado do estado clínico do paciente, com informações detalhadas sobre o progresso do tratamento, incluindo melhorias, estabilizações ou deteriorações no estado de saúde do paciente, assim como qualquer mudança relevante no plano terapêutico.

Em síntese, a orientação do Supremo foi no sentido de centralizar as informações e garantir uma comunicação eficiente entre todos os entes federativos no que tange à disponibilização dos fármacos, incentivando os principais atores, de forma colaborativa e em autocomposição, estabeleçam fluxos administrativos e delimitem as respectivas responsabilidades a fim de promover a eficiência da análise pelo Poder Público e compartilhamento de informações com o Poder Judiciário, com a utilização de uma plataforma nacional digital.

O julgamento do Tema 1.234 pelo Supremo Tribunal Federal⁵²¹ constitui, portanto, marco jurisprudencial que evidencia uma transformação. Ao reconhecer a responsabilidade

⁵²¹ BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Tema nº 1234**. Responsabilidade solidária nas demandas prestacionais na área da saúde. Min Relator: Luiz Fux, 23 de maio de 2019. Disponível em:

solidária dos entes federativos no fornecimento de medicamentos de alto custo, independentemente de limitações orçamentárias específicas, a Corte Suprema sinaliza para a necessidade de mecanismos cooperativos mais sofisticados e integrados. Esta decisão transcende a mera distribuição de competências, apontando para a imprescindibilidade de sistemas que permitam a identificação eficiente de recursos disponíveis, o compartilhamento de informações sobre demandas sanitárias e a coordenação otimizada de esforços entre União, Estados e Municípios.

Esta transformação caracteriza-se pela utilização sistemática de plataformas digitais, algoritmos de inteligência artificial, sistemas de informação integrados e ferramentas de big data como instrumentos centrais da cooperação intergovernamental, transformando a forma como União, estados e municípios compartilham responsabilidades, recursos e informações na garantia de direitos fundamentais.

Com efeito, a decisão do Supremo Tribunal Federal no Tema 1234 representa um novo paradigma na evolução do federalismo cooperativo brasileiro, demonstrando a transição do modelo tradicional para o que se pode denominar de “Federalismo Cooperativo Digital”.

Este novo paradigma, portanto, se manifesta-se de forma mais evidente na determinação de criação de uma plataforma nacional digital centralizada que integrará todas as informações sobre demandas administrativas e judiciais de medicamentos, estabelecendo uma governança colaborativa entre os entes federativos e o Poder Judiciário.

Frise-se que, diferentemente do federalismo cooperativo clássico, que se baseava em acordos formais e repasses financeiros operacionalizados por meio de estruturas burocráticas tradicionais, esta nova modalidade, ora defendida, incorpora, sistemicamente, ferramentas tecnológicas como instrumento central da cooperação intergovernamental, criando fluxos integrados de informação e tomada de decisão em tempo real. A tecnologia digital, neste sentido, não é mero instrumento de eficiência administrativa, mas elemento constitutivo de nova forma de coordenação federativa.

O sistema digital proposto vai além da mera informatização de processos existentes, criando uma nova arquitetura de governança que permite a identificação automática de responsabilidades entre os entes federados, otimizando a alocação de recursos e eliminando as tradicionais disputas de competências que caracterizavam o federalismo cooperativo clássico.

A dimensão mais impactante desta transformação encontra-se na capacidade de monitoramento contínuo e consulta virtual centralizada de dados sobre pacientes beneficiários de decisões judiciais, permitindo o acesso instantâneo a informações por CPF, medicamento ou CID. Esta funcionalidade representa uma mudança qualitativa fundamental na natureza da cooperação federativa, pois estabelece um sistema de transparência digital e *accountability* em tempo real que era impensável no modelo tradicional.

A plataforma nacional digital não constitui apenas um instrumento de coordenação administrativa, mas sim a infraestrutura tecnológica de um novo modelo de federalismo que integra organicamente as dimensões administrativa, judicial e cidadã, criando um ambiente de boa administração e de governança em rede, permitindo a tomada de decisões baseada em evidências atualizadas continuamente e o acompanhamento efetivo da implementação de políticas públicas de saúde em todos os níveis federativos.

Essa integração informacional permite uma gestão adaptativa das políticas públicas no contexto federativo. O compartilhamento de informações sobre disponibilidade de recursos retroalimenta a coordenação entre entes, possibilitando ajustes contínuos que a rigidez hierárquica do modelo tradicional não comportava⁵²², agora proporcionada pelo federalismo cooperativo digital.

As medidas pensadas pela Suprema Corte denotam claramente a imprescindibilidade da união, cooperação e diálogo dos atores governamentais no sentido de suprir as demandas e lidar com a judicialização da saúde. A criação e implementação de uma plataforma nacional, inclusive, já se encontra em fase de testes⁵²³:

O ministro Gilmar Mendes, do Supremo Tribunal Federal (STF), abriu nesta segunda-feira (30) uma nova fase para implementação de uma plataforma nacional para centralizar demandas envolvendo o acesso e aquisição de medicamentos pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

A criação da plataforma consta da tese fixada pelo Plenário do STF no julgamento do Recurso Extraordinário (RE) 1366243, que discutiu o fornecimento de medicamentos registrados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), mas ainda não incorporados ao SUS. O objetivo do sistema será facilitar a análise e a resolução administrativa desses pedidos, permitindo, se preciso, controle judicial.

Nas fases iniciais, conduzidas em outubro e novembro, o sistema nacional começou a ser construído pela equipe técnica do Tribunal Regional Federal da 4ª Região (TRF-4), que conduziu testes internos na plataforma já existente da Secretaria de Saúde do Estado de Goiás para aquisição e controle de medicamentos.

⁵²² BITENCOURT, Caroline Müller; RECK, Janriê Rodrigues. Controle da administração pública e accountability: um estudo a partir da perspectiva sistêmica de Niklas Luhmann. **Revista de Investigações Constitucionais**, Curitiba, v. 3, n. 3, set./dez. 2016. Disponível em: <https://admin,+5.+Janri%C3%AA+Rodrigues+Reck,+Caroline+M%C3%BCller+Bitencourt.pdf>. Acesso em: 06.11.25.

⁵²³ BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **STF abre nova etapa para implementação de plataforma nacional de demanda de medicamentos**. Disponível em: <https://noticias.stf.jus.br/postsnoticias/stf-abre-nova-etapa-para-implementacao-de-plataforma-nacional-de-demanda-de-medicamentos/>. Acesso em: 14.02.25

A nova etapa, aberta hoje, consistirá na fase de testes externos com a participação voluntária de um número limitado de médicos de Goiás que passarão a utilizar a nova plataforma. A duração será de 90 dias. A escolha do estado ocorreu pela existência de plataforma própria e pela permissão de disponibilidade de equipe técnica para atuar no sistema sem qualquer custo para o STF.

O Conselho Federal de Medicina e o Conselho Regional de Medicina de Goiás devem ser informados que a plataforma se encontra disponível para acesso, solicitação e acompanhamento envolvendo a prescrição de qualquer medicamento no âmbito do SUS e/ou de responsabilidade do estado, e indicar os médicos que participarão dos testes junto ao novo sistema.

Após essa fase, novas etapas, descritas no despacho, serão adotadas para garantir a expansão da plataforma a outros estados até sua nacionalização. Ao todo, são previstas nove etapas para a implementação da plataforma em todo o país.

No despacho, o ministro Gilmar Mendes frisa a importância de serem empreendidos esforços para atender a todos os pedidos lançados na plataforma nacional durante o período de testes e que esse momento é importante para garantir o avanço do sistema a outros entes federativos.

“Pela magnitude do projeto e também pela abrangência nacional, antes de sua implementação e difusão em larga escala, tem-se como imperiosa a realização de testes voltados a ajustes técnicos, bem ainda à correção de eventuais entraves, aliado ao aperfeiçoamento da interface com os diversos tipos de usuários que dela utilizarão”, afirmou o ministro.

Vale destacar, ainda, que a referida decisão e a plataformização digital na área de saúde vão ao encontro de uma transformação digital que já vige no governo, idealizada pela lei 14.129/21⁵²⁴ e que preleciona como princípios e diretrizes do Governo Digital, dentre outros, fatores como a desburocratização, a modernização, o fortalecimento e a simplificação da relação do poder público com a sociedade, mediante serviços digitais, acessíveis; a disponibilização em plataforma única do acesso às informações e aos serviços públicos; a interoperabilidade de sistemas e a promoção de dados abertos; o incentivo à participação social no controle da administração; a eliminação de exigências e formalidades; e o apoio técnico aos entes federados para implantação e adoção de estratégias que visem à transformação digital da administração pública.

Vale o destaque ao portal “gov.br”⁵²⁵, website que reúne diversas ferramentas digitais, como por exemplo, o acesso aos documentos de identidade, acesso a plataformas, requerimentos e informações governamentais.

Referida e necessária transformação digital, já operada pelo governo e agora reconhecida e fortalecida pela paradigmática decisão do STF, no Tema 1234, pode ser compreendida, assim, como a espinha dorsal de uma almejada reformulação do pacto

⁵²⁴ BRASIL. Lei nº 14.129, de 29 de março de 2021. Dispõe sobre princípios, regras e instrumentos para o Governo Digital e para o aumento da eficiência pública e altera a Lei nº 7.116, de 29 de agosto de 1983, a Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011 (Lei de Acesso à Informação), a Lei nº 12.682, de 9 de julho de 2012, e a Lei nº 13.460, de 26 de junho de 2017. Brasília, DF: Presidência da República. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2019-2022/2021/lei/14129.htm. Acesso: em 14.02.25

⁵²⁵ BRASIL. Portal gov.br. Disponível em: <https://www.gov.br/pt-br>. Acesso em: 14.02.25

federativo, com uma nova forma pela qual estes se interligam e agem em conjunto, apesar de sua autonomia, garantindo o acesso a uma ordem jurídica justa embasada na uniformização e na remodelagem da autonomia a partir de uma centralização com mais racionalidade.

O Pacto Federativo e o conseqüente federalismo cooperativo, consagrados pela Constituição Cidadã, portanto, sofrem os influxos da transformação operada pela era digital, em uma releitura e ressignificação possível a justificar uma nova moldura normativa, que se pretende denominar “Federalismo Cooperativo Digital”.

Referida construção teórica se justifica para os fins propostos na presente tese, a fundamentar a proposta de uma mediação fraterna integrativa cooperativa digital, conforme passa-se a expor no próximo item.

3.4 Da Mediação Fraterna Integrativa Cooperativa Digital

Como visto nos capítulos anteriores, o direito fundamental à saúde, consagrado constitucionalmente, enfrenta desafios significativos relacionados à complexa repartição de competências no federalismo brasileiro e à crescente judicialização que fragmenta a política em saúde. A análise da judicialização evidenciou não apenas suas causas estruturais e seus impactos sobre o Sistema Único de Saúde e sobre a saúde suplementar, mas também a insuficiência das respostas institucionais tradicionais, mesmo após os avanços representados pela criação da CONITEC, pela valorização dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas, pela implementação dos NAT-jus — Núcleos de Apoio Técnico do Judiciário, ou mesmo pelas iniciativas pontuais em mediação sanitária.

O NAT-jus, por ser um exemplo que demonstra a eficácia no apoio em evidências científicas na área de saúde e na interlocução público-privada, com participação de importantes instituições privadas, como Hospital Sírio-Libanês e o Hospital Israelita Albert Einstein, em que esses hospitais de excelência colaboram técnica e cientificamente para subsidiar decisões de magistrados em ações judiciais que envolvem a saúde,⁵²⁶ é uma sinalização, ainda que tímida, do potencial que se propõe em termos de olhar integrativo na presente tese.

⁵²⁶ A EPM e a Escola de Magistrados da Justiça Federal da 3ª Região (Emag) realizaram nos dias 24 e 25 de outubro de 2024 o seminário on-line Judicialização da saúde – questões técnicas e científicas. O evento reuniu expositores das áreas do Direito e da saúde e teve 621 matriculados, abrangendo 106 comarcas e 18 estados. Informação disponível em: <https://epm.tjsp.jus.br/Noticias/Noticia/105078#gsc.tab=0>. Acesso em: 02.04.26.

Vale o destaque, também, para a CAMEDS Guarulhos, que será tratada no próximo capítulo, por ser um exemplo que apresentou bons resultados em desjudicialização e implementação de políticas públicas, mas ainda demanda avanços em integração e fraternidade.

Fora evidenciado que o problema não se resolve apenas com aprimoramentos técnicos ou procedimentais isolados. É preciso pensar um novo modelo, e é exatamente o que se pretende construir no presente item, à luz dos referenciais teóricos desenvolvidos ao longo desta tese.

Pretende-se, neste momento, articular, de forma integrada e coerente, o princípio constitucional da fraternidade, a mediação como expressão procedimental concreta da fraternidade e as infraestruturas tecnológicas do Federalismo Cooperativo Digital, em uma abordagem que pressupõe a interdependência sistema entre o SUS e a saúde suplementar, resultando em uma proposição inédita que esta tese propõe, com vias a desjudicialização da saúde, qual seja a: **Mediação Fraterna Integrativa Cooperativa Digital**.

A construção desse conceito responde a uma necessidade epistemológica identificada ao longo desta pesquisa: a de que a saúde não é tratada de forma integrada, além de que os três pilares abordados nos itens precedentes - a fraternidade como categoria jurídica constitucional (3.1), a mediação como expressão da fraternidade aplicada à resolução de conflitos em saúde (3.2), e o Federalismo Cooperativo Digital como nova arquitetura de coordenação intergovernamental (3.3) – não são observados de forma articulada e integrada, sendo utilizados, quando o são, pela literatura e pelas iniciativas institucionais, de forma compartimentada e isolada.

Propõe-se, assim, sua articulação em um modelo integrado, capaz de oferecer resposta institucional mais adequada e estruturalmente consistente aos impasses mais profundos do sistema de saúde brasileiro.

O ponto de partida é o resgate da fraternidade, nos termos desenvolvidos no item 3.1, reconhecendo que não é apenas um valor ético ou filosófico de segundo plano no ordenamento jurídico brasileiro, mas macroprincípio constitucional que permeia o texto da Constituição Federal de 1988 de forma expressa e implícita, no preâmbulo, no art. 1º, III, e no art. 3º, I, sendo categoria jurídica com função de contraponto às liberdades e à igualdade, resgatando os deveres fundamentais do indivíduo e do Estado, e servindo de parâmetro para a resolução de colisões entre direitos e a formulação de políticas públicas.

A fraternidade, como macroprincípio jurídico, portanto, tem três funções estruturais: função de equilíbrio entre liberdade e igualdade, evidenciando o lado dos deveres fundamentais; função de reconhecimento do outro em sua alteridade; e função interpretativa, orientando a

aplicação do direito na direção de uma convivência responsável e solidária.⁵²⁷ É precisamente essa tríplice funcionalidade que o habilita a fundamentar normativamente não apenas relações interindividuais, mas também relações interfederativas, interinstitucionais e público-privadas.

O reconhecimento pelo Supremo Tribunal Federal em 24 acórdãos e 132 decisões monocráticas, e pelo Superior Tribunal de Justiça em 138 acórdãos e 3.577 decisões, reforça este referencial.

Nesse sentido, o resgate da fraternidade como fundamento normativo do modelo proposto não é exercício retórico, mas condição de possibilidade da sua coerência interna. Um modelo de desjudicialização que não assente suas bases em um princípio constitucional capaz de impor deveres de cooperação, reconhecimento recíproco e atuação conjunta entre todos os atores do sistema de saúde permanecerá refém da lógica adversarial, que gerou a crise que se pretende enfrentar.

Como fundamentado, o princípio da fraternidade é uma categoria jurídica e não pertence apenas às religiões ou à moral, sendo sua redescoberta de fundamental importância tendo em vista a complexidade dos problemas sociais, jurídicos e estruturais ainda hoje enfrentados pelas democracias, em especial na área da saúde. É precisamente essa complexidade, que caracteriza o fenômeno da judicialização da saúde no Brasil, que demanda o resgate da fraternidade como princípio estruturante de um novo modelo de governança.

A fraternidade, também pode ser aplicada no âmbito das relações federativas, em que há uma interdependência estrutural entre os entes que compõem a República. Não se cuida de eliminar autonomias nem de suprimir diversidades regionais, elementos que integram o próprio projeto político da Constituição de 1988, mas de reconhecer que, diante de um direito fundamental como a saúde, cuja efetivação requer cooperação permanente entre entes federativos, a postura de isolamento institucional e de disputa de competências é, ela mesma, inconstitucional, à luz do constitucionalismo o fraternal.

Conforme propõem Fonseca e Fonseca⁵²⁸, de suma importância a leitura inovadora do pacto federativo também à luz da fraternidade, articulando-se o conceito de federalismo fraternal, em que apresentam a fraternidade como categoria política e jurídica capaz de fundamentar normativamente as relações entre os entes federados.

⁵²⁷ JABORANDY, Clara Cardoso Machado. **A fraternidade no direito constitucional brasileiro**: um instrumento para proteção de direitos fundamentais transindividuais. 2016. Tese (Doutorado) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2016, p. 109-114. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/handle/ri/20048>. Acesso em: 11.12.25.

⁵²⁸ FONSECA, Reynaldo Soares da; FONSECA, Rafael Campos Soares da. Federalismo fraternal: uma proposta de concretização da fraternidade na federação brasileira. **Revista Jurídica da Presidência**, v. 22, n. 127, jun./set, 2020, p. 400.

Nessa perspectiva, o federalismo não pode ser compreendido apenas como arranjo técnico-administrativo de divisão de competências, mas deve ser interpretado à luz dos valores constitucionais que lhe conferem sentido e legitimidade, transcendendo a mera coordenação burocrática para alcançar uma dimensão de solidariedade política entre as unidades da federação. Os referidos autores recuperam contribuições históricas que conectaram a forma federativa de organização estatal com ideais de paz, colaboração e gestão compartilhada do bem comum, demonstrando que o federalismo possui dimensões normativas frequentemente negligenciadas por análises que o reduzem a questões técnicas de engenharia institucional.

Na mesma linha, defende Jaborandy⁵²⁹, que o princípio da cooperação também resulta da ideia de fraternidade, reforçando que:

(...) a cooperação define, dentre outros aspectos, o modo como os Poderes Públicos devem atuar no Estado Democrático. Exsurgem, daí, deveres de conduta tanto para os Poderes Públicos como para toda a sociedade. (...) a elaboração e a execução das ações governamentais, mediante políticas públicas, precisam utilizar como referencial o princípio da fraternidade, e, a partir daí, vislumbrar, antes de tudo, a concretização dos direitos fundamentais, sob pena de transgredir o regime constitucional e configurar exercício ilegítimo do poder. (...) o contexto em que se analisam os litígios relacionados à saúde exige harmonia e cooperação (...) parece correto defender que soluções extrajudiciais baseadas no diálogo entre os Poderes seja mais célere e, muitas vezes, mais eficazes do que as intervenções jurisdicionais. (...) Ainda que haja necessidade de controle jurisdicional, deve-se ter em mente que o papel do Judiciário não é substituir o Legislativo ou o Executivo na elaboração e execução de políticas públicas de saúde, mas cooperar com esses Poderes a fim de consagrar o princípio da fraternidade.

A fundamentação crítico-reflexiva do federalismo continua sendo um problema atual e sem consenso resolutivo, a demandar esforços exaustivos da filosofia política e da teoria política normativa, mas a proposta de fundamentá-lo na fraternidade oferece caminho promissor para superar leituras meramente instrumentais das relações interfederativas, como abertura para novas perspectivas que incluem a efetiva participação dos cidadãos, criando condições de pactuações, comprometimento e responsabilidade no cumprimento dos deveres e possibilitando a eficácia social dos direitos, inclusive, à saúde.⁵³⁰

Assim, à luz desta nova moldura proposta, propõe-se uma cooperação fraterna digital estabelecida entre os entes governamentais, os atores sociais, o sistema de justiça e os cidadãos propriamente ditos que, com a utilização das novas tecnologias, com formulação de sistemas,

⁵²⁹ JABORANDY, Clara Cardoso Machado. A implementação das políticas públicas à luz do constitucionalismo fraterno. *In: Fraternidade como categoria jurídica*. São Paulo: Editora Cidade Nova, 2013, p. 85, 94-95.

⁵³⁰ JABORANDY, Clara Cardoso Machado. *A fraternidade no direito constitucional brasileiro: um instrumento para proteção de direitos fundamentais transindividuais*. 2016. Tese (Doutorado) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2016, p. 163. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/handle/ri/20048>. Acesso em: 11.12.25.

plataformas e meios de comunicação responsáveis por conectá-los, de modo a centralizar dados, viabilizar estudos estatísticos e a delimitação de suas respectivas atribuições, garantindo celeridade, eficiência, humanidade, com participação democrática dos cidadãos, além de promover a governança pública e a boa administração.

Neste sentido, uma contribuição que não pode deixar de ganhar destaque é a perspectiva de uma democracia a partir da responsabilidade participativa do indivíduo em favor do coletivo, o que exige ato de cooperação mútua a fim de fortalecer a democracia.

A dimensão democrática da fraternidade é aprofundada por Chalita e Levy⁵³¹ quando destacam que os conceitos de "liberdade, igualdade e fraternidade não existem isoladamente, posto que seriam abstrações inúteis", reafirmando que na vida comunitária democrática estes valores se entrelaçam numa perspectiva cooperativa reflexiva que privilegia a responsabilidade participativa do indivíduo em favor do coletivo, exigindo ato de cooperação mútua para o fortalecimento das relações sociais.

Esta abordagem revela-se particularmente relevante no contexto da desjudicialização da saúde, onde a fraternidade emerge não apenas como princípio constitucional, mas como paradigma de dever e orientador de práticas colaborativas entre entes federados, instituições, atores do sistema de saúde e cidadãos.

A fraternidade fundamenta relações baseadas na cooperação e no diálogo, elementos essenciais para superar a lógica adversarial que caracteriza a judicialização excessiva. Assim, o resgate da fraternidade como princípio estruturante e dever fundamental permite repensar os mecanismos de resolução de conflitos em saúde, privilegiando construções consensuais que reconhecem a interdependência sistêmica entre SUS e saúde suplementar, viabilizando um federalismo verdadeiramente cooperativo e fraternal na efetivação do direito à saúde.

No federalismo, a fraternidade, como macroprincípio jurídico, orienta que os entes se compreendam como partes de um projeto político comum, em que a autonomia de cada qual se legitima pela participação que traz à realização do bem comum. "Estamos todos num mesmo barco"⁵³², como síntese metafórica que o constitucionalismo fraternal inspira e que esta tese adota como premissa estruturante.

⁵³¹ CHALITA, Gabriel Benedito Issaac; LEVY, Wilson. Democracia, cooperação e cidadania. **Revista Jurídica Unicuriitba**, Curitiba, v. 4, n. 57, out./dez. 2019, p. 427. Disponível <https://revista.unicuriitba.edu.br/index.php/RevJur/article/view/3780>. Acesso em 10.10.2025.

⁵³² Expressão utilizada por Carlos Ayres Britto, em: BRITTO, Carlos Ayres. **Teoria da Constituição**. Rio de Janeiro: Forense, 2006, p. 216-217.

Desta base principiológica fraterna decorre também a mediação, como se desenvolveu no item 3.2, em que a mediação não é apenas técnica procedimental de resolução de disputas, mas quando permeada pela fraternidade, expressão concreta de uma cultura jurídica distinta do litígio, que historicamente dominou o tratamento dos conflitos em saúde no Brasil.

A mediação como expressão da fraternidade atua como verdadeiro vetor de transformação da cultura do litígio para a cultura da paz. Uma sociedade fraterna substitui o viés competitivo pela via do diálogo, da dignidade e do respeito mútuo. A mediação passa a ser instrumento de efetivação do princípio da fraternidade e da cidadania, já que, por meio da aproximação das partes, viabiliza-se o diálogo entre necessidade, possibilidade e alternativas de acordo com as realidades do caso, tornando os disputantes protagonistas na construção da pacificação social.

A especificidade do conflito em saúde, tidos como distributivos complexos, exige que a mediação transcenda o modelo bilateral tradicional. As relações de saúde envolvem múltiplos atores - cidadãos, gestores municipais, estaduais e federais, operadoras de planos de saúde, prescritores, Defensoria Pública, Advocacia Privada, Ministério Público e Poder Judiciário - e os conflitos que delas emergem são, por natureza, conflitos de caráter sistêmico, não interpessoal. Daí a insuficiência estrutural de qualquer modelo de mediação que opere apenas sobre o conflito individual já instalado, sem abordar as causas organizacionais, de subfinanciamento, de desarticulação federativa e de ausência de integração entre o sistema público e o sistema suplementar que estão na sua origem.

É nesse ponto que o Federalismo Cooperativo Digital, desenvolvido no item 3.3, assume também relevante papel no modelo ora proposto. Como se demonstrou, a decisão do Supremo Tribunal Federal no Tema 1234 representa uma virada paradigmática, ao determinar a criação de uma plataforma nacional centralizada que integrará todas as informações sobre demandas administrativas e judiciais de medicamentos, o STF reconheceu que a efetivação do direito à saúde no contexto federativo brasileiro requer uma nova arquitetura de governança, capaz de criar fluxos integrados de informação e de tomada de decisão em tempo real entre União, Estados, Municípios e o sistema de justiça.

Diferentemente do federalismo cooperativo clássico, baseado em acordos formais, repasses financeiros e estruturas burocráticas rígidas, o Federalismo Cooperativo Digital incorpora, sistemicamente, ferramentas tecnológicas como algoritmos de inteligência artificial, sistemas de informação integrados, plataformas digitais compartilhadas e instrumentos de big data como elementos constitutivos, não meramente instrumentais, de uma nova forma de coordenação federativa.

A articulação desses três pilares, fraternidade como fundamento normativo, mediação fraterna como expressão procedimental e Federalismo Cooperativo Digital como infraestrutura de governança, é o que define, em sua essência, o conceito de **Mediação Fraterna Integrativa Cooperativa Digital**.

Trata-se de um modelo integrado de desjudicialização da saúde que:

- (i) fundamenta normativamente as relações entre todos os atores do sistema de saúde no princípio constitucional da fraternidade, compreendido como imposição de deveres recíprocos de cooperação, reconhecimento e atuação conjunta;
- (ii) opera por meio de procedimentos estruturados de mediação que privilegiam o diálogo, a autonomia das partes, a escuta empática e a construção consensual de soluções mutuamente satisfatórias;
- (iii) viabiliza-se operacionalmente por meio de infraestruturas tecnológicas digitais compartilhadas entre entes federados e entre setores público e privado, superando as limitações de coordenação que os modelos tradicionais não conseguem transpor;
e
- (iv) é integrativo, por reconhecer e operar sobre a interdependência sistêmica entre o SUS e a saúde suplementar, incorporando atores públicos e privados em uma única arquitetura de governança orientada pelo propósito constitucional comum de garantia do direito à saúde.

O qualificativo integrativo merece atenção especial. A separação institucional entre SUS e saúde suplementar constitui, como demonstrado nos capítulos anteriores, um dos grandes obstáculos, causando ineficiência e conflito no sistema de saúde brasileiro. Os dois sistemas funcionam, na prática, em isolamento recíproco, encontrando-se quase exclusivamente em conflito, seja no contencioso judicial individual, seja no ressarcimento ao SUS previsto no art. 32 da Lei nº 9.656/98.

Essa separação não encontra amparo constitucional adequado, haja vista o art. 199, §1º da Constituição Federal, que afirma a complementaridade entre os sistemas, reconhecendo-os como integrantes de um mesmo ecossistema de saúde orientado para a concretização de um mesmo direito fundamental.

Pesquisas evidenciam que “ainda existem alguns entraves para que a ANS consiga exercer plenamente sua missão institucional de promover a defesa do interesse público na

assistência suplementar à saúde, regular as operadoras setoriais - e contribuir para o desenvolvimento das ações de saúde no país”.⁵³³

À luz do Constitucionalismo Fraternal, a fraternidade impõe deveres de cooperação e reconhecimento recíproco entre todos os atores que integram o ecossistema de saúde, de modo que as estruturas internas de governança das operadoras de planos de saúde deixam de ser mera exigência de eficiência empresarial para se tornarem expressão de responsabilidade constitucional compartilhada.

A Mediação Fraterna Integrativa Cooperativa Digital configura, nesse sentido, modalidade de meta-regulação do setor saúde, na medida em que articula instrumentos de comando e controle exercidos pela ANS, como a regulação de coberturas obrigatórias, os mecanismos de ressarcimento ao SUS e as sanções às operadoras, com mecanismos consensuais de mediação e com plataformas tecnológicas integradas, criando uma arquitetura regulatória que orienta e coordena o comportamento dos regulados para além da lógica puramente sancionatória.

Nesse modelo, a participação das operadoras de saúde suplementar nos procedimentos de mediação não é voluntária por benevolência, mas estruturalmente induzida pela regulação, podendo ser prevista de forma expressa na Lei nº 9.656/98 e na Lei nº 9.961/00, que instituiu a ANS, ou operacionalizada por meio de Termo de Cooperação celebrado entre as três esferas do Executivo, a ANS, o CNJ e as entidades representativas do setor suplementar, estabelecendo a participação na mediação como contrapartida ao exercício do direito de operação no mercado regulado.

No que se refere à governança, verifica-se uma virada de chaves sob a acepção da fraternidade, passando a se organizar não apenas para a maximização do resultado econômico-financeiro, mas para o cumprimento do propósito constitucional que legitima a operação privada em saúde - a efetivação do direito fundamental previsto no art. 196 da Constituição Federal.

Na linha do que se propõe, as operadoras que estruturam mecanismos de transparência, de diálogo preventivo com beneficiários e de cooperação com o sistema público, participando efetivamente da mediação fraterna integrativa cooperativa digital, materializam em suas

⁵³³ OLIVEIRA, Elysângela Afonso Aguiar de Andrade; MONTEIRO, Michael Lemes. A saúde suplementar no Brasil: avanços e desafios após 25 anos de regulação. In: ESTOLD, Amanda de Souza; *et al* (orgs.). **Rumo à conexão integral: explorando fronteiras multidisciplinares**. Belo Horizonte: Editora Poisson, 2024, p.92. Disponível em: <https://doi.org/10.36229/978-65-5866-401-7>. Acesso em: 28.09.25.

práticas organizacionais o vetor fraternal que a Constituição impõe ao setor suplementar como condição de sua existência regulada.

O *compliance* exigido das empresas passa a não mais se esgotar apenas no cumprimento do rol de coberturas definido pela ANS ou na observância dos prazos de atendimento fixados, mas se constitui, antes, como mecanismo de concretização dos deveres de cooperação regulada que a fraternidade impõe às operadoras enquanto atores privados que operam sobre bem jurídico de natureza fundamental.

Essa reconfiguração é importante para um repensar de desjudicialização, pois a maioria expressiva das ações judiciais em saúde suplementar decorre não de lacunas regulatórias, mas do descumprimento sistemático de obrigações já claramente definidas. Assim, o *compliance* na empresas de plano de saúde, orientado pelo princípio fraternal e no modelo proposto, passa a funcionar como instrumento preventivo de litígio e, simultaneamente, como contribuição das operadoras à sustentabilidade do ecossistema integrado de saúde.

A sustentabilidade atuarial das operadoras, uma relevante preocupação, pode encontrar, no modelo proposto, uma resposta importante, já que não constituirá objetivo isolado de gestão privada, mas condição estrutural para o funcionamento do ecossistema de saúde como um todo - o que a converte, à luz do princípio da fraternidade, em responsabilidade compartilhada entre operadoras, regulador e Estado, devendo ser observada nas mediações.

A interdependência sistêmica entre SUS e saúde suplementar, repetidamente demonstrada nesta tese, impõe que o desequilíbrio atuarial de uma operadora não seja tratado apenas como problema de mercado: ele transfere pressão sobre o sistema público, exacerba o fenômeno da judicialização e fragiliza a garantia do direito à saúde para toda a população beneficiária.

Nesse sentido, a ANS, enquanto agência reguladora investida da função de promotora do interesse público no setor suplementar, tem o dever fraternal de induzir comportamentos preventivos nas operadoras - não apenas mediante sanção repressiva, mas por meio de incentivos regulatórios que estimulem a cooperação, a prevenção de litígios e a integração com o sistema público.

Em consonância, a teoria da regulação responsiva⁵³⁴, ao propor uma pirâmide regulatória em que a intervenção estatal se gradua conforme o comportamento do regulado,

⁵³⁴ Segundo BRAITHWAITE, tem se destacado nos últimos anos a adoção de novas técnicas, instrumentos e ferramentas propostos pela Teoria da Regulação Responsiva, em que se utiliza uma abordagem mais flexível e adaptativa, a qual enfatiza a cooperação e a negociação entre regulador e agentes regulados. AYRES, I.; BRAITHWAITE, J. *Responsive Regulation: Transcending the Deregulation Debate*. Oxford: Oxford University Press, 1992 *apud* CHAVES, Mauro César Santiago. **Regulação Responsiva e Agências Reguladoras Federais:**

dialoga de maneira interessante com o princípio jurídico da fraternidade, especialmente na dimensão dos deveres de cooperação que este princípio impõe aos atores privados do sistema de saúde.

Assim, operadoras que desenvolvam mecanismos internos de prevenção de litígios, de resolução consensual de conflitos e de integração com o sistema público sinalizam ao regulador um comportamento fraternal, no sentido jurídico que esta tese empresta ao conceito, que legitima e justifica uma postura regulatória de menor intervenção direta e maior indução cooperativa.

Essa lógica é coerente com a proposta da Mediação Fraternal Integrativa Cooperativa Digital, ao incorporar operadoras como participantes ativos das câmaras de mediação interfederativa, o modelo não apenas resolve conflitos individuais, mas institui um novo padrão relacional entre regulador, regulado e usuário, fundado no reconhecimento da interdependência sistêmica e na fraternidade como vínculo jurídico operacional. A regulação responsiva fraternal, assim configurada, representaria uma avançada expressão de um direito empresarial regulatório comprometido com os valores constitucionais que presidem o sistema de saúde brasileiro.

O resgate da fraternidade como princípio estruturante e dever fundamental, permite, portanto, repensar os mecanismos de resolução de conflitos em saúde não como técnicas processuais alternativas, mas como expressão de uma nova arquitetura de governança fundada no reconhecimento da interdependência sistêmica entre SUS e saúde suplementar. A prevenção de litígios, nesse quadro, deixa de ser estratégia defensiva de gestão de risco empresarial para se tornar dever jurídico-fraternal das operadoras enquanto atores corresponsáveis pela efetivação do direito fundamental à saúde.

As construções consensuais viabilizadas pela Mediação Fraternal Integrativa Cooperativa Digital, ao reunir, em um único espaço institucionalizado de diálogo, entes federados, operadoras, usuários e o Poder Judiciário, materializam precisamente esse imperativo, permitindo que conflitos de natureza sistêmica sejam enfrentados em sua origem estrutural, e não apenas em seus efeitos individualizados.

Trata-se, em última análise sobre esse viés integrativo, da concretização de um federalismo cooperativo e fraternal na efetivação do direito à saúde, aquele em que o Estado e

recorte jurídico-institucional sob a perspectiva da Advocacia-Geral da União e do Poder Judiciário Federal. Monografia. Escola Superior do Tribunal de Contas da União. 2023. Disponível em: <https://sites.tcu.gov.br/recursos/trabalhos-pos-graduacao/pdfs/Regula%C3%A7%C3%A3o%20responsiva%20e%20ag%C3%Aancias%20reguladoras%20federais%20recorte%20jur%C3%ADico-institucional%20sob%20a%20persp.pdf>. Acesso em: 02.04.26.

o mercado, os sistemas público e privado, não se enfrentam em litígio, mas se reconhecem como coparticipantes de um projeto constitucional comum.

A Mediação Fraternal Integrativa Cooperativa Digital cria, portanto, um espaço institucionalizado de diálogo, cooperação e corresponsabilização que a lógica adversarial do litígio jamais poderia criar.

Nesse sentido, vale destacar o Acordo de Cooperação Técnica nº 139/2024⁵³⁵, firmado em 21 de novembro de 2024 entre a ANS e o CNJ. Ao estabelecer compromissos de compartilhamento de dados, elaboração de notas técnico-científicas para subsidiar o e-NatJus e realização conjunta de ações de capacitação, os dois órgãos reconhecem, na prática, que a resposta adequada à judicialização da saúde suplementar exige exatamente o tipo de integração e cooperação interinstitucional digital que o modelo proposto nesta tese sistematiza e fundamenta, reforçando, do ponto de vista institucional, a pertinência teórica do conceito aqui desenvolvido.

O qualificativo cooperativo, reforça-se, não remete apenas à cooperação entre entes federados, já abordado no item 3.3, mas à cooperação entre todos os atores do ecossistema de saúde: gestores públicos nos três níveis federativos, operadoras privadas de planos de saúde, magistrados, membros do Ministério Público, defensores públicos, advogados privados, prescritores, farmacêuticos, representantes de conselhos de saúde e, fundamentalmente, os próprios cidadãos.

A fraternidade, como princípio constitucional que impõe deveres recíprocos e horizontalidade de solidariedade mútua, é fundamento normativo capaz de sustentar essa cooperação ampliada de forma juridicamente vinculante. Não se trata de uma cooperação facultativa ou dependente da boa vontade institucional dos atores, mas de uma cooperação constitucionalmente exigida, passível de controle judicial e de mecanismos de *compliance*, cujo descumprimento implica violação de dever fundamental.

Por fim, o qualificativo digital, não é mero adjetivo de modernização. É, como se demonstrou no item 3.3, elemento constitutivo do modelo. A tecnologia digital, no contexto do Federalismo Cooperativo Digital, não serve apenas para agilizar ou desburocratizar processos existentes: serve para criar formas de coordenação e cooperação que seriam estruturalmente impossíveis sem ela.

⁵³⁵ BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Acordo de Cooperação Técnica nº. 139/2024**. Disponível em: https://www.gov.br/ans/pt-br/aceso-a-informacao/transparencia-e-prestacao-de-contas/Acordo_de_Cooperacao_Tecnica_ANS_CNJ_e_Extrato_DOU_2024.pdf. Acesso em: 31.10.25.

A plataforma nacional determinada pelo Tema 1234 do STF, os sistemas de informação integrados que permitem a identificação automática de responsabilidades entre entes federativos, os algoritmos de inteligência artificial que possibilitam o monitoramento contínuo de demandas por CPF, medicamento ou CID, e os dashboards públicos que viabilizam a auditoria social dos acordos celebrados, tudo isso constitui uma arquitetura tecnológica de uma nova forma de governança sanitária que o modelo proposto pressupõe e articula.

A Lei nº 14.129/2021, que rege o Governo Digital, e seus princípios de desburocratização, interoperabilidade de sistemas, dados abertos e incentivo à participação social no controle da administração, oferecem o marco normativo no qual essa dimensão tecnológica do modelo se insere.

A convergência desses quatro atributos, fraterno, integrativo, cooperativo e digital, em um único modelo de desjudicialização expressa a compreensão, construída ao longo desta tese, de que a crise da judicialização da saúde no Brasil é uma crise multidimensional: é crise normativa, porque o princípio constitucional da fraternidade fraternal não tem sido traduzido em deveres de cooperação; é crise procedimental, porque os métodos de resolução de conflitos disponíveis não estão adequados à natureza sistêmica dos conflitos em saúde; é crise estrutural, porque o arranjo federativo e a separação entre SUS e saúde suplementar carecem de mecanismos efetivos de integração; e é crise tecnológica, porque os instrumentos digitais disponíveis não foram ainda organizados em uma arquitetura de governança cooperativa capaz de superar as limitações dos modelos tradicionais.

A Mediação Fraterna Integrativa Cooperativa Digital é a resposta a todas essas dimensões simultaneamente, o que a distingue, estruturalmente, de qualquer iniciativa isolada anterior.

A Resolução nº 530/2023 do CNJ⁵³⁶, que instituiu a Política Judiciária de Resolução Adequada das Demandas de Assistência à Saúde para o período 2024–2029, oferece o marco institucional normativo no qual o modelo da Mediação Fraterna Integrativa Cooperativa Digital encontra sua possibilidade de implementação imediata.

Seus princípios - garantia do acesso à justiça, unificação de diretrizes e descentralização gerencial, cooperação e atuação interinstitucional, especialização da estrutura judiciária e contínua capacitação funcional - são perfeitamente compatíveis, e mesmo exigentes, do tipo de governança colaborativa que o modelo propõe.

⁵³⁶ BRASIL. CNJ. **Resolução 530/2023**. Disponível em: <https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/5330>. Acesso em: 28.01.25.

A criação de Câmaras de Mediação Interfederativa Digital Integrativa em escala nacional, inspiradas e aperfeiçoadas a partir da experiência da CAMEDS Guarulhos, objeto do estudo empírico do Capítulo 4 desta tese, seria a materialização concreta da Resolução 530/2023 nos termos mais avançados que seu texto autoriza e demanda.

Mister, neste momento, defender que, na visão do autor da presente tese, já há um arcabouço normativo mínimo suficiente para a implantação da Mediação Fraternal Integrativa Cooperativa Digital e das Câmaras de Mediação Interfederativa Digital Integrativa, nos moldes do modelo proposto, conforme tabela abaixo, para melhor visualização:

Figura 05: Arcabouço mínimo normativo.

Nº	Norma	Dispositivo/Referência	Função no Modelo
1	CF/1988	Preâmbulo; Arts. 1º, III e 3º, I	Fraternidade, dignidade humana e solidariedade como fundamentos axiológicos do modelo; mandamento de construção de uma sociedade justa e fraterna
2	CF/1988	Arts. 18, 23 e 24	Federalismo cooperativo; competências comuns e concorrentes; base das Câmaras Interfederativas
3	CF/1988	Arts. 196 e 199, §1º	Direito à saúde e complementaridade SUS/saúde suplementar; fundamento da integração público-privada
4	Lei nº 9.656/1998	Art. 32	Ressarcimento ao SUS; dever regulatório das operadoras e base para sua participação nas Câmaras
5	Lei nº 9.961/2000	Arts. 3º e 4º	Competências da ANS para indução regulatória e integração das operadoras ao modelo

6	Lei n° 13.105/2015 — CPC	Arts. 3° e 165 e ss.	Estímulo à autocomposição; reconhecimento das Câmaras como via pré-judicial e adequada
7	Lei n° 13.140/2015	Arts. 1°, 2° e 32 a 40	Base legal direta da mediação interfederativa e da autocomposição na Administração Pública
8	Lei n° 13.709/2018 — LGPD	Arts. 7°, 11 e 46	Proteção de dados sensíveis de saúde nas plataformas digitais das Câmaras
9	Lei n° 14.129/2021	Arts. 3° e 10	Infraestrutura de governo digital e interoperabilidade necessária ao funcionamento das Câmaras
10	CNJ — Res. n° 530/2023	Arts. 1°, 2°, 3° e 6°	Política Judiciária Nacional de Saúde; base institucional imediata de implementação
11	ANS/CNJ — ACT n° 139/2024	Cláusulas 1ª a 4ª	Instrumento de cooperação vigente entre ANS e CNJ; viabiliza operacionalização
12	STF — Tema 1234 (RE 1.366.243)	Tese vinculante	Determinação de criação de plataforma digital nacional e instância interfederativa de diálogo
13	Leis Municipais n° 7.635/2018 e 8.184/2023 — Guarulhos	Arts. 1° a 4°	Autoriza o Poder Executivo municipal a realizar acordos, inclusive os judiciais e em saúde; cria o Programa de Incentivo à Mediação no Município de Guarulhos

Fonte: Elaboração própria.

Há, por fim, uma dimensão temporal e prospectiva no modelo que merece ser destacada. A Mediação Fraternal Integrativa Cooperativa Digital não é apenas uma resposta ao presente da judicialização - é uma arquitetura de governança orientada para o futuro da saúde no Brasil. O banco de dados gerado pelo funcionamento contínuo das câmaras interfederativas de mediação digital, registros de demandas, acordos celebrados, responsabilidades reconhecidas, gargalos recorrentes, padrões de descumprimento, constitui, ao mesmo tempo, instrumento de transparência, de *accountability* democrático e de inteligência analítica para a formulação de políticas públicas preventivas.

Isso, inclusive, viabilizará um melhor e mais efetivo combate, em tempo real, à irregular captação pela indústria farmacêutica. Como demonstrado no capítulo anterior, a concentração de profissionais médicos e advogados em ações que envolvem medicamentos de determinados laboratórios, o crescimento de demandas por produtos de alto custo recém-lançados no mercado e a utilização de prescrições médicas como instrumento de pressão sobre a política farmacêutica configuram indícios estruturais de um problema que o modelo proposto não pode ignorar.

A resposta não passa por pressuposto otimista de boa-fé dos atores, mas por mecanismos institucionais de contenção incorporados à própria arquitetura do modelo. Primeiramente, a transparência digital permite que a plataforma nacional determinada pelo Tema 1234 do STF, integre dados sobre todas as demandas administrativas e judiciais de medicamentos e procedimentos, tornando públicas as informações sobre frequência, natureza, atores envolvidos e desfechos dos conflitos. A transparência cria constrangimentos institucionais ao comportamento oportunista: quando os dados de atuação de cada operadora e de cada laboratório são acessíveis em tempo real, a captura sistêmica torna-se visível e, portanto, combatível.

Um outro ponto é a fundamentação das soluções em evidências científicas. O modelo ancora o diálogo nos protocolos do SUS e nas avaliações de tecnologias em saúde produzidas pela CONITEC, que utiliza critérios técnicos baseados em evidências clínicas, avaliação de custo-efetividade e impacto orçamentário para suas recomendações. Ao prever que os acordos mediados sejam compatíveis com o arcabouço científico reconhecido pelo sistema público, o modelo elimina o espaço para que pressões comerciais imponham soluções clínica ou orçamentariamente inadequadas.

A dimensão normativa da própria fraternidade como princípio constitucional, juridicamente vinculante e oponível a todos os atores do sistema, inclusive aos privados que operam em atividade regulada, reforça que o descumprimento de deveres cooperativos

fundamentais não é apenas uma falha ética, mas uma violação constitucionalmente qualificada, sujeita a controle judicial e a mecanismos de *compliance* regulatório.

A presença institucional da Defensoria Pública e do Ministério Público nos procedimentos que envolvam interesses coletivos ou situações de vulnerabilidade individual, como defensores do interesse público e da equidade, viabiliza que a assimetria de poder entre atores privados e usuários do sistema seja compensada institucionalmente.

Neste sentido, importa, igualmente, enfrentar a questão da equidade no acesso ao modelo. Se a mediação digital pressupõe literacia⁵³⁷, coloca-se com rigor a pergunta sobre como garantir que as populações mais vulneráveis, que são, não por acaso, as mais dependentes do sistema público de saúde, não sejam excluídas dos mecanismos de proteção que o modelo oferece.

A exclusão digital reproduz, no plano do direito à saúde, a exclusão social mais ampla. A incapacidade de acessar ou manejar as tecnologias de saúde digital não é uma mera inconveniência, mas uma forma contemporânea de exclusão que impede o cidadão de participar plenamente do ecossistema de cuidado, e os dados apresentados no capítulo anterior reforçam isso.

O modelo deve responder a essa exigência, assegurando acessibilidade universal. Pode ser concebido como plataforma híbrida, que opera simultaneamente em canais presenciais, telefônicos e digitais - à semelhança do que já pratica a CAMEDS de Guarulhos, que incorpora o aplicativo de mensagens WhatsApp como canal primário de comunicação e agendamento, ampliando substancialmente o alcance popular do serviço.

Ainda, o modelo deve pressupor não apenas a disponibilização de plataformas tecnológicas acessíveis, mas a implementação de programas governamentais e privados de capacitação digital para cidadãos, gestores, mediadores etc., tratando a literacia digital como condição democrática e de realização do direito fundamental à saúde, e não como pressuposto exigível do cidadão que pretende exercê-lo, até porque a realidade digital já chegou, conforme se verifica das iniciativas governamentais já implantadas, tal como o SUS Digital e mesmo o GOV.BR, já tratados.

⁵³⁷ Conforme definição de Robinson: “Literacia é a capacidade para identificar, compreender, interpretar, criar, comunicar e usar as novas tecnologias, de acordo com os diversos contextos”. MARTINS, Rosane Aparecida de Sousa. Saúde e direitos sociais. **RECIIS**, [S. l.], v. 12, n. 2, 2018. Disponível em: <https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/1548>. Acesso em: 27.10.25.

A dimensão econômica do modelo exige também uma análise e reflexão dos custos dos direitos, tal como formulado por Holmes e Sunstein⁵³⁸, para quem todo direito tem um custo e a questão relevante é qual mecanismo de efetivação é economicamente mais eficiente, oferecendo aqui também uma resposta.

A judicialização da saúde tem custos diretos e indiretos de enorme quantia: honorários advocatícios, custas processuais, cumprimentos de tutelas antecipadas sem avaliação técnica, aquisições emergenciais a preços de mercado sem licitação, e os custos sistêmicos da desorganização da gestão pública produzida pela litigiosidade em massa. O custo da mediação estruturalmente organizada é, em qualquer cenário realista, substancialmente inferior.

O modelo incorpora a dimensão econômica ao próprio diálogo mediado: gestores públicos participam dos procedimentos com acesso a dados orçamentários reais e a alternativas terapêuticas aprovadas pelos protocolos do SUS e pela CONITEC, o que permite que as soluções construídas consensualmente sejam não apenas juridicamente adequadas, mas economicamente sustentáveis.

O financiamento da infraestrutura do modelo encontra base no próprio arcabouço normativo vigente, uma vez que: o Tema 1234 do STF impõe a criação da plataforma nacional; a Lei nº 14.129/2021 fundamenta os investimentos em governo digital; os consórcios interfederativos previstos na Constituição Federal permitem o rateio de custos entre entes federados; e o Acordo de Cooperação Técnica ANS/CNJ nº 139/2024 abre a possibilidade de participação das operadoras de saúde complementar no financiamento da infraestrutura compartilhada.

Tais questões levantadas, por óbvio, não encontram respostas certas ou irrefutáveis, mas reforçam uma perspectiva de novo olhar, como possíveis respostas positivas, caso venha a ser adotado o modelo proposto.

Pode-se entender, do que foi desenvolvido, que a proposta inovadora ora apresentada encontra-se em assonância com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável da Agenda 2030 da ONU, em especial o ODS 3 (Saúde e Bem-Estar), mas também com o ODS 16 (Paz, Justiça e Instituições Eficazes), valendo sua referência pelo potencial em termos de paz, justiça e eficiência, já que o modelo proposto aponta para um sistema de saúde estruturalmente mais

⁵³⁸ HOLMES, Stephen; SUNSTEIN, Cass R., 2009, *apud* ALMEIDA, Paulo Marcos Rodrigues de. A (DES)judicialização da saúde na pandemia da COVID-19: A solução de demandas de saúde pela conciliação. *In*: O Poder Judiciário na Pandemia. **REVISTA AJUFESP** – Ed. nº 01, 2021, p. 105 Disponível em https://ajufesp.org.br/site2023/wp-content/uploads/2025/02/REVISTA-AJUFESP-1a_EDICAO.pdf. Acesso em: 21.01.25

justo, eficiente e humano, no qual a desjudicialização não é apenas uma meta de gestão pública ou mesmo privada, mas a expressão institucional de uma sociedade que se reconhece fraterna e que organiza suas instituições à altura desse reconhecimento.

4. ESTUDO EMPÍRICO - CÂMARA DE MEDIAÇÃO EM DIREITO DA SAÚDE DE GUARULHOS/SP: RESULTADOS INICIAIS E AVANÇOS POSSÍVEIS

O presente capítulo trata de estudo empírico da Câmara de Mediação em Direito da Saúde (CAMEDS) de Guarulhos/SP, com o objetivo de demonstrar, a partir de dados coletados, que a CAMEDS, em sua operação diária, já materializa, ainda que intuitivamente e de forma não sistematizada, os pilares da Mediação Fraternal Integrativa Cooperativa Digital, desenvolvida no capítulo anterior. A análise busca aferir seus resultados iniciais e, a partir deles, vislumbrar os avanços possíveis, com proposta de aprimoramento e integração da saúde suplementar.

A pesquisa empírica, com estudo de caso único, no caso a CAMEDS Guarulhos, justifica-se por reunir condições de representatividade analítica, nos termos do que propõe Robert Yin⁵³⁹, por ser uma iniciativa em pleno funcionamento, com dados primários verificáveis, que oferece acesso inédito a uma experiência institucional cujas características internas, dinâmicas processuais e resultados concretos permitem confrontar, de forma controlada e rigorosa, os conceitos teóricos desenvolvidos nos capítulos anteriores.

Não se pretende, portanto, generalizar estatisticamente os resultados da CAMEDS para o conjunto das câmaras de mediação em saúde do país, mas demonstrar a viabilidade do modelo e aferir, em ambiente real, a aderência entre a estrutura teórica proposta e sua operacionalização concreta, como se fosse uma “prova de conceito”.

De forma a garantir uma análise empírica isenta acerca do objeto de estudo fora elaborado requerimento⁵⁴⁰, solicitando os dados de operação da Câmara, com resposta positiva da Justiça Federal de São Paulo (CECON), que disponibilizou relatório contendo dados primários consolidados acerca da atuação da CAMEDS na cidade de Guarulhos entre os anos de 2020 a 2025.

Os dados obtidos compreendem um universo de 250 casos registrados detalhadamente, que foram analisados sob a ótica tanto do método qualitativo quanto do quantitativo e organizados de forma a permitir uma percepção multidimensional da atuação da câmara.

A tabulação quantitativa dos dados fornecidos levou em conta, notadamente, fatores como o volume total de atendimentos, tipologia das demandas, taxas de resolução e fontes de origem dos casos.

⁵³⁹ YIN, Robert K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 5ª Edição. Porto Alegre: Bookman, 2015, p.21-22.

⁵⁴⁰ Documento Anexo 2 – Requerimento solicitando dados à CECOM.

O método qualitativo, por sua vez, permite que o estudo transcenda os números e capture a essência do processo de mediação, baseando-se no mapeamento detalhado da operacionalização e ambientação da CAMEDS, a fim de compreender as etapas, os atores envolvidos e os pontos de decisão.

A combinação dessas duas abordagens permite uma visão oportuna da CAMEDS, buscando analisar quantitativamente os números que revelam e o que ela alcança, enquanto a análise qualitativa revela como e por quê, de tal forma a verificar em que medida se aplica ao conceito de Mediação Fraternal Integrativa Cooperativa Digital, com resultados iniciais, limitações e avanços possíveis.

Acerca da tabulação de dados, cumpre delimitar as variáveis centrais examinadas:

- Origem da Solicitação: Identifica a "porta de entrada" do caso (ex: WhatsApp, Justiça Estadual, Defensoria Pública), permitindo distinguir entre a busca direta pelo cidadão e o encaminhamento por órgãos do sistema de justiça.
- Existência de Processo Judicial: Variável dicotômica (Sim/Não) crucial para a análise, que permite segmentar os casos entre aqueles que representam uma tentativa de prevenção do litígio e aqueles que buscam a resolução de um litígio já existente.
- Evolução Temporal: A distribuição dos 250 casos ao longo dos anos foi examinada para mapear a curva de consolidação e legitimação do serviço.
- Objeto da Demanda: Os casos foram categorizados por tipo (ex: Cirurgia, Consulta, Medicamentos, Exames), traçando um perfil das necessidades de saúde que motivam a busca pela mediação.
- Resultado da Mediação: Utilizando as categorias do relatório ("Atendida", "Parcialmente Atendida", "Não Atendida", "Prejudicada"), foi construído um índice de sucesso para medir a eficácia resolutive da câmara. A soma dos casos com resultado "Atendida" e "Parcialmente Atendida" é considerada como o indicador de êxito da mediação.
- Ente Responsável: Identifica a esfera de governo demandada (Município/Estado), contextualizando o foco da atuação da CAMEDS.

A análise dessas variáveis permite não apenas descrever a operação da câmara, mas também obter um parâmetro acerca de sua dupla utilização, tanto como instrumento de prevenção, quanto de resolução de litígios, de forma a garantir uma base empírica para apoiar a discussão teórica desenvolvida nos capítulos anteriores.

4.1 Da Implementação da CAMEDS em Guarulhos/SP

O projeto inicial da CAMEDS surge no ano de 2017 no Município de Imperatriz/MA⁵⁴¹, numa iniciativa pioneira formulada como resposta estratégica às complexas e numerosas disputas percebidas no domínio da saúde pública lá existentes.

Desenvolvida e coordenada pelos doutores Jorge Alberto Araújo de Araújo, juiz federal titular da 1ª Vara de Imperatriz/MA e Paulo Marcos Rodrigues de Almeida, juiz federal titular da 1ª Vara-Gabinete do Juizado Especial Federal de Guarulhos e Coordenador da Central de Conciliação de Guarulhos, a CAMEDS tem como objetivo principal buscar uma forma alternativa de resolução de conflitos, fundamentada no método de negociação.

Seu nascimento se deu justamente após a constatação de que os instrumentos à disposição do processo civil tradicional simplesmente não conseguiam oferecer resposta adequada e eficaz a grande parte das ações a respeito de medicamentos, cirurgias, internações e etc.

O Município de Guarulhos aderiu ao projeto piloto da CAMEDS em 04.04.2019, em reunião e formalização por Ata⁵⁴², que contou com a participação do autor desta tese, encontrando-se em pleno funcionamento desde então.

A Câmara de Mediação em Direito da Saúde – CAMEDS Guarulhos, instituída na cidade de Guarulhos/SP, encontra-se no maior município não capital do Brasil e a 2ª cidade mais populosa do estado de São Paulo⁵⁴³, se destacando, principalmente, considerando a

⁵⁴¹ MENDES, Paulo Henrique Galvão; CHAVES, Denisson Gonçalves; ZENKNER, Fernanda Arruda Léda Leite. **Mediação, tecnologia e inovação em busca de eficiência: um estudo de caso sobre a câmara de mediação em direito da saúde (CAMEDS)**. Revista Meritum, Belo Horizonte, v. 18, n. 2, 2023, p. 235.

⁵⁴² BRASIL. Justiça Federal. **Central de Conciliação de Guarulhos**. Ata de Reunião datada de 04 de abril de 2019 - Documento Anexo 1.

⁵⁴³ O município de Guarulhos/SP, segundo o IBGE 2024, possui 1.354.364 habitantes, ostentando a primeira posição no ranking de Municípios com mais de 500 mil habitantes, exceto capitais. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/41111-populacao-estimada-do-pais-chega-a-212-6-milhoes-de-habitantes-em-2024#:~:text=Guarulhos%20e%20Campinas%2C%20ambos%20em,%2C1%20milh%C3%A3o%2C%20respectivamente>). Acesso em: 08.11.25.

dimensão geográfica e populacional da cidade⁵⁴⁴. Faz divisa com 6 município e compõe a região metropolitana de São Paulo e como região de Saúde o Alto Tietê⁵⁴⁵⁵⁴⁶.

Segundo o Relatório de fiscalização Operacional sobre Fila do SUS no Estado de São Paulo do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, de março de 2024⁵⁴⁷:

São Paulo é o segundo estado do Brasil com mais municípios dependentes do SUS. São cerca de 28% dos municípios paulistas em que não se ofertam serviços particulares de saúde, reforçando assim a importância do sistema público de saúde. Diante desse contexto, e considerando a escassez de recursos, torna-se fundamental a avaliação sobre como o estado equaciona o acesso ao SUS paulista, o grau de amadurecimento do seu processo regulatório, de forma a tornar o acesso da população aos serviços de saúde mais justo, equitativo e adequado às suas necessidades.

Assim, o contexto de saúde pública em que a CAMEDS Guarulhos foi instituída revela a sua importância e relevância. Segundo o Relatório acima mencionado a dimensão das filas de espera para procedimentos eletivos configura um dos mais sérios problemas da gestão pública sanitária paulista, e Guarulhos, pela escala de sua população, concentra parte expressiva dessa

⁵⁴⁴ “Guarulhos é o segundo maior município paulista e 13º do Brasil em população, com 1.291.771 habitantes segundo revisão residual (outubro 2023) do Censo do IBGE 2022. Localizada na Região Metropolitana de São Paulo, a cidade tem uma área de 319,19 km².” Disponível em: <https://www.guarulhos.sp.gov.br/estatisticas-e-geografia>. Acesso em: 08.11.25.

⁵⁴⁵ Guarulhos faz parte da Rede Regional de Atenção à Saúde do Alto Tietê – RRAS 2, faz parte da Região Metropolitana de São Paulo, ocupando a porção Leste-Nordeste. É composta por 11 Municípios: Arujá, Biritiba-Mirim, Ferraz de Vasconcelos, Guararema, Guarulhos, Itaquaquecetuba, Mogi das Cruzes, Poá, Salesópolis, Santa Isabel e Suzano; com população total de 2.918.916 habitantes (Fonte: CENSO IBGE 2022), representando a segunda maior população da Região Metropolitana de São Paulo, com estimativa 2023 de 3.058.451 hab. Disponível em: https://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/documentos-de-planejamento-em-saude/elaboracao-do-plano-estadual-de-saude-2024-2027-informacoes-regionais/rras02planoodeoncologiadetotiete_2.pdf. Acesso em: 08.11.2025.

⁵⁴⁶ O processo de regionalização é uma estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade, que deverá contemplar uma lógica de planejamento integrado, compreendendo as noções de territorialidade, na identificação de prioridades de intervenção e de conformação de sistemas funcionais de saúde, não necessariamente restritos à abrangência municipal, mas respeitando seus limites como unidade indivisível, de forma a garantir o acesso dos cidadãos a todas as ações e serviços necessários para a resolução de seus problemas de saúde, otimizando os recursos disponíveis. Complementa ainda que os principais instrumentos de planejamento da Regionalização são o Plano Diretor de Regionalização – PDR, o Plano Diretor de Investimento – PDI e a Programação Pactuada e Integrada da Atenção em Saúde – PP. Por sua vez o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, no seu Art 4º, apresenta que as Regiões de Saúde serão instituídas pelo Estado, em articulação com os Municípios, respeitadas as diretrizes gerais pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite – CIT, podendo ser instituídas Regiões de Saúde interestaduais, compostas por Municípios limítrofes, por ato conjunto dos respectivos Estados em articulação com os Municípios. No Estado de São Paulo, CIB – SP referendou o reconhecimento de 64 Regiões de Saúde com respectivos colegiados regionais e os 17 DRS, enquanto macro-regiões com respectivas Comissões Intergestoras de abrangência macro-regional, todavia em 2012, a Deliberação CIB 4 de 26/01/2012 aprovou a fusão das Regiões de Saúde do Alto Tietê e de Guarulhos, que passou a ser denominada Região de Saúde Alto do Tietê, do DRS1 – Grande São Paulo, totalizando 63 Regiões de Saúde. Disponível em: <https://www.tce.sp.gov.br/sites/default/files/portal/5.%20Fiscaliza%C3%A7%C3%A3o%20Operacional%20-%20Fila%20Estadual%20do%20SUS%20-%20TC-%20021571.989.23-5.pdf>. Acesso em: 08.11.2025.

⁵⁴⁷ BRASIL. TCESP. **Relatório de fiscalização Operacional sobre Fila do SUS no Estado de São Paulo**. Março de 2024. Disponível em: <https://www.tce.sp.gov.br/sites/default/files/portal/5.%20Fiscaliza%C3%A7%C3%A3o%20Operacional%20-%20Fila%20Estadual%20do%20SUS%20-%20TC-%20021571.989.23-5.pdf>. Acesso em: 04.04.26.

demanda reprimida, além de fazer divisa com 6 municípios, integrar a região metropolitana e como região de saúde o Alto Tietê, além da grande dependência do SUS.

É nesse cenário de grande demanda e pressão sobre o poder público que a CAMEDS encontra sua razão funcional, qual seja a de oferecer, antes da judicialização, uma via institucional capaz de identificar soluções dentro da rede disponível, reduzindo tanto o sofrimento do cidadão quanto o ônus do contencioso judicial.

Nesse quadro, a Justiça Federal idealizou um procedimento de mediação especial que, embora bastante simples, mostrou-se incrivelmente capaz de resolver com agilidade e eficiência mesmo problemas de alta complexidade no universo das ações de saúde.⁵⁴⁸

Assim, a CAMEDS é mantida pela Justiça Federal local, mas com a participação ativa e o apoio de diversos órgãos, como, por exemplo, o Poder Executivo local, os representantes dos hospitais da cidade, entre outros atores, como a Procuradoria Geral do Município de Guarulhos, num constante diálogo interinstitucional.

A ideia central apoia-se em três pilares: (i) centralizar as demandas de saúde da Justiça Federal, para tratamento num procedimento conciliatório especial; (ii) formar um “comitê especializado” com representantes de todos os entes públicos responsáveis pelo atendimento das demandas de saúde, de todos os níveis (União, Estado e Município), para consultá-los rapidamente sobre a possibilidade de atendimento dos pedidos das partes; (iii) utilizar conciliadores treinados da Justiça Federal para fazer a mediação entre os demandantes e os representantes do Poder Público, sem necessariamente reuni-los em audiências de conciliação.⁵⁴⁹

Conforme Almeida⁵⁵⁰, a CAMEDS optou por dispensar as audiências de conciliação, atuando inteiramente de forma remota e digital: a partir de uma plataforma online especialmente criada para centralizar as demandas, um conciliador da Justiça Federal registra o pedido, recolhe os documentos necessários, elabora um resumo da demanda e o submete aos representantes dos entes públicos reunidos em um grupo de WhatsApp, que participam de forma inteiramente remota e conforme sua disponibilidade de tempo, sem necessidade de deslocamento ou agendamento de reuniões.

⁵⁴⁸ ALMEIDA, Paulo Marcos Rodrigues de. A (Des)judicialização da saúde na pandemia da Covid-19: a solução de demandas de saúde pela conciliação. **Revista AJUFESP**, n.01, 2021. Disponível em: https://www.academia.edu/48986262/REVISTA_AJUFESP. Acesso em: 21.01.25.

⁵⁴⁹ *Ibid.*

⁵⁵⁰ *Ibid.*

Pode-se definir a CAMEDS como um sistema eletrônico digital de mediação, via e-mail e grupos de Whatsapp, gerenciado pela Central de Conciliação da Justiça Federal de Guarulhos e com atuação de mediadores treinados e certificados pelo Conselho Nacional de Justiça.

Dessa forma, a demanda judicial é rapidamente levada pelo mediador da Justiça Federal aos gestores de saúde, sem sujeitar-se aos atrasos e formalidades da burocracia judiciária tradicional, isto é, sem a necessidade de mandados, ofícios ou intimações. Do mesmo modo, também a resposta dos gestores é extremamente ágil, repassada sem maiores formalidades ao mediador.

Se possível, a demanda é atendida desde logo (em questão de horas), passando-se eletronicamente as informações necessárias para orientação da parte (data e horário da consulta agendada, local para retirada de medicamento, hospital e data para internação ou cirurgia etc.). Sendo necessários maiores esclarecimentos, os dados de que precisa o órgão de saúde são rapidamente solicitados pelo mediador ao demandante, também via WhatsApp ou e-mail.

Como visto, através da CAMEDS Guarulhos pode-se pensar no ambiente digital, em plataformas que não apenas processem dados, mas que facilitem um encontro, ainda que mediado por telas, que seja capaz de ressignificar a disputa e restaurar laços, transformando o conflito em uma oportunidade de aprendizado e crescimento mútuo.

O Poder Executivo municipal de Guarulhos foi ao encontro dessa iniciativa e criou a sua Procuradoria Especializada em Saúde, atualmente núcleo especializado, a fim de garantir tratamento especializado e célere para as demandas de saúde relacionadas ao Município, cujo autor da presente tese foi um dos idealizadores⁵⁵¹:

Neste particular, parte imensa do sucesso inicial da CAMEDS Guarulhos deve ser creditada ao Procurador Municipal Cristian David Gonçalves, especialista na matéria e entusiasta de primeira hora do projeto, chegando a levar o Prefeito e Secretários para conhecerem a CAMEDS e a Central de Conciliação da Justiça Federal de Guarulhos. Esforçou-se, ainda, pela aprovação da Lei Municipal 7.657/2018, que por seu art. 19 criou a pioneira “Procuradoria Especializada em Saúde de Guarulhos”, atualmente sob sua responsabilidade.

⁵⁵¹ ALMEIDA, Paulo Marcos Rodrigues de. A (Des)judicialização da saúde na pandemia da Covid-19: a solução de demandas de saúde pela conciliação. **Revista AJUFESP**, n.01, 2021. Disponível em: https://www.academia.edu/48986262/REVISTA_AJUFESP. Acesso em: 21.01.25.

⁵⁵¹ *Ibid.*

Vale ressaltar, por fim, como forma de regulamentar e fomentar a mediação em Guarulhos, a edição das Leis Municipais nº. 7.635/2018⁵⁵² e 8.184/2023⁵⁵³, de iniciativa do poder executivo municipal, sendo que esta última contou com a colaboração efetiva na redação da proposta legislativa do autor do presente trabalho, instituindo-se o “Programa de Incentivo à Mediação no Município de Guarulhos”, sendo relevante trazer algumas de suas disposições:

Art. 2º Fica instituído no Município de Guarulhos o Programa de Incentivo à Mediação, que objetiva fomentar práticas viabilizadoras da mediação nos órgãos municipais.

Parágrafo único. O Programa de Incentivo à Mediação é aplicável a todas as searas do Poder Público Municipal, **inclusive no âmbito da saúde**.

Art. 3º O Programa de Incentivo à Mediação observará os princípios da dignidade humana, **fraternidade**, celeridade, eficiência, acessibilidade, informalidade, oralidade, busca do consenso, confidencialidade, redução da litigiosidade, boa-fé e indisponibilidade do interesse público primário.

Art. 4º São objetivos do Programa de Incentivo à Mediação:

I - **garantir humanização, celeridade e eficiência no atendimento à população;**

II - fomentar a cultura de uma administração pública consensual, participativa e transparente, pautada em soluções consensuais e exitosas no sentido de dirimir conflitos entre os cidadãos e os órgãos municipais;

III - promover a desjudicialização e a adoção de medidas para a composição administrativa de litígios no âmbito municipal, com vistas à resolução de conflitos e pacificação social;

IV - promover diálogo interinstitucional para melhor solução e implementação de políticas públicas;

4.2. Da Operacionalização

Com apoio em material disponibilizado pelo Dr. Paulo Marcos Rodrigues de Almeida, Juiz Federal da 1ª Vara Gabinete de Guarulhos, um dos idealizadores da CAMEDS, elaborado na ocasião de sua apresentação para a Comissão de Direito Médico e da Saúde da OAB Guarulhos datada de 30 de outubro de 2023⁵⁵⁴, cumpre, no presente estudo, demonstrar passo a passo o modo de operação da CAMEDS.

A Câmara de Mediação em Direito da Saúde se materializa de forma inteiramente conectada e on-line, por meio de grupos de Whatsapp e e-mail. Seu desenho institucional a posiciona como um ponto de articulação e diálogo entre o cidadão e o sistema público de saúde,

⁵⁵² BRASIL. **Lei Municipal n 7.635, de 18 de maio de 2018, da Cidade de Guarulhos**. Autoriza o Poder Executivo a realizar acordos ou transações, para prevenir ou resolver conflitos, inclusive judiciais. Disponível em: https://www.guarulhos.sp.gov.br/06_prefeitura/leis/leis_download/07635lei.pdf. Acesso em: 08.11.25.

⁵⁵³ BRASIL. **Lei Municipal 8.184, 3 de outubro de 2023, da Cidade de Guarulhos**. Institui o Programa de Incentivo à Mediação no Município de Guarulhos, e dá providências correlatas. Disponível em: https://www.guarulhos.sp.gov.br/06_prefeitura/leis/leis_download/08184lei.pdf. Acesso em: 08.11.2025.

⁵⁵⁴ JUSTIÇA FEDERAL. Material de apresentação fornecido.

dispensando as audiências de conciliação presenciais e atuando de forma inteiramente remota e digital:

1º Passo - Acolhimento e Registro (Figura 5): O procedimento tem início com o requerente (DPU, DPE, advogados, juízes das varas federais e estaduais) enviando e-mail à Central de Conciliação da Justiça Federal, com solicitação contendo todas as informações pertinentes.

O ideal é que nesta fase ainda não exista processo instaurado, com o objetivo de que ele sequer venha a existir, mas, se já houver processo em andamento, o objetivo é que ele seja prematuramente finalizado.

2º Passo - A Mediação (Figura 6): Uma vez recepcionado, o e-mail é encaminhado para um dos mediadores, responsável por sintetizar seu conteúdo e publicá-lo em um grupo de Whatsapp no qual figura a Administração Pública, representada pela Secretaria Municipal de Saúde, Procuradoria Municipal e NATS⁵⁵⁵. Ressalte-se que o Estado de São Paulo e a União, até o momento de fornecimento do material, ainda não haviam aderido formalmente à CAMEDS, apesar de serem consultados pelo Município ou integrantes do grupo.

No prazo de até 03 dias úteis o Poder Público analisa internamente a possibilidade de atender a demanda e responde no mesmo grupo.

3º Passo - Resolução e Comunicação (Figura 7): Havendo possibilidade de satisfazer o pleito, o mediador responsável comunica à CECON, que informa o solicitante via e-mail, com os anexos pertinentes. Cumpre salientar que caso haja descumprimento do acordado o requerente poderá provocar a CAMEDS, que reabrirá o caso e solicitará, via Whatsapp, as informações e atualizações pertinentes.

Já nos casos de impossibilidade de atendimento da demanda, o Poder Público deverá justificar, de forma fundamentada, a razão que motivou a negativa, e a parte será devidamente notificada, oportunidade na qual decidirá se segue com o processo ativo, se já em curso, ou se o instaura, se na fase pré-processual.

⁵⁵⁵ Núcleo de Apoio Técnico e Judicial da Secretaria Municipal de Saúde de Guarulhos, composta por médicos, enfermeiros, nutricionistas e outros técnicos, a fim de subsidiar com informações.

Figura 6 - Acolhimento e Registro



Fonte: Justiça Federal, 2025

Figura 7 – A Mediação



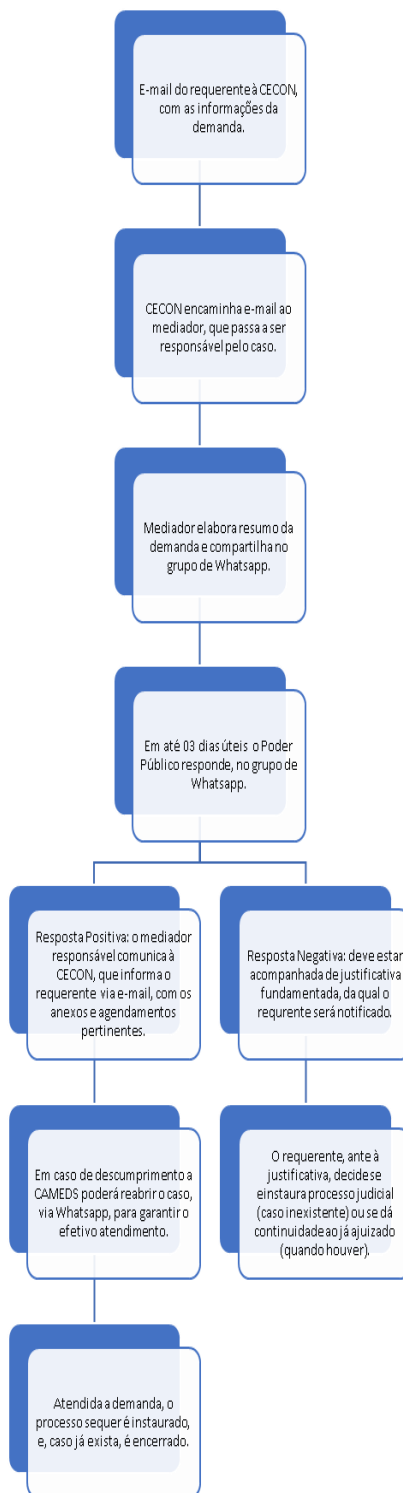
Figura 8 - Resolução e Comunicação



Fonte: Justiça Federal, 2025

Essa estrutura, ilustrada na Figura 8 abaixo, se repete a cada caso, transformando um balcão de queixas em oportunidades de soluções:

Figura 9 – Fluxo de operacionalização da CAMEDS:



Conforme demonstrado, o cerne da operacionalização da CAMEDS é sua ambientação virtual, facilitadora do diálogo célere e dinâmico entre mediadores, partes, advogados e representantes dos principais atores envolvidos na prestação de Saúde Pública, possibilitada pela utilização de ferramenta tecnológica digital, em especial o Whatsapp, o que a torna um objeto de estudo ainda mais interessante, considerando a facilidade de acesso e o manifesto viés digital do federalismo cooperativo e da mediação fraterna integrativa desenvolvidos no capítulo anterior.

4.3. Eficiência e Humanidade: Resultados e Possíveis Avanços

Inicialmente, cumpre informar que os dados foram fornecidos pela CECON da Justiça Federal de São Paulo (Guarulhos), sendo que os gráficos foram criados pelo autor da tese, para melhor ilustração e compreensão, permitindo uma análise analítica estratégica dos resultados da CAMEDS no período de 2020-2025.

Como pode ser observado, a dinâmica da CAMEDS se estabelece na integração dos diversos setores envolvidos na judicialização da saúde em um formato de diálogo e auxílio, inseridos em um contexto no qual todos conhecem suas responsabilidades, atribuições e direitos e se unem a fim de atingir um fim comum específico de forma a garantir a eficiência e a celeridade da prestação em Saúde Pública, sem dispensar a observância de princípios basilares como a legalidade, a moralidade e a impessoalidade.

Redesenhar um contexto jurídico onde os entes antes se pautavam de forma individual em sua respectiva autonomia em uma realidade embasada na cooperação fraternal vinculada à uma organização política estatal de associações coletivas motivadas pela convivência entre cidadãos em redes comunicativas cooperando na gestão do bem comum, promovendo, consequentemente, o bem-estar humano⁵⁵⁶, mostra-se um desafio quase insuperável de reeducação estrutural; entretanto, mesmo contra todas as perspectivas teóricas e práticas, a análise dos dados nos mostra que o modelo já apresenta bons frutos, conforme passa-se a demonstrar.

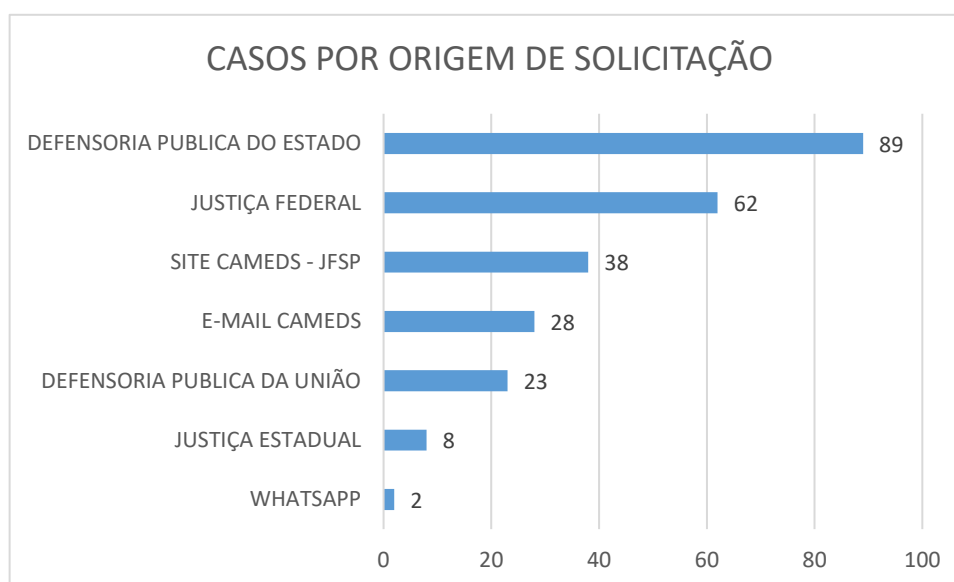
A origem das solicitações é uma das variáveis mais reveladoras do modelo de Guarulhos. Os dados demonstram que a CAMEDS opera em uma interface estratégica entre o

⁵⁵⁶ FONSECA, Reynaldo Soares da; FONSECA, Rafael Campos Soares da. Federalismo fraternal: concretização do princípio da fraternidade no federalismo. *In: Direitos humanos e fraternidade: estudos em homenagem ao ministro Reynaldo Soares da Fonseca*. São Luís: ESMAM: EDUFMA, 2021.

cidadão e o sistema de justiça, funcionando tanto como um serviço de acesso direto quanto como um braço auxiliar para a resolução de processos já instaurados.

O dado mais expressivo, conforme extrai-se da Figura 9 abaixo, é que a Defensoria Pública do Estado figura como a principal fonte de encaminhamentos, respondendo por quase 35,6% dos casos. Somando-se os casos vindos da Justiça Federal (24,8%), Estadual (3,2%) e a Defensoria Pública da União (10,4%), constata-se que a maioria dos atendimentos (74%) tem origem em órgãos do sistema de justiça, o que confirma o papel da CAMEDS enquanto parceira na gestão de conflitos judicializados, com equidade de acesso.

Figura 10 – Gráfico de casos por origem de solicitação

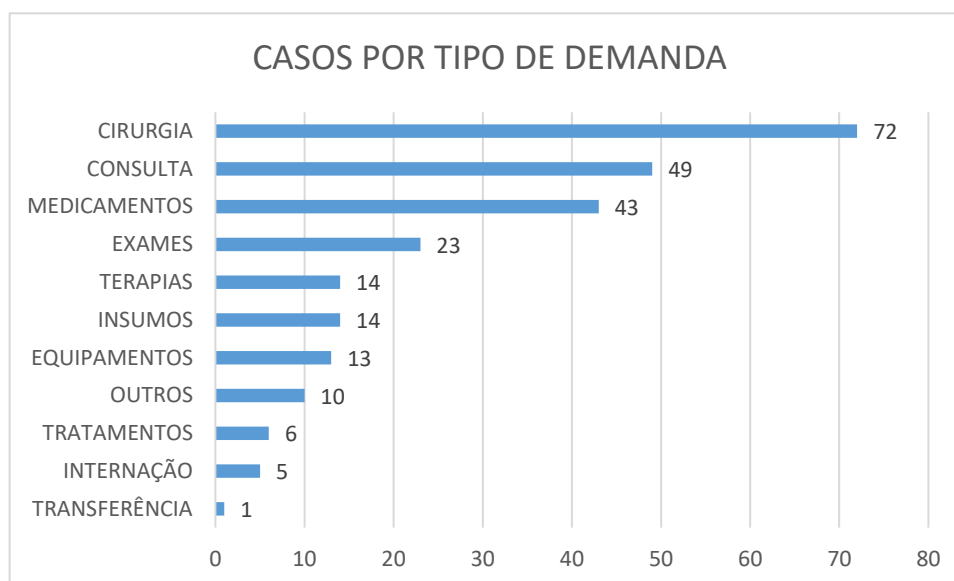


Fonte: de autoria própria.

Ainda segundo essa análise, pode-se observar que o e-mail (11,2%) e o site da Justiça Federal de São Paulo (15,2%) figuram como importantes portas de entrada à CAMEDS, apesar de não ser este um caminho ainda amplamente conhecido pela população geral, o que demonstra a importância da promoção de canais diretos e desburocratizados para o contato com o cidadão, com a devida promoção da capacitação em literacia.

A análise do objeto das demandas revela que a CAMEDS atua exatamente nas áreas de maior impacto do SUS, conforme demonstrado na Figura 11 abaixo.

Figura 11 – Casos por tipo de demanda



Fonte: de autoria própria.

O principal motivo que levou à busca pela mediação é a necessidade de cirurgias (28.8%), refletindo a angústia das longas filas de espera. Em segundo lugar, estão as demandas por consultas com especialistas (19.6%), outro gargalo conhecido do sistema.

O acesso a medicamentos (17.2%) compõe o trio de necessidades mais prementes. Juntos, cirurgias, consultas e medicamentos respondem por quase dois terços de todos os casos (65.6%), desenhando um mapa claro das áreas onde a mediação pode gerar maior impacto.

Nessa toada, é válido destacar o potencial de êxito ampliado no que tange a cirurgias e exames, tendo em vista a porcentagem de demandas dessa natureza classificadas como “Atendidas” ou “Parcialmente atendidas”, sendo de 86,9% para exames e 62,5% para cirurgias.

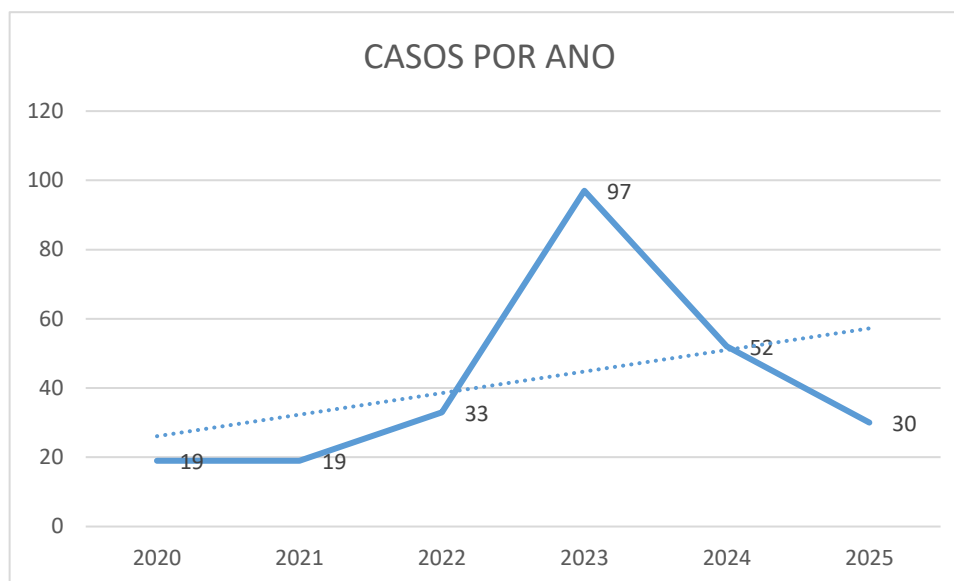
A CAMEDS Guarulhos confirma, num primeiro momento, sua progressiva legitimação, com aumento de casos. Partindo de uma média de 19 casos nos primeiros dois anos (2020-2021), o serviço apresentou um salto para 33 casos em 2022 e atingiu um pico expressivo de 97 casos em 2023, em que havia um maior estímulo e articulação pelos gestores envolvidos, com um aumento de mais de 400% em relação ao patamar inicial.

Este crescimento sinaliza um amadurecimento institucional e o potencial reconhecimento prático de sua eficácia tanto por cidadãos quanto por operadores do direito, além do engajamento dos principais atores necessários para o bom andamento do projeto.

Apesar disso, conforme demonstrado na Figura 11, há nos anos de 2024 e 2025 uma redução, se comparado a 2023, o que pode ter ocorrido por diversos fatores, desde o

amadurecimento do fluxo, que pode ter ocasionado filtragem mais rigorosa ao processo de acolhimento das demandas, até mudanças políticas que podem impactar diretamente o desenvolvimento de projetos, notadamente no âmbito do Poder Executivo. Além disso, o fato de não participação formal de importantes atores como a União e o Estado, também se revela crucial.

Figura 12 – Casos por Ano



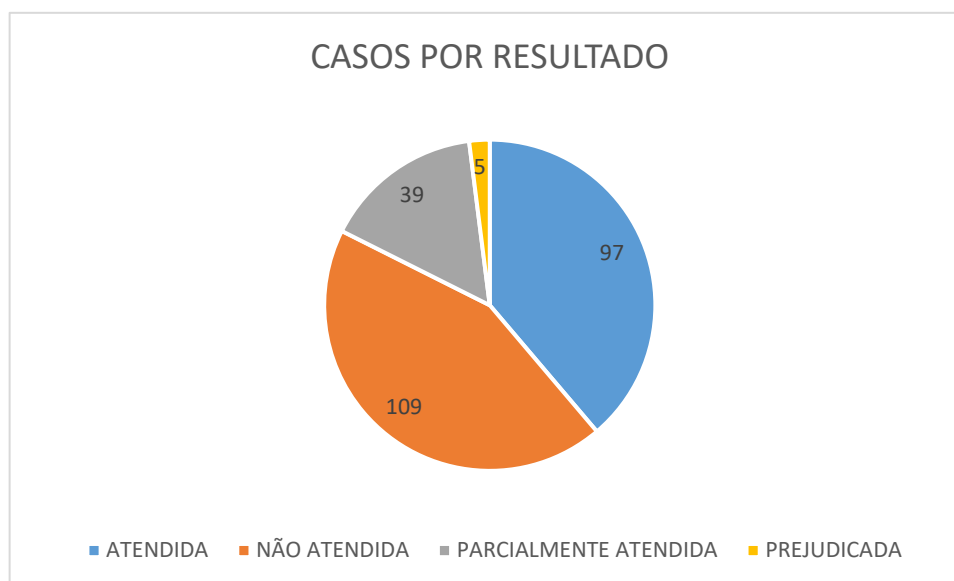
Fonte: de autoria própria.

A análise assertiva acerca da eficácia da CAMEDS depende de duas óticas acerca de sua capacidade: evitar que novas demandas se convertam em processos e resolver ações que já tramitam no Judiciário, razão pela qual faz-se necessário compreender a existência prévia de processo judicial nos casos tratados pela Câmara.

Segundo o relatório, o universo de 250 casos está quase igualmente dividido: 126 casos (50.4%) não tinham processo judicial, enquanto 124 casos (49.6%) já eram judicializados. Este dado revela o papel da Câmara, que atua tanto na "desjudicialização primária" (prevenção) quanto na "desjudicialização secundária" (resolução).

O estudo mostra que a CAMEDS alcançou uma solução total ("Atendida") ou parcial ("Parcialmente Atendida") para 136 dos 250 casos, o que representa um índice de sucesso global de 54.4%, conforme demonstra a Figura 12 abaixo.

Figura 13 – Casos por Resultado



Fonte: de autoria própria.

Isso significa que mais da metade das demandas levadas à mediação encontraram uma resolução consensual, sem falar que a não participação da União e do Estado reforçam boa parte do não atendimento.

Vale mencionar que os casos de parcial atendimento (15.6%) não necessariamente seria um fracasso da mediação, mas revelam a construção de uma solução fraterna de compromisso, a essência do método autocompositivo, onde nenhuma das partes obtém tudo o que pretendia, mas ambas encontram um desfecho digno e sustentável. Casos em que a CAMEDS facilita acordos e alternativas viáveis entre cidadãos e gestores, demonstram a flexibilidade e a capacidade de construção consensual típicas do diálogo interfederativo.

Ainda, a análise dos dados quantitativos da CAMEDS oferece uma interessante prova de sua eficácia. Tomando como base os indicadores consolidados, o cenário, em síntese, é o apresentado na Figura 14, abaixo:

Figura 14 – Indicadores, resultados e apontamentos

Indicador	Resultado	Análise e Contribuição para a Tese
Taxa de Resolutividade Administrativa Total	54%	Mais da metade das demandas de saúde são resolvidas administrativamente, evitando a judicialização e promovendo eficiência na gestão pública. A CAMEDS demonstra capacidade institucional de solucionar conflitos complexos que envolvem direitos fundamentais.
- Atendimento Integral	39%	Quatro em cada dez demandas são completamente satisfeitas na esfera administrativa, evidenciando que a mediação institucional alcança resultados plenos sem intervenção judicial, fortalecendo a autonomia administrativa dos entes federativos.
- Atendimento Parcial (Soluções Negociadas)	16%	As soluções parciais representam o núcleo da mediação cooperativa: casos onde a CAMEDS facilita acordos e alternativas viáveis entre cidadãos e gestores, demonstrando flexibilidade e capacidade de construção consensual típicas do diálogo interfederativo.
Desafogamento do Poder Judiciário	136 casos resolvidos administrativamente	A CAMEDS impediu que 136 demandas (54% do total) se transformassem em novas ações judiciais ou prosseguissem na via contenciosa, contribuindo diretamente para a redução da sobrecarga do sistema de justiça e dos custos processuais.
Federalismo Cooperativo em Ação	200 casos municipais, 16 estaduais	A CAMEDS articula demandas entre diferentes níveis de governo, com predominância de casos municipais (80%), demonstrando sua função de coordenação interfederativa e clarificação de responsabilidades compartilhadas em saúde pública.
Eficiência Temporal e Desburocratização	Média de 13 dias	O tempo médio de resolução de 13 dias contrasta significativamente com a morosidade judicial, oferecendo respostas céleres a demandas urgentes de saúde e exemplificando os ganhos de eficiência da mediação administrativa.

Fonte: de autoria própria.

Demonstra-se, por meio dos dados analisados, a eficiência do modelo adotado pela CAMEDS, baseado na cooperação entre os principais atores da saúde pública, além de evidenciar a celeridade do procedimento, em que o tempo médio de 13 dias para resolução das

demandas é um fator que merece ser pontuado, principalmente quando comparado à usual morosidade da judicialização, com um tempo médio de 656 dias para a resolução das demandas pendentes em 2025.⁵⁵⁷

4.4. Casos Hipotéticos e Possíveis Avanços

Para compreender a operação da CAMEDS em sua dimensão qualitativa, e para vislumbrar os avanços possíveis à luz da Mediação Fraternal Integrativa Cooperativa Digital, apresentam-se a seguir dois casos ilustrativos hipotéticos que descrevem situações recorrentes no cotidiano da câmara, seguidos da análise prospectiva do modelo ampliado.

4.4.1. Caso 1: Sra. Luísa

A Sra. Luísa, 68 anos, portadora de osteoporose severa, busca na CAMEDS um medicamento de marca, importado e de altíssimo custo, prescrito por seu médico particular. Este medicamento não integra os protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas do SUS. No cenário adversarial tradicional, a resposta administrativa seria uma negativa técnica baseada na ausência de registro do medicamento nas listas oficiais.

A Sra. Luísa, sentindo-se desamparada, ajuizaria ação judicial, de forma particular ou via Defensoria Pública, dando início a um processo custoso, demorado e de resultado incerto, que mobilizaria defensores, procuradores e magistrados para debater questões que poderiam ser resolvidas no plano mediado.

A atuação da CAMEDS através da Mediação Fraternal, contudo, segue caminho mais adequado. A equipe não apenas recebe o pedido, mas acolhe a pessoa. Ouve a narrativa de dor, valida o medo e a legítima expectativa de tratamento. O primeiro ato de mediação não é técnico, é humano: fazer a Sra. Luísa sentir-se vista e respeitada. Em seguida, a CAMEDS aciona a expertise da rede municipal, consultando especialistas médicos. Estes profissionais analisam o caso concreto e identificam que o medicamento padrão disponível no SUS possui eficácia clínica comprovada e, considerando o perfil da paciente, apresenta melhor relação custo-benefício e perfil de segurança.

O retorno não é uma negativa burocrática. A equipe contata a Sra. Luísa com uma proposta de cuidado: "Sra. Luísa, compreendemos sua busca pelo melhor tratamento e a

⁵⁵⁷ BRASIL. CNJ. **Números em saúde**. Disponível em: <https://justica-em-numeros.cnj.jus.br/painel-saude/>. Acesso em: 18.02.26.

importância de cuidar da sua saúde. Nossos especialistas analisaram seu caso com muita atenção e cuidado. Temos na rede um medicamento de excelente qualidade, muito seguro, que podemos disponibilizar imediatamente. Gostaríamos de agendar uma consulta ainda esta semana para que a senhora possa conversar com nosso especialista. Se concordar, já iniciamos o tratamento sem demora." A Sra. Luísa aceita a consulta, sente-se genuinamente cuidada, compreende as razões técnicas da alternativa terapêutica e concorda com a troca. Inicia o tratamento em poucos dias.

Embora o pedido original não tenha sido atendido literalmente, a necessidade fundamental, o acesso a tratamento eficaz e seguro para sua condição de saúde, foi plenamente satisfeita. Estatisticamente, este caso figura como "atendimento parcial". Em sua essência fraternal, contudo, representa uma verdadeira mudança de paradigma: a paciente foi cuidada, o sistema foi preservado de um litígio desnecessário, e a solução encontrada é clínica e economicamente superior. Este é o núcleo da Mediação Fraternal: transformar o conflito formal em solução substantiva através do diálogo qualificado e do cuidado mútuo.

4.4.2. Caso 2: Sr. Carlos

Outro caso: o Sr. Carlos necessita de cirurgia cardíaca de alta complexidade, procedimento cuja referência é estadual, responsabilidade de financiamento e regulação que não pertence ao Município. A resposta burocrática tradicional seria um ofício técnico informando a incompetência do ente municipal e arquivando o processo administrativo. O Sr. Carlos, sem compreender as nuances do pacto federativo, ajuizaria ação contra o Município, que responderia negativamente e, mesmo que condenado, teria dificuldades de atendimento, mesmo à luz da solidariedade, por faltar hospital, equipe e aparato técnico para a cirurgia municipal, de referência estadual, gerando, no mínimo, atraso e risco de morte.

A CAMEDS, entretanto, transforma essa negativa em um ato de mediação através da orientação qualificada. A equipe identifica imediatamente que a competência é estadual, conforme a Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade. Em vez de um documento formal, estabelece contato direto com o Sr. Carlos: "Sr. Carlos, sua cirurgia é extremamente importante e complexa. Pela organização do SUS, quem coordena e regula este tipo de procedimento é o hospital de referência estadual. Uma ação judicial contra o município, infelizmente, não teria êxito e apenas atrasaria seu acesso ao tratamento. O caminho correto e mais rápido é este..."

A CAMEDS não se limita a informar, mas instrumentaliza o cidadão para o atendimento. Fornece endereço, telefone e e-mail da central de regulação estadual e da ouvidoria. Entrega relatório sucinto do caso para que o Sr. Carlos chegue ao órgão competente com documentação organizada. Em alguns casos, oficia diretamente o ente estadual, fazendo o acompanhamento institucional e reduzindo a assimetria de informação e poder que o cidadão enfrentaria sozinho.

A demanda não foi resolvida pelo município, mas o cidadão sai da CAMEDS com dignidade, clareza e um caminho viável. O litígio contra o ente incompetente foi evitado, o sistema ganhou em racionalidade, e o Sr. Carlos foi instruído com conhecimento sobre seus direitos e sobre como exercê-los corretamente. Esta negativa qualificada é, em si mesma, um ato de mediação e de cuidado institucional, substituindo o abandono burocrático pela orientação fraterna e demonstrando que mesmo quando o Estado não pode resolver diretamente o problema, ele pode e deve ajudar o cidadão a encontrar o caminho certo.

4.4.3 Repensando à luz da Mediação Fraterna Integrativa Cooperativa Digital

4.4.3.1 Avanço Possível I: A Mediação Fraterna como Solução ao Pacto Federativo

O drama do Sr. Carlos (caso hipotético 2) não é individual nem circunstancial; é o drama cotidiano de milhões de brasileiros perdidos no labirinto kafkiano⁵⁵⁸ das competências comuns solidárias do SUS. A solução para este impasse, repensando a CAMEDS, poderia avançar numa rede integrada de Câmaras de Mediação Interfederativa Digital, operando em plataforma digital unificada e interoperável.

O funcionamento seria simples e intuitivo: o cidadão ou seu representante legal inseriria sua demanda em portal digital nacional único, sem precisar conhecer previamente a intrincada divisão de competências entre os entes federativos. Um sistema de inteligência artificial, alimentado pelas normativas do SUS, faria a triagem preliminar, identificaria as competências envolvidas e abriria automaticamente uma sala de mediação virtual, convocando eletronicamente os representantes legais e técnicos dos entes potencialmente responsáveis. A sessão seria conduzida por mediador público neutro, treinado em técnicas de mediação fraternal, gestão de saúde pública e direito sanitário, cujo objetivo não seria identificar culpados, mas construir cooperativamente soluções viáveis. A pergunta central mudaria radicalmente: de

⁵⁵⁸ Refere-se a Frans Kafka, significando situações complexas, frustrantes e ilógicas, especialmente aquelas que envolvem a burocracia opressiva e a impotência do indivíduo diante de sistemas incompreensíveis.

"De quem é a obrigação legal?" para "Como podemos, enquanto Estado brasileiro em suas três esferas, garantir cooperativamente o direito constitucional deste cidadão?"

Guiados pelos princípios da fraternidade, da eficiência administrativa e do dever compartilhado de proteção dos direitos fundamentais, os representantes dos entes federativos seriam estimulados a construir soluções integradas. Um acordo típico poderia estabelecer que o município fornece o transporte sanitário, o estado disponibiliza a vaga hospitalar e realiza o procedimento cirúrgico, e a União custeia o medicamento de alto custo necessário no pós-operatório. A solução construída seria formalizada em termo de mediação com força executiva, estabelecendo prazos, responsabilidades e mecanismos de acompanhamento. A plataforma digital asseguraria transparência total, com registro de todas as interações e documentos, enquanto sistemas de *compliance* monitorariam o cumprimento dos acordos e *dashboards* públicos permitiriam auditoria social e controle institucional.

As Câmaras de Mediação Interfederativa Digital promoveriam transformação qualitativa na lógica de funcionamento do federalismo sanitário brasileiro, substituindo o litígio vertical entre cidadão e Estado pela cooperação horizontal entre gestores. Milhares de processos que tramitam por anos apenas para definir qual ente deveria ter sido acionado seriam evitados, os custos de litigância seriam redirecionados para o financiamento direto das políticas de saúde, e o banco de dados das câmaras permitiria identificar gargalos recorrentes e subsidiar a formulação de políticas públicas preventivas e protocolos de cooperação interfederativa.

Seria a aplicação da inteligência da CAMEDS na escala nacional, transformando o tradicional jogo de empurra federativo em plano de ação conjunto para a garantia do direito fundamental social à saúde e inclusive resolver questões de custos, repartição de receitas, em especial em tempos de subfinanciamento.

4.4.3.2 Avanço Possível II: Integrando a Saúde Suplementar pela Fraternidade

Uma outra grande limitação do modelo existente e com possibilidade de avanço seria a integração do SUS e da saúde suplementar. Os sistemas público e privado se ignoram mutuamente até se encontrarem em eventual ação judicial, ainda que de ressarcimento. A Mediação Fraterna Integrativa Cooperativa Digital pode ser uma resposta possível.

Considere-se outro caso hipotético em que Ana, mulher de 28 anos, beneficiária de plano de saúde privado, recebe recusa de cobertura para terapia biológica inovadora destinada ao tratamento de doença autoimune grave, por falta de previsão no rol.

Diante do sofrimento e da desassistência privada, ela busca o SUS. O município, pressionado pela urgência clínica e por liminar judicial, vê-se forçado a custear o tratamento, arcando com despesas que não integram suas atribuições, em prejuízo ao sistema de saúde municipal.

Meses ou anos depois, através de custoso processo de ressarcimento, a procuradoria municipal talvez logre reaver os valores junto à operadora do plano. O resultado final é um sistema simultaneamente custoso, ineficiente e contraditório, onde o SUS acaba subsidiando o setor privado enquanto recursos públicos escassos são desviados daqueles que dele dependem exclusivamente.

Uma abordagem mediadora operacionalizada através da CAMEDS ou melhor de uma Câmara de Mediação Interfederativa Digital Integrativa daria uma resposta possível a esse cenário.

Ao receber a demanda, o sistema identificaria automaticamente mediante integração com bases de dados da ANS que Ana mantém cobertura suplementar. Convocaria então um representante legal da operadora para participar da mesa de mediação conjuntamente com os gestores públicos de saúde dos três entes federativos, advogados, médicos, farmacêuticos. Se constatada alguma situação de vulnerabilidade social, acionar-se-ia a Defensoria Pública e o Ministério Público para devida participação.

O mediador reorientaria o eixo da discussão, deslocando a questão central de "quem deve arcar com o custo?" para "qual solução é mais adequada, célere e justa para garantir o direito à saúde de Ana?" O paciente, nesta configuração, emerge como centro do processo e elo comum que fundamenta a legitimidade de ambos os sistemas.

Dentro de ambiente estruturado de diálogo conduzido por facilitador qualificado, sob referencial cooperativo fraternal e digital, com presença estatal e dos demais atores, inclusive privados, e pela urgência concreta da necessidade humana, emergem soluções anteriormente impossíveis no modelo adversarial.

A operadora pode reconhecer que a cobertura é devida conforme rol da ANS ou jurisprudência consolidada, revertendo sua negativa e evitando tanto a litigância quanto o desgaste reputacional; pode-se formalizar acordo de divisão racional de responsabilidades pelo qual a operadora financia o procedimento principal conforme termos contratuais enquanto o SUS fornece reabilitação e acompanhamento ambulatorial, conforme suas atribuições constitucionais; pode-se, ainda, identificar, mediante diálogo técnico, que terapia alternativa de eficácia equivalente existe dentro da cobertura oferecida pela operadora ou é facilmente acessível via SUS, viabilizando troca terapêutica consensual.

O propósito estratégico reside em resolver o conflito em sua origem, assegurando que a responsabilidade contratual primária do setor privado seja efetivamente cumprida. Desse modo libera-se o SUS para concentrar sua missão constitucional em atender aqueles que dele dependem de forma exclusiva.

A mediação funcionaria simultaneamente como instrumento de justiça, de racionalidade econômica sistêmica e de integridade institucional. Caso se entenda que o arcabouço normativo existente para tal seja insuficiente, como apresentado no item 3.4, a participação compulsória de operadoras em processos mediadores administrativos poderia estar prevista, de forma expressa, na Lei nº 9.656/98, e na Lei nº 9.961/00 que instituiu a ANS. Seria possível estruturar a integração operacional, ainda, mediante Termo de Cooperação celebrado entre o Executivo das 3 esferas de governo, a ANS e o CNJ, além de entidades representativas do setor suplementar, estabelecendo como compromisso a participação nas mediações, contrapartida ao exercício do direito de operação no mercado regulado, entre outros instrumentos.

A ampliação do modelo da CAMEDS através das Câmaras de Mediação Interfederativa Digital Integrativa, com a inclusão de atores privados representa importante avanço possível, empiricamente sustentado. Materializaria aplicação em escala nacional, dos ditames da Resolução 530/2023 do CNJ e da plataforma digital determinada pelo Tema 1234 do STF, através de uma Mediação Fraternal Integrativa Cooperativa Digital, como instrumento de governança para enfrentar os impasses estruturais mais profundos e custosos do sistema de saúde brasileiro.

Esta integração, viabilizada por tecnologia digital e fundada na fraternidade, marca a um avanço no Federalismo Cooperativo. Além da articulação meramente entre entes públicos constitui-se em governança integrada de todo o ecossistema de saúde, incorporando atores privados em função do propósito comum que legitima a existência de tais sistemas: o cuidado com a vida, a saúde e a dignidade das pessoas, considerando que todos estamos em um mesmo barco em busca de soluções fraternas e mais justas.

Este capítulo se propõe, assim, a retirar os conceitos desenvolvidos ao longo desta tese do campo da teoria e analisar à luz da realidade, ainda que de forma hipotética, em termos de avanços possíveis. A análise da Câmara de Mediação em Direito da Saúde de Guarulhos (CAMEDS) não foi um mero estudo de caso, mas um laboratório vivo que permitiu observar a aplicação prática dos princípios que fundamentam este trabalho, mas apresenta limitações e possibilidade de avanços, pelo que se propõe.

A construção de soluções fraternas dialogadas, a escuta empática e a comunicação transparente materializam a busca pela dignidade e pela pacificação social que o Constitucionalismo Fraternal preconiza.

A análise dos fluxos e das múltiplas portas de entrada revelou que a CAMEDS já opera como uma iniciativa que sinaliza o Federalismo Cooperativo Digital. A existência de um instrumento digital que conecta cidadão, canais digitais, gestão municipal e o sistema de justiça demonstra a criação de uma governança cooperativa de baixo para cima, eficaz e resolutive.

Por fim, partindo desta evidência, de que o modelo funciona na escala local, este capítulo ousou vislumbrar avanços possíveis, permitindo o experimentalismo local.

A proposta de criação de Câmaras de Mediação Interfederativa Digital Integrativa, com a inclusão da saúde suplementar, em uma mediação fraterna integrativa cooperativa digital integrativa pode trazer uma resposta possível, como instrumento mais adequado para resolver os mais profundos impasses estruturais da saúde no Brasil.

Propõe-se como possíveis indicadores para fins de avaliação e replicação de modelo futuro, caso venham a ser implementadas as Câmaras de Mediação Interfederativa Digital Integrativa, em cinco dimensões interdependentes:

- 1) a primeira dimensão, de eficiência resolutive, compreende a taxa de resolutive global, a taxa de desjudicialização primária, a taxa de desjudicialização secundária, o tempo médio e o tempo mediano de resolução, sendo a distinção entre média e mediana metodologicamente necessária para evitar que casos extremos distorçam a percepção do desempenho típico da câmara;
- 2) a segunda dimensão, de cobertura e acesso, avalia a proporção de casos iniciados sem intermediação de advogado ou órgão do sistema de justiça, o que se denomina índice de acesso direto pelo cidadão, a distribuição territorial dos requerentes e o perfil socioeconômico dos atendidos, indicadores que respondem à questão da equidade e revelam se o modelo efetivamente alcança populações vulneráveis ou reproduz o viés de acesso qualificado que já caracteriza a judicialização tradicional;
- 3) a terceira dimensão, de qualidade da mediação, inclui a taxa de participação simultânea de todos os entes federativos competentes em cada sessão, a taxa de recorrência da demanda após o desfecho, o índice de satisfação do requerente aferido por questionário padronizado e a taxa de fundamentação das decisões em protocolos clínicos oficiais, como CONITEC e RENAME/REMUNE, dispositivo estrutural de contenção da captura por interesses da indústria farmacêutica;
- 4) a quarta dimensão, de impacto sistêmico, abrange o custo evitado por caso resolvido, estimável a partir dos dados do CNJ sobre custo médio de processos judiciais em saúde, a taxa de impacto normativo, que registra os casos que geraram mudanças em protocolos ou fluxos administrativos dos entes envolvidos, e a redução da litigiosidade local medida pela variação no volume de novas ações de saúde no município comparada à série histórica pré-câmara;
- 5) a quinta dimensão, de integridade e fraternidade institucional, propõe dois indicadores inéditos: a taxa de transparência dos acordos, que mede a proporção de desfechos com registro público anonimizado acessível ao controle social, e o Índice de Fraternidade Procedimental (IFP), medida composta que avalia se todos os atores foram ouvidos, se houve transparência sobre as razões do desfecho, se foram consideradas alternativas terapêuticas para além do pedido literal e se o requerente recebeu informação qualificada independentemente do resultado obtido. O IFP traduz operacionalmente o princípio da fraternidade em instrumento de avaliação de

desempenho institucional, contribuição doutrinária que esta tese propõe como diferencial do modelo em relação aos sistemas de mediação existentes.

A padronização desse conjunto de indicadores seria interessante para que câmaras instaladas em diferentes municípios sejam comparáveis entre si e para que a governança federativa cooperativa digital deixe de ser aspiração normativa e torne-se realidade mensurável e replicável em escala nacional.

Em suma, o estudo da CAMEDS oferece uma importante validação para a hipótese central desta tese: a Mediação Fraterna Integrativa Cooperativa Digital não é uma utopia teórica, mas um paradigma de governança viável, prático e eficaz.

O caso de Guarulhos demonstra que é possível construir um sistema de saúde mais justo, eficiente e humano, substituindo a cultura do litígio pela cultura do diálogo e da pacificação social.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Há um fio que atravessa esta tese do começo ao fim e que só se revela com clareza ao seu término: a constatação de que os problemas mais graves do sistema de saúde brasileiro não são, em sua raiz, apenas problemas de escassez. São, antes, problemas de fragmentação, de atores que não se falam, de entes federativos que não cooperam eficazmente, de sistemas público e privado que coexistem em paralelo até colidirem nos tribunais, de tecnologias disponíveis que não foram ainda organizadas a serviço da cooperação. A judicialização da saúde é, nessa perspectiva, o sintoma mais visível de uma patologia institucional mais profunda, qual seja a ausência de fraternidade como princípio jurídico do sistema.

Foi para responder a esse diagnóstico que se propôs a Mediação Fraternal Integrativa Cooperativa Digital. Não como *slogan*, nem como refinamento terminológico, mas como modelo estruturado que articula, com uma arquitetura coerente, quatro dimensões simultaneamente necessárias: a fraternidade como macroprincípio jurídico constitucional vinculante, a mediação como expressão procedimental desse princípio, o Federalismo Cooperativo Digital como novo referencial das relações interfederativas e a interdependência dos sistemas público e privado de saúde como perspectiva indispensável de qualquer solução que se pretenda ver realizada.

A hipótese central desta tese era de que esse modelo é viável, não apenas teoricamente, mas como paradigma de governança implementável no marco normativo já existente e capaz de produzir resultados mensuráveis. Os quatro capítulos percorridos demonstram que essa hipótese se sustenta.

O Capítulo 1 contextualizou o direito à saúde em sua dimensão histórica e comparada, demonstrando que o Brasil construiu, com a Constituição Federal de 1988, um dos sistemas de proteção da saúde mais ambiciosos do mundo. O SUS, fundado na universalidade, na integralidade e na equidade, representa conquista civilizatória irrenunciável, com abertura para a participação privada em saúde, de forma integrada. Mas a distância entre o texto constitucional e a realidade vivida por milhões de cidadãos é precisamente o problema que esta tese enfrentou.

O Capítulo 2 mapeou a judicialização da saúde em sua magnitude atual: 682.468 novas ações ajuizadas em 2025, crescimento de 94,42% entre 2020 e 2025, e avaliou as respostas institucionais existentes, concluindo que, embora relevantes, os mecanismos tradicionais de desjudicialização carecem da integração estrutural que os conflitos sistêmicos em saúde

exigem. A judicialização não é fenômeno que se resolve apenas com mais conciliação: exige redesenho da arquitetura de governança.

O Capítulo 3 construiu os fundamentos teóricos do modelo proposto. A fraternidade, resgatada de sua dimensão jurídico-constitucional pelo Constitucionalismo Fraternal, deixa de ser aspiração moral difusa para tornar-se macroprincípio operacional que impõe deveres de cooperação aos entes públicos e privados. A mediação, compreendida como prática de alteridade e escuta empática, traduz essa fraternidade em procedimento concreto. O Federalismo Cooperativo Digital, por sua vez, oferece a arquitetura institucional e tecnológica capaz de viabilizar essa cooperação em escala nacional, superando o federalismo clássico que historicamente transformou a saúde em arena de conflitos intergovernamentais. A convergência desses três pilares - fraternidade, mediação e federalismo cooperativo digital, considerada a integração sistêmica da saúde - produz o conceito síntese que esta tese propõe: a Mediação Fraternal Integrativa Cooperativa Digital.

O Capítulo 4, ao analisar empiricamente a experiência da Câmara de Mediação em Direito da Saúde de Guarulhos (CAMEDS), como estudo único de caso, por sua relevância analítica e um tipo de prova de conceito, apresentou dados que revelam resultados significativos: taxa de resolatividade de 54,4%, tempo médio de resolução de 13 dias e 50,4% dos casos chegados sem processo judicial já instaurado, indicador inequívoco de desjudicialização primária efetiva.

A CAMEDS não é apenas uma câmara de mediação, mas sim, em sua operação cotidiana, uma materialização intuitiva dos princípios da Mediação Fraternal Integrativa Cooperativa Digital. A escuta fraterna, a mesa com boa parte dos atores competentes, o uso do WhatsApp como plataforma acessível e a resolução célere não são coincidências institucionais. São a prova de que o modelo funciona quando se tem coragem de praticá-lo.

A tese demonstrou, portanto, que o modelo proposto viabiliza simultaneamente seis avanços significativos para o sistema de saúde brasileiro.

O primeiro é a redução quantitativa das demandas judiciais mediante resolução administrativa ou pré-processual consensual dos conflitos. A experiência da CAMEDS revela que mais da metade dos casos trazidos podem ser resolvidos antes que se instaure qualquer processo, o que significa, em escala nacional, uma transformação estrutural do volume de litígios que hoje sobrecarregam o Judiciário e impõem custos crescentes a todos os entes federativos, promovendo prevenção (desjudicialização primária).

O segundo avanço é a qualificação das decisões sobre fornecimento de medicamentos e procedimentos. A mediação fraterna estruturada permite que gestores, profissionais de saúde,

representantes de operadoras e pacientes deliberem conjuntamente, com base em evidências científicas e em realidades orçamentárias concretas. Isso contrasta favoravelmente com a decisão judicial individualizada, proferida frequentemente sem acesso a esses elementos, e que, ao garantir direitos individuais, pode comprometer a equidade sistêmica na alocação dos recursos coletivos e a sustentabilidade atuarial das operadoras de planos de saúde.

O terceiro avanço é o fortalecimento da cooperação interfederativa mediante infraestruturas tecnológicas que viabilizam compartilhamento de informações, identificação automática de responsabilidades e monitoramento em tempo real. O problema da solidariedade e do jogo de empurra entre União, estados e municípios, que condena o cidadão a percorrer labirintos burocráticos sem encontrar responsável, pode ser superado por uma arquitetura digital de governança cooperativa em que a competência de cada ente é identificada automaticamente e a responsabilidade é assumida, não transferida.

O quarto avanço é a ampliação da *accountability* democrática mediante transparência digital e participação social nos processos decisórios. A plataforma digital não é apenas instrumento de eficiência: é instrumento de democracia. Quando os dados sobre demandas, custos e resultados se tornam públicos e acessíveis, a gestão da saúde deixa de ser espaço de opacidade administrativa e passa a ser objeto de escrutínio e participação cidadã efetivos.

O quinto avanço é o aprimoramento contínuo das políticas públicas mediante aprendizado baseado em evidências. Os dados estruturados sobre demandas recorrentes, custos de tratamento e resultados clínicos constituem elemento precioso para a atualização de protocolos, a ampliação de coberturas e a correção antecipada de falhas sistêmicas. A CAMEDS já demonstra esse potencial ao revelar padrões de demanda que, identificados, podem ser objeto de respostas administrativas preventivas, dispensando a câmara para novas demandas da mesma natureza.

O sexto e mais estrutural dos avanços é a possibilidade de construção de uma nova cultura institucional de cooperação fraterna com integração sistêmica do SUS e da saúde suplementar, além de promover responsabilidade social corporativa das operadoras de planos de saúde, reconhecendo que empresas que atuam em setores estratégicos como saúde possuem responsabilidade que vai além dos lucros, alcançando uma acepção fraterna. A análise da saúde suplementar, nesta visão integrativa e regulatória, justifica a inserção da presente tese na linha de pesquisa Direito Empresarial: Estruturas e Regulação.

Com efeito, a substituição da cultura do litígio pela cultura do diálogo não se decreta: se constrói, caso a caso, câmara a câmara, acordo a acordo. Mas ela é possível e a experiência de Guarulhos prova isso. Quando os atores do ecossistema de saúde e justiça se encontram em

torno de uma mesa, ainda que virtual, movidos pelo propósito compartilhado de resolver o problema de uma pessoa concreta, algo muda na forma como cada um desses atores compreende sua função.

Importa reconhecer, com honestidade acadêmica, as limitações que esta tese carrega. O estudo empírico da CAMEDS, embora revelador, circunscreve-se a uma única câmara, em um único município, em um período de cinco anos. Os dados analisados constituem base analítica significativa e como prova prática da teoria apresentada, em certos pontos, mas não autorizam generalizações automáticas para contextos institucionais, federativos e demográficos distintos, apesar de outros exemplos terem sido apresentados ao longo da tese. A implementação do modelo em escala nacional encontrará resistências políticas, burocráticas e financeiras que o presente trabalho não ignorou, mas que também não pode, por sua natureza, mapear em toda a sua extensão, pelo recorte adotado.

A questão da literacia, inclusão tecnológica e digital, permanece como tensão não inteiramente resolvida: os 20 milhões de brasileiros sem acesso à internet e os 62% que acessam a rede exclusivamente por celular impõem que o modelo preserve, sempre, portas de acesso analógicas e presenciais. A plataforma híbrida que a CAMEDS já pratica, com WhatsApp como canal principal, mas sem exclusão de outros meios, aponta o caminho, mas a escalabilidade dessa solução depende de investimento em infraestrutura e programas de capacitação, que vão além da competência de qualquer câmara isolada e devem ser devidamente incentivados.

A captura do modelo por interesses econômicos dominantes, especialmente da indústria farmacêutica e das operadoras de planos de saúde, é risco real que exige dispositivos estruturais de contenção permanente, com transparência efetiva e em tempo real dos casos mediados, dos acordos celebrados, com participação da Defensoria Pública e do Ministério Público como guardiões do interesse coletivo, articulação com os protocolos da CONITEC para fundamentação das decisões sobre medicamentos e, sobretudo, a fraternidade como princípio vinculante que não permite que o modelo seja capturado por lógicas meramente mercantis.

A agenda futura de pesquisa que esta tese abre é vasta. No plano normativo, seria relevante investigar a necessidade ou não de um marco legal específico para as Câmaras de Mediação Interfederativa Digital em saúde, questão que este trabalho respondeu afirmativamente pela suficiência do arcabouço já existente, mas que pode ser objeto de refinamento legislativo para conferir maior segurança jurídica, estabilidade e institucionalidade ao modelo.

No plano empírico, estudos comparados entre câmaras de mediação em saúde instaladas em diferentes municípios e estados, além de um diálogo com experiências internacionais

eventualmente existente, permitiriam identificar variáveis institucionais de sucesso e fracasso, contribuindo para o desenho de uma política nacional de desjudicialização da saúde baseada em evidências.

No plano tecnológico, a investigação sobre o uso de inteligência artificial para triagem, categorização e encaminhamento de demandas, com as salvaguardas éticas indispensáveis, representa fronteira de pesquisa ainda pouco explorada no campo do direito sanitário brasileiro.

A integração sistêmica entre SUS e saúde suplementar, tal como desenvolvida, merece investigação autônoma aprofundada acerca dos mecanismos regulatórios da ANS, a revisão do ressarcimento ao SUS e as possibilidades de indução cooperativa por meio de incentivos regulatórios, que constituem território fértil para pesquisa futura que esta tese apenas pôde indicar.

Permitir-se-á, ao final, uma reflexão que transcende o registro estritamente técnico-jurídico e que, por isso mesmo, pode ser a mais honesta: às vezes, é preciso olhar para o passado para encontrar as respostas para o presente e as chaves que abrem as portas do futuro.

Antes que existisse SUS, antes que existisse CONITEC, NAT-jus, planos de saúde e protocolos clínicos, a saúde era cuidada de forma caritativa, por uma rede de caridade, o que inclui irmandades, ordens religiosas que acolhiam o doente não porque fossem obrigadas por lei ou por uma constituição, mas porque reconheciam no outro um irmão.

Não se propõe aqui, evidentemente, o retorno completo a um sistema caritativo de antigamente. Propõe-se, antes, recuperar o espírito que animava aquele cuidado, o amor ágape, a fraternidade como vínculo que antecede qualquer obrigação legal, e traduzi-lo em arquitetura jurídica contemporânea, capaz de operar nos contextos de complexidade, escala e pluralidade que o Estado democrático de direito exige, além de cumprir os compromissos globais assumidos para o Desenvolvimento Sustentável da Agenda 2030 da ONU, em especial o ODS 3 (Saúde e Bem-Estar), e o ODS 16 (Paz, Justiça e Instituições Eficazes).

É dessa tensão criativa entre a tradição mais antiga e as possibilidades mais avançadas que nasce a Mediação Fraternal Integrativa Cooperativa Digital. Um modelo que olha para Guarulhos e enxerga o Brasil. Que olha para o WhatsApp de um grupo de gestores e mediadores e enxerga o embrião de uma plataforma nacional de governança cooperativa. Que olha para os 54,4% de casos resolvidos em 13 dias e enxerga 682.468 processos que poderiam não ter sido necessários, com uma espera estimada em 656 dias.

A utopia, como ensinava Eduardo Galeano⁵⁵⁹, não existe para ser alcançada: existe para que não se deixe de caminhar. A Mediação Fraterna Integrativa Cooperativa Digital é, nesse sentido, uma utopia realizável - realizável porque já se realiza, todos os dias, em uma câmara virtual em Guarulhos, onde pessoas com problemas de saúde encontram gestores e mediadores dispostos a escutá-las, e onde a fraternidade deixou de ser esquecida para tornar-se realidade.

A experiência da CAMEDS, com a evolução proposta, constitui um paradigma de sucesso viável, provando que a institucionalização de canais de diálogo fraterno e humanizado, de forma integrada ao sistema de justiça e com portas abertas ao cidadão, é um caminho viável para mitigar a judicialização, promover o acesso à justiça e garantir o direito à saúde de maneira mais racional e sustentável, além de oferecer, com os avanços propostos, um referencial para a replicação deste modelo em outras localidades do Brasil e até mesmo em nível nacional.

Esta tese cumpre seu objetivo se, ao ser lida, contribuir para que: juízes, promotores, defensores públicos e advogados se conscientizem sobre este novo olhar; câmaras interfederativas de mediação fraterna integrativa digital sejam criadas; mais gestores públicos e privados se disponham a sentar à mesa e sentir; mais cidadãos encontrem solução antes de precisar recorrer ao judiciário e se, ao final, o sistema de saúde brasileiro caminhe, ainda que passo a passo, em direção ao horizonte de uma sociedade verdadeiramente justa, fraterna e solidária, como promete, desde 1988, a Constituição que nos une.

Como inspirou o autor da presente tese e ainda inspirará muita gente, Reynaldo Soares da Fonseca, conhecido como Ministro da Fraternidade: “Trata-se de ter a coragem de ir contra a corrente, de não ter medo de enfrentar situações novas com espírito de aprendiz, saindo dos postos consolidados, das aparentes seguranças adquiridas e buscando o que realmente importa para o bem de todos”.

⁵⁵⁹ “A utopia está lá no horizonte. Me aproximo dois passos, ela se afasta dois passos. Caminho dez passos e o horizonte corre dez passos. Por mais que eu caminhe, jamais alcançarei. Para que serve a utopia? Serve para isso: para que eu não deixe de caminhar.” – *Fernando Birri*, citado por Eduardo Galeano in ‘Las palabras andantes?’ de Eduardo Galeano. publicado por Siglo XXI, 1994. Revista Prosa Verso e Arte. Disponível em: https://www.revistaprosaversoarte.com/para-que-serve-a-utopia-eduardo-galeano/#goog_rewarded. Acesso em: 04.04.26.

REFERÊNCIAS

- ABNT. **ABNT NBR ISO 26000:2010 - Diretrizes sobre responsabilidade social**. Disponível em: http://www.inmetro.gov.br/qualidade/responsabilidade_social/iso26000.asp. Acesso em: 05.06.25.
- ABRIL, F.G.Marnrique; DIAZ, J.M.Ospina; MARTÍN, A.F.Martín. ¿La Salud: servicio público o derecho fundamental?. **Revista Salud, Historia y Sanidad**, v. 3, n. 2, 2008. Disponível em: <https://agenf.org/ojs/index.php/shs/article/view/79/78>. Acesso em: 22.10.24
- AITH, Fernando Mussa Abujamra. Direito à saúde e democracia sanitária: experiências brasileiras. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v. 15, n. 3, nov.2014/fev.2015, p. 85-90. Disponível em: <https://revistas.usp.br/rdisan/article/view/97328>. Acesso em: 20.09.25
- AITH, F.; SANTANA, J. P. de; DALLARI, A. B. A proteção do direito à saúde na era digital: saúde digital, inteligência artificial e direito. **Revista De Direito Sanitário**, v.25, n.1 2025, p. 1-4. Disponível em: <https://revistas.usp.br/rdisan/article/view/240814/217667>. Acesso em: 24.10.25.
- ALBUQUERQUE, C. *et al.* A situação atual do mercado da saúde suplementar no Brasil e apontamentos para o futuro. **Ciência Saúde Coletiva**, v.13, n.5, outubro 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/jXwhKzH5MtFjLS4h7WdMy8m/>. Acesso em: 26.12.24.
- ALEXY, Robert. **Teoría de los derechos fundamentales**. Madrid: Centro de Estudios Políticos y Constitucionales, 2001. Disponível em: <https://www.pensamientopenal.com.ar/system/files/2014/12/doctrina37294.pdf>. Acesso em: 02.02.25
- ALKIMIN, Maria Aparecida; e DUTRA, Lincoln Zub. O ativismo judicial como instrumento de transformação do estado democrático de direito. **Revista Direito & Paz**. São Paulo, Lorena, ano 18, nº 34, 2016, p. 300-318. Disponível em: www.revista.unisal.br/lo/index.php/direitoepaz/article/download/357/257/. Acesso em: 03.01.25.
- ALMEIDA, Paulo Marcos Rodrigues de. A (Des)judicialização da saúde na pandemia da Covid-19: a solução de demandas de saúde pela conciliação. **Revista AJUFESP**, n.01, 2021. Disponível em: https://www.academia.edu/48986262/REVISTA_AJUFESP. Acesso em: 21.01.25
- AMARAL FILHO, Jair do. Princípios do federalismo: contribuições metodológicas para sair do labirinto fiscalista. *In*: GUIMARÃES, Paulo Ferraz *et al.* (Orgs.). **Um olhar territorial para o desenvolvimento**: Nordeste. Rio de Janeiro: Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social, 2014, p. 304-327.
- ANDRADE, Mariana Dionísio de, *et. al.* Inteligência artificial para o rastreamento de ações com repercussão geral: o projeto Victor e a realização do princípio da razoável; duração do processo. **Revista Eletrônica de Direito Processual**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, 2019. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/redp/article/view/42717>. Acesso em: 13.02.25.

ANDRIGHI, Fátima Nancy; BENETI, Sidnei. **Juizados Especiais Cíveis e Criminais**. Belo Horizonte: Del Rey, 1996.

ANNAS, George J. Human rights and health – the universal declaration of human rights at 50. **New England Journal of Medicine**. 1998, p. 1178-1781. Disponível em: https://scholarship.law.bu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=2299&context=faculty_scholarship Acesso em: 20.11.25

ANS. Agência Nacional de Saúde. **Relatório financeiro saúde suplementar – 1º trimestre de 2025**. Disponível em: <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiM2EyNGY3OGItNWZmYy00ZTJkLWI5YjAtMWU3OTFIZWNmNTYxIiwidCI6IjlkYmE0ODBlLTRmYTctNDJmNC1iYmEzLTBmYjEzNzVmYmU1ZiJ9>. Acesso em: 13.02.25.

ARISTÓTELES. **A política**. Tradução de Roberto Leal Ferreira. São Paulo: Martins Fontes, 2001

ARRETCHE, Marta. Federalismo e políticas sociais no Brasil: problemas de coordenação e autonomia. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 18, n. 2, 2004, p. 17-26. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/spp/a/yrdb5VzhMD8wyrZDDS6Wvvp/?lang=pt>. Acesso em: 06.11.25

ASQUINI, Alberto. Perfis da empresa. Tradução de Fabio Konder Comparato. **Revista de Direito Mercantil**, n. 104, 1993.

BAGGIO, Antonio Maria. **O Princípio esquecido**. v. 1. São Paulo: Cidade Nova, 2008.

BAGGIO, Antônio Maria. A redescoberta da fraternidade na época do “terceiro 1789”. In: BAGGIO, Antônio Maria (org.). **O princípio esquecido: A fraternidade na reflexão atual das ciências políticas**. Vargem Grande Paulista, SP; Editora Cidade Nova, 2008.

BARACHO, José Alfredo de Oliveira. **Teoria geral do constitucionalismo**. Disponível em: <https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/181702/000424691.pdf?sequence=3&isAllowed=y>. Acesso em: 15.11.24

BARCELLOS, Ana Paula de. **Curso de direito constitucional**. 6. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2024. *E-book*. Disponível em: <https://app.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788530995683/>. Acesso em: 02.02.25.

BARRENECHE, Osvaldo. **Estudios recientes sobre fraternidad: De la enunciación como principio a la consolidación como perspectiva**. Buenos Aires: Ciudad Nueva, 2010.

BARRETO JUNIOR, I. F.; PAVANI, M. O direito à saúde na ordem constitucional brasileira. **Revista de Direitos e Garantias Fundamentais**, v. 14, n. 2, 2013, p. 71–100. Disponível em: <https://sisbib.emnuvens.com.br/direitosegarantias/article/view/263>. Acesso em: 24.02.25

BARROS, Sérgio Resende de. **Direitos humanos: paradoxo da civilização**. Belo Horizonte: Del Rey, 2003

BARROSO, Luís Roberto. **Curso de direito constitucional contemporâneo**. 7. ed. São Paulo: Saraiva, 2021.

BARROSO, Luís Roberto. Judicialização, ativismo judicial e legitimidade democrática. **Suffragium -Revista do Tribunal Regional Eleitoral do Ceará**, Fortaleza, v. 5, n. 8, jan./dez. 2009, p. 11-22. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/synthesis/article/view/7433/5388>. Acesso em: 02.01.25.

BARROSO, Luís Roberto. A constitucionalização do direito e suas repercussões no âmbito administrativo. In: ARAGÃO, Alexandre Santos de; MARQUES NETO, Floriano de Azevedo (Coord.). **Direito administrativo e seus novos paradigmas**. Belo Horizonte: Fórum, 2012. Disponível em: https://editoraforum.com.br/wp-content/uploads/2014/09/A-constitucionalizacao_LuisRobertoBarroso.pdf. Acesso em: 03.10.25.

BARROSO, Luís Roberto; BARCELLOS, Ana Paula de. A Nova Interpretação Constitucional e o Papel dos Princípios do Direito Brasileiro. **Revista da EMERJ**. v. 6, nº 23, 2003. Disponível em: https://www.emerj.tjrj.jus.br/revistaemerj_online/edicoes/revista23/revista23.pdf. Acesso em: 28.09.25.

BARZOTTO, Luciane Cardoso. **Dez pontos sobre vacina contra a Covid-19 e relação de trabalho**. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2021-jan-26/lucianebarzotto-dez-pontos-vacina-relacao-trabalho/>. Acesso em: 29.01.24

BARZOTTO, Luis Fernando. Fraternidade: uma aproximação conceitual. In: MACHADO, Carlos Augusto Alcântara *et al.* (orgs.). **Direito e fraternidade: em busca de concretização**. Aracaju: EDUNIT, 2018

BASTIANI, Ana Cristina Bacega de; PELLEENZ, Mayara. Uma análise sobre fraternidade e direito: perspectivas para o século XXI. **RJLB**, a. 1, n. 5, 2015, p. 91-104. Disponível em: https://www.cidp.pt/revistas/rjlb/2015/5/2015_05_0091_0104.pdf. Acesso em: 17.02.25.

BAUMAN, Zygmunt. **Globalização: as consequências humanas**. Tradução de Marcus Penchel. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1999.

BENACCHIO, Marcelo; CAMARGO, Caio Pacca Ferraz de. Função social e responsabilidade social empresarial: convergências e divergências. **Revista Thesis Juris**, vol. 8, n. 2, 2019, p. 119-148. Disponível em: <https://periodicos.uninove.br/thesisjuris/article/view/16342>. Acesso em: 28.09.25

BERCOVICI, Gilberto. A descentralização de políticas sociais e o federalismo cooperativo brasileiro. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v. 3, n. 1, mar. 2002, p. 13-28. Disponível em: <https://revistas.usp.br/rdisan/article/view/81291>. Acesso em: 02.12.24

BARRENECHE, Osvaldo. **Estudios recientes sobre fraternidad: De la enunciación como principio a la consolidación como perspectiva**. Buenos Aires: Ciudad Nueva, 2010

BERNARDES, Liliane Cristina Gonçalves; VIEIRA, Fabíola Sulpino. ODS 3: assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar social para todas e todos, em todas as idades. In: **Avaliação do progresso das principais metas globais para o Brasil**. Brasília: IPEA, 2024. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/server/api/core/bitstreams/cf63f3ab-3c34-48f6-ad19-3614dca11fb5/content>. Acesso em: 27.09.25.

BÍBLIA. **Bíblia sagrada**, 50ª Ed. Brasília: Editora Vozes, 2005

BITENCOURT, Caroline Müller; RECK, Janriê Rodrigues. Controle da administração pública e accountability: um estudo a partir da perspectiva sistêmica de Niklas Luhmann. **Revista de Investigações Constitucionais**, Curitiba, v. 3, n. 3, set./dez. 2016. Disponível em: <https://admin,+5.+Janri%C3%AA+Rodrigues+Reck,+Caroline+M%C3%BCller+Bitencourt.pdf>. Acesso em: 06.11.25.

BITENCOURT, Caroline Müller; SCHMIDT, João Pedro. Avaliação de políticas públicas no federalismo cooperativo: notas sobre os desafios das competências comuns e concorrentes. **Revista Jurídica**, v. 3, n. 56, 2019

BITENCOURT, Caroline Müller; TAVARES, André Afonso. Avaliação de políticas públicas no contexto do federalismo cooperativo brasileiro. **A&C - Revista de Direito Administrativo & Constitucional**, Belo Horizonte, v. 22, n. 90, 2022, p. 171–205. Disponível em: <https://revistaaec.com/index.php/revistaaec/article/view/1736>. Acesso em: 24.09.25

BOBBIO, Norberto. **A era dos direitos**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

BONAVIDES, Paulo. **Curso de direito constitucional**. 30. ed. São Paulo: Malheiros, 2020.

BRAGA NETO, Adolfo. **Mediação**: uma experiência brasileira. São Paulo: CLA Editora, 2017.

BRANDÃO, Rodrigo. **Supremacia Judicial versus Diálogos Constitucionais**: a quem cabe dar a última palavra sobre o sentido da Constituição? Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2012

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Acordo de Cooperação Técnica nº. 139/2024**. Disponível em: https://www.gov.br/ans/pt-br/aceso-a-informacao/transparencia-e-prestacao-de-contas/Acordo_de_Cooperacao_Tecnica_ANS_CNJ_e_Extrao_DOU_2024.pdf. Acesso em: 31. 10.25.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Resultados Divulgados**. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/numeros-do-setor/ans-divulga-dados-de-beneficiarios-referentes-a-julho-de-2025>. Acesso em: 31.10.25.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Dados e Indicadores do Setor**. 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/aceso-a-informacao/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor>. Acesso em: 16.10.25.

BRASIL. CNJ. **Emenda 2 da resolução nº 125/2010**. Disponível em: <https://atos.cnj.jus.br/files/compilado202229202109176144f905edf8f.pdf>. Acesso em: 11.10.25

BRASIL. CNJ. **Fonajus**: "Saúde é um dos temas mais difíceis que o Judiciário enfrenta", diz Barroso. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/fonajus-saude-e-um-dos-temas-mais-dificeis-que-o-judiciario-enfrenta-diz-barroso/>. Acesso em: 24.10.25.

BRASIL. CNJ. **Fórum da Saúde faz balanço de atividades e define marcos para atividades em 2025**. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/forum-da-saude-faz-balanco-de-atividades-e-define-marcos-para-atividades-em-2025/>. Acesso em: 23.10.25.

BRASIL. CNJ. **Judicialização da Saúde no Brasil: perfil das demandas, causas e propostas de solução**. Relatório Analítico Propositivo. Brasília: CNJ/Insper, 2019, Disponível em: <https://static.poder360.com.br/2019/03/relatorio-judicializacao-saude-Insper-CNJ.pdf>. Acesso em: 23.10.25.

BRASIL. CNJ. **Manual de mediação**. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2015/06/f247f5ce60df2774c59d6e2dddbfec54.pdf>. Acesso em: 17.01.25.

BRASIL. CNJ. **NAT-Jus**. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/programas-e-acoes/forum-da-saude-3/e-natjus/>. Acesso em: 12.10.25.

BRASIL. CNJ. **Números em saúde**. Disponível em: <https://justica-em-numeros.cnj.jus.br/painel-saude/>. Acesso em: 18.02.26.

BRASIL. CNJ. **Plataforma sinapses**. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/sistemas/plataforma-sinapses/paineis-e-publicacoes/>. Acesso em: 13.02.25

BRASIL. CNJ. **Recomendação Nº 100**. Disponível em: <https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/3988>. Acesso em: 12.10.25.

BRASIL. CNJ. **Resolução 125/2010**. Disponível em: <https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/156>. Acesso em: 11.10.25

BRASIL. CNJ. **Resolução 530/2023**. Disponível em: <https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/5330>. Acesso em: 28.01.25.

BRASIL. CNJ. **Termo de Cooperação Técnica nº. 021/2016**. Disponível em <https://www.cnj.jus.br/transparencia-cnj/gestao-administrativa/acordos-termos-e-convenios/termos-de-cooperacao-tecnica/termos-de-cooperacao-tecnica-encerrado/tcot-021-2016/>. Acesso em: 16.10.25.

BRASIL. **Conecte SUS**. Disponível em: <https://www.gov.br/pt-br/noticias/saude-e-vigilancia-sanitaria/2021/04/voce-conhece-o-conecte-sus>. Acesso em: 15.10.25

BRASIL. **Constituição Federal de 1988**. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Presidência da República, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.html. Acesso em: 02.12.24.

BRASIL. **Dados gerais**. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/aceso-a-informacao/perfil-do-setor/dados-gerais>. Acesso em: 08.04.25.

BRASIL. **Decreto Lei nº 678, de 6 de novembro de 1992**. Promulga a Convenção Americana sobre Direitos Humanos (Pacto de São José da Costa Rica), de 22 de novembro de 1969. Brasília, DF: Presidência da República, 1992. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d0678.htm. Acesso em: 01.02.25

BRASIL. **Emenda constitucional nº 19, de 1998.** Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc19.htm. Acesso em: 30.01.25.

BRASIL. **Espaço de ressarcimento ao SUS.** Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/operadoras/compromissos-e-interacoes-com-a-ans-1/espaco-ressarcimento-ao-sus-1>. Acesso em: 08.04.25.

BRASIL. **Lei nº 5.764, de 16 de dezembro de 1971.** Define a Política Nacional de Cooperativismo, institui o regime jurídico das sociedades cooperativas, e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1971. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/15764.htm. Acesso em: 29.07.25.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm. Acesso em: 02.01.25.

BRASIL. **Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990.** Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 1990. Disponível em: https://planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18142.htm. Acesso em: 02.01.25.

BRASIL. **Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998.** Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Brasília, DF: Presidência da República, 1998. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19656.htm. Acesso em: 05.08.25.

BRASIL. **Lei 9.961, de 28 de janeiro de 2000.** Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2000. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19961.htm. Acesso em: 08.04.25.

BRASIL. **Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011.** Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/112401.htm. Acesso em: 16.10.25.

BRASIL. **Lei nº 13.105, de 16 de março de 2015.** Código de Processo Civil. Brasília, DF: Presidência da República, 2015. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/113105.htm. Acesso em: 17.09.25

BRASIL. **Lei nº 13.140, de 26 de junho de 2015.** Dispõe sobre a mediação entre particulares como meio de solução de controvérsias e sobre a autocomposição de conflitos no âmbito da administração pública. Brasília, DF: Presidência da República, 2015. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/113140.htm. Acesso em: 17.09.25

BRASIL. **Lei nº 14.129, de 29 de março de 2021.** Dispõe sobre princípios, regras e instrumentos para o Governo Digital e para o aumento da eficiência pública e altera a Lei nº 7.116, de 29 de agosto de 1983, a Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011 (Lei de Acesso à Informação), a Lei nº 12.682, de 9 de julho de 2012, e a Lei nº 13.460, de 26 de junho de 2017. Brasília, DF: Presidência da República. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2021/lei/114129.htm. Acesso em: 14.02.25

BRASIL. **Lei nº 14.454, de 21 de setembro de 2022.** Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos privados de assistência à saúde, para estabelecer critérios que permitam a cobertura de exames ou tratamentos de saúde que não estão incluídos no rol de procedimentos e eventos em saúde suplementar. Brasília, DF: Presidência da República, 2022. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2022/lei/L14454.htm. Acesso em: 23.10.25.

BRASIL. **Lei Municipal n 7.635, de 18 de maio de 2018, da Cidade de Guarulhos.** Autoriza o Poder Executivo a realizar acordos ou transações, para prevenir ou resolver conflitos, inclusive judiciais. Disponível em: https://www.guarulhos.sp.gov.br/06_prefeitura/leis/leis_download/07635lei.pdf. Acesso em: 08.11.25

BRASIL. **Lei Municipal 8.184, 3 de outubro de 2023, da Cidade de Guarulhos.** Institui o Programa de Incentivo à Mediação no Município de Guarulhos, e dá providências correlatas. Disponível em: https://www.guarulhos.sp.gov.br/06_prefeitura/leis/leis_download/08184lei.pdf. Acesso em: 08.11.25.

BRASIL. **Medida Provisória nº 1665, de 24 de agosto de 2001.** Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos privados de assistência à saúde e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2001. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/CCivil_03///MPV/2177-44.htm. Acesso em: 05.08.25.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégia de saúde digital para o Brasil.** Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/estrategia_saude_digital_Brasil.pdf. Acesso em: 28.10.25.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Gastos com judicialização somaram R\$ 2,7 bilhões em 2024.** Disponível em: <https://www.inaff.org.br/noticias/gastos-com-judicializacao-somaram-r-27-bilhoes-em-2024/>. Acesso em: 24.10.25.

BRASIL. **Ministério da Saúde – Meus SUS Digital.** Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/seidigi/meususdigital>. Acesso em: 28.10.25.

BRASIL. **Ministério da Saúde – RNDS.** Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/seidigi/rnds>. Acesso em: 28.10.25.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Telessaúde.** Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/seidigi/sus-digital/telessaude>. Acesso em: 13.02.25

BRASIL. MPMG. **Denúncia fraude milionária em operadora de plano de saúde.** Disponível em: <https://www.mpmg.mp.br/portal/menu/comunicacao/noticias/mpmg-denuncia-26-pessoas-por-fraude-milionaria-em-operadora-de-plano-de-saude.shtml>. Acesso em: 23.10.25.

BRASIL. **Painel coronavírus.** Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>. Acesso em: 27.01.25.

BRASIL. **Portal gov.br.** Disponível em: <https://www.gov.br/pt-br>. Acesso em: 14.02.25.

BRASIL. **Portaria Conjunta nº 10.586/2025.** Disponível em: <https://esaj.tjsp.jus.br/gcn-frontend-vue/legislacao/find/227912>. Acesso em: 27.10.25.

BRASIL. **Portaria GM/MS nº 913.** Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2022/prt0913_22_04_2022.html#:~:text=PORTARIA%20GM%2FMS%20N%C2%BA%20913,3%20de%20fevereiro%20de%202020. Acesso em: 03.10.25

BRASIL. **Portaria GM/MS nº 1.434/2020.** Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt1434_01_06_2020_rep.html. Acesso em: 28.10.25.

BRASIL. **Portaria n. 2.546/11.** Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2546_27_10_2011.html. Acesso em: 13.02.25.

BRASIL. **Provimento CJF3R nº 156/2025.** Disponível em <https://web.trf3.jus.br/atos-normativos/Atos-Normativos-dir/Conselho%20da%20Justi%C3%A7a/Provimentos/2025/Provimento0156.htm>. Acesso em: 27.10.25.

BRASIL. **Relatório anual de gestão de 2023.** Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_anual_gestao_2023_versao_25_10_24.pdf. Acesso em: 02.01.25.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **ACO 3121 RR.** Pretensão de reforço nas medidas administrativas de áreas de controle policial, saúde e vigilância sanitária na fronteira. Min. Relator: Rosa Weber, 27 de out de 2020. Disponível em: <https://jurisprudencia.stf.jus.br/pages/search/sjur435469/false>. Acesso em: 23.01.25.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **ADI nº 2.544 RS.** Declara a inconstitucionalidade da Lei 11.380/99, do referido Estado-membro, que atribui a proteção, guarda e responsabilidade dos sítios arqueológicos e respectivos acervos existentes no Estado aos Municípios em que os mesmos se localizam. Relator: Min. Sepúlveda Pertence, 12 de junho 2002. Disponível em: <https://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=AC&docID=347618>. Acesso em: 23.01.25.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **ADI 3128-7/DF.** Cobrança de contribuição previdenciária dos servidores inativos. Min. Relator: Ellen Grace, 18 de agosto de 2004. Disponível em:

<https://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=AC&docID=363314>. Acesso em: 17.02.25.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **ADI 7.265 - DF**. Adequação aos critérios que geram obrigação de cobertura de tratamento não listado pelo rol da ANS. Min. Relator: Luís Roberto Barroso, 18 de setembro de 2025. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=6514968>. Acesso em: 23.10.25.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **ADI nº. 6.586**. Vacinação compulsória contra a COVID-19. Min. Relator: Ministro Ricardo Lewandowski, 17 de dezembro de 2020. Disponível em: <https://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=TP&docID=755517337>. Acesso em: 28.10.25.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **ADPF 45 MC/DF**. Necessidade de preservação em favor dos indivíduos, da integridade e da intangibilidade do núcleo consubstanciados do mínimo existencial. Min. Relator: Celso de Mello, 29 de abril de 2004. Disponível em: <https://www.stf.jus.br/arquivo/informativo/documento/informativo345.htm>. Acesso em: 26.01.25.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **ADPF 186/DF**. Ações afirmativas por cotas raciais. Min. Relator: Ricardo Lewandowski, 26 de abril de 2012. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=2691269>. Acesso em: 02.02.25.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **ADPF nº. 811**. Medidas emergenciais no combate à pandemia da COVID-19. Min. Relator: Gilmar Mendes, 08 de abril de 2021. Disponível em: <https://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=TP&docID=756267154>. Acesso em: 28.10.25.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **ARE nº. 745745 AgR**. Reafirmou a obrigatoriedade do Poder Público em garantir o direito à saúde e à vida. Min. Relator: Celso de Mello, 02 de dez. de 2014. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/processos/downloadPeca.asp?id=290205659&ext=.pdf>. Acesso em: 26.01.25.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **RE nº 1.366.243 SE**. Responsabilidade solidária nas demandas prestacionais na área da saúde. Min. Relator: Luiz Fux, 23 de maio de 2019. Disponível em: <https://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=TP&docID=752469853>. Acesso em: 23.01.25

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **STF abre nova etapa para implementação de plataforma nacional de demanda de medicamentos**. Disponível em: <https://noticias.stf.jus.br/postsnoticias/stf-abre-nova-etapa-para-implementacao-de-plataforma-nacional-de-demanda-de-medicamentos/>. Acesso em: 14.02.25.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **STF apresenta inovações em seminário sobre Corte Constitucional Digital**. Disponível em: <http://portal.stf.jus.br/noticias/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=464769&ori=1>, Acesso em: 13.02.25.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **STA 175 AgR / CE**. Responsabilidade solidária dos entes da Federação em matéria de saúde. Min. Relator: Gilmar Mendes, 17 de março de 2010.

Disponível em: <https://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=AC&docID=610255>. Acesso em: 17.10.25.

BRASIL. Supremo Tribunal de Federal. **Súmula Vinculante nº 60**. O pedido e a análise administrativos de fármacos na rede pública de saúde, a judicialização do caso, bem ainda seus desdobramentos (administrativos e jurisdicionais), devem observar os termos dos 3 (três) acordos interfederativos (e seus fluxos) homologados pelo Supremo Tribunal Federal, em governança judicial colaborativa, no tema 1.234 da sistemática da repercussão geral RE 1.366.243. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/jurisprudencia/sumariosumulas.asp?base=26&sumula=9260>. Acesso em: 14.02.25.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Súmula Vinculante nº 61**. A concessão judicial de medicamento registrado na ANVISA, mas não incorporado às listas de dispensação do Sistema Único de Saúde, deve observar as teses firmadas no julgamento do Tema 6 da Repercussão Geral (RE 566.471). Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/jurisprudencia/sumariosumulas.asp?base=26&sumula=9260>. Acesso em: 14.02.25.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Tema nº 6**. Dever do Estado de fornecer medicamento não incorporado ao Sistema Único de Saúde. Min. Relator: Luís Roberto Barroso, 01 de set. 2025. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/processos/downloadPeca.asp?id=15379933194&ext=.pdf>. Acesso em: 17.10.25.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Tema nº 500**. Medicamentos não registrados na ANVISA. Min. Relator: Marco Aurélio, 22 de set de 2019. Disponível em: <https://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=TP&docID=754312026>. Acesso em: 14.02.25.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Tema nº 793**. Estabelece a **responsabilidade solidária** entre União, Estados e Municípios no fornecimento de saúde (medicamentos/tratamentos). Min. Relator: Luiz Fux, 06 de março de 2015. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/jurisprudenciaRepercussao/tema.asp?num=793>. Acesso em: 23.01.25.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Tema nº 1161**. Medicamentos não registrados na ANVISA, autorização de importação. Min. Relator: Marco Aurélio, 21 de jun de 2021. Disponível em: <https://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=TP&docID=757870908>. Acesso em: 17.10.25.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Tema nº 1234**. Responsabilidade solidária nas demandas prestacionais na área da saúde. Min Relator: Luiz Fux, 23 de maio de 2019. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/jurisprudenciaRepercussao/verAndamentoProcesso.asp?incidente=6335939&numeroProcesso=1366243&classeProcesso=RE&numeroTema=1234>. Acesso em: 14.02.25.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. **Pesquisa de Jurisprudência**. Disponível em: <https://scon.stj.jus.br/SCON/pesquisar.jsp?preConsultaPP=&acao=pesquisar&novaConsulta=t>

[rue&i=1&b=ACOR&livre=%22fraternidade%22&filtroPorOrgao=&filtroPorMinistro=&filtroPorNota=&data=&tp=T&processo=&classe=&uf=&relator=&dtpb=&dtpb1=&dtpb2=&dtde=&dtde1=&dtde2=&orgao=&ementa=¬a=&ref=](#). Acesso em: 28.10.25.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. **Embargos de divergência em RESP N° 1.886.929 – SP**. Taxatividade do rol dos procedimentos e eventos em saúde elaborados pela ANS. Disponível

em: https://processo.stj.jus.br/processo/julgamento/eletronico/documento/?documento_tipo=integra&documento_sequencial=160376796®istro_numero=202001916776&publicacao_data=20220803. Acesso em: 17.10.25

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. **Habeas Corpus n° 74.123 – RS**. Min. Relator: Reynaldo Soares da Fonseca, 25 de novembro de 2016. Disponível em: https://scon.stj.jus.br/SCON/GetInteiroTeorDoAcordao?num_registro=201602021631&dt_publicacao=25/11/2016. Acesso em: 10.02.25

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. **REsp. n°. 1.953.607 -SC**. Min. Relator: Marcelo Navarro Ribeiro Dantas, 14 de setembro de 2022. Disponível em: https://scon.stj.jus.br/SCON/GetInteiroTeorDoAcordao?num_registro=202102579184&dt_publicacao=20/09/2022. Acesso em: 28.10.25.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. **Tema Repetitivo n° 106**. Questão submetida a julgamento: Obrigatoriedade do poder público de fornecer medicamentos não incorporados em atos normativos do SUS. Min. Relator: Benedito Gonçalves, 04 de maio de 2018. Disponível em: https://processo.stj.jus.br/repetitivos/temas_repetitivos/pesquisa.jsp?novaConsulta=true&tipo_pesquisa=T&cod_tema_inicial=106. Acesso em: 17.10.25.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. **Tema Repetitivo n° 1082**. Cancelamento unilateral do plano de saúde, com paciente submetido a tratamento de doença grave. Min. Relator: Luis Felipe Salomão, 01 de agosto de 2022. Disponível em: https://scon.stj.jus.br/SCON/GetInteiroTeorDoAcordao?num_registro=201901455953&dt_publicacao=01/08/2022. Acesso em: 17.10.25.

BRASIL. TCESP. **Relatório de fiscalização Operacional sobre Fila do SUS no Estado de São Paulo**. Março de 2024. Disponível em: <https://www.tce.sp.gov.br/sites/default/files/portal/5.%20Fiscaliza%C3%A7%C3%A3o%20Operacional%20-%20Fila%20Estadual%20do%20SUS%20-%20TC-%20021571.989.23-5.pdf>. Acesso em: 04.04.26.

BRASIL. Unasus. **Coronavírus: Brasil confirma primeiro caso da doença**. Disponível em: <https://www.unasus.gov.br/noticia/coronavirus-brasil-confirma-primeiro-caso-da-doenca#:~:text=O%20Minist%C3%A9rio%20da%20Sa%C3%BAde%20confirmou,para%20It%C3%A1lia%2C%20regi%C3%A3o%20da%20Lombardia.> . Acesso em: 26.01.25.

BRAX, Henna *et al.* Association between physicians' interaction with pharmaceutical companies and their clinical practices: a systematic review and meta-analysis. **PLoS One**, v. 12, n. 4, abr. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0175493>. Acesso em: 23.10.25.

BRITTO, Carlos Ayres. **Teoria da constituição**. Rio de Janeiro: Forense, 2006.

BUSSE, Reinhard; BLÜMEL, Miriam. Germany: Health system review. **Health systems in transition**, v. 16, n. 2, mar. 2014. Disponível em: https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/germany-health-system-review-2014?utm_source. Acesso em: 27.05.25

CAETANO, Rosangela *et al.* Desafios e oportunidades para telessaúde em tempos da pandemia pela COVID-19: uma reflexão sobre os espaços e iniciativas no contexto brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 5, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/swM7NVTmYRw98Rz3drwpJf/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 12.02.25.

CALMON, Petronio. **Fundamentos da mediação e da conciliação**. 2. ed. Brasília, DF: Gazeta Jurídica, 2013.

CAMPOS NETO, Orozimbo Henriques. **A indústria farmacêutica na judicialização da saúde: percepção dos atores sociais envolvidos**. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Universidade Federal de Minas Gerais, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Belo Horizonte, 2017. Disponível em: <https://repositorio.ufmg.br/bitstreams/0d858a5f-6b6f-4458-b5c2-80804744d4a3/download>. Acesso em: 13.03.26.

CANOTILHO, José Gomes. **Direito constitucional e teoria da constituição**, 7a edição. Coimbra: Almedina, 2018.

CARLINI, Angélica. **Judicialização da saúde pública e privada**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2014.

CARVALHAL, Ana Paula Zavarize. **O Princípio da fraternidade e a jurisprudência da crise na pandemia**. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2021-abr-24/observatorioconstitucional-principio-fraternidade-jurisprudencia-crise-pandemia/>. Acesso em 09.01.24.

CARVALHAL, Ana Paula Zavarize. O fornecimento de medicamentos à luz da teoria da justiça Aristotélica. **Cadernos do Programa de Pós-Graduação em Direito da UFRGS**, v. 4, n. 7, 2005, p. 61-81. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/ppgdir/article/view/50819>. Acesso em: 17.12.24

CARVALHO, Ana Karine Pessoa Cavalcante Miranda Paes de. **Mediação comunitária: um caminho para a práxis cidadã e democrática?** Disponível em: <http://www.mpce.mp.br/nespeciais/nucleomed/publicacoes/artigos/mediacao.comunitaria.caminho.para.a.praxis.cidada.pdf>. Acesso em: 20.02.25.

CARVALHO, Kildare Gonçalves. **Direito Constitucional: teoria do Estado e da Constituição**. Belo Horizonte: Del Rey, 2009

CENTRO REGIONAL DE ESTUDOS PARA O DESENVOLVIMENTO DA SOCIEDADE DA INFORMAÇÃO. **Pesquisa sobre o uso das tecnologias de informação e comunicação nos domicílios brasileiros - 2023**. Disponível em: <https://cetic.br/pt/pesquisa/domicilios/publicacoes/>. Acesso em: 16.10.25

CERQUEIRA, Rafael Soares de; CARDOSO, Henrique Ribeiro. Análise do impacto regulatório na saúde suplementar. **Revista Brasileira de Direito da Saúde**, v. 4, n. 1, 2018, p. 135-152. Disponível em: <https://www.indexlaw.org/index.php/revistaddsus/article/view/4337>. Acesso em: 28.09.25

CHALITA, Gabriel. O consequencialismo, o poder e o amor. In: CHALITA, Gabriel *et al.* (Org.) **Consequencialismo no Poder Judiciário**. Indaiatuba: Editora Foco, 2019

CHALITA, Gabriel Benedito Issaac; LEVY, Wilson. Democracia, cooperação e cidadania. **Revista Jurídica Unicritiba**, Curitiba, v. 4, n. 57, out./dez. 2019. p. 422-441. Disponível [em: https://revista.unicritiba.edu.br/index.php/RevJur/article/view/3780](https://revista.unicritiba.edu.br/index.php/RevJur/article/view/3780). Acesso em: 10.10.25.

CHAVES, Mauro César Santiago. **Regulação Responsiva e Agências Reguladoras Federais: recorte jurídico-institucional sob a perspectiva da Advocacia-Geral da União e do Poder Judiciário Federal**. Monografia. Escola Superior do Tribunal de Contas da União. 2023. Disponível em: https://sites.tcu.gov.br/recursos/trabalhos-pos-graduacao/pdfs/Regula%C3%A7%C3%A3o%20responsiva%20e%20ag%C3%Aancias%20reguladoras%20federais_%20recorte%20jur%C3%ADico-institucional%20sob%20a%20persp.pdf. Acesso em: 02.04.26.

CHIEFFI, Ana Luiza; BARATA, Rita de Cássia Barradas. Judicialização da política pública de assistência farmacêutica e equidade. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 8, 2009, p. 1839-1849. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009000800020>. Acesso em: 23.10.25.

CHRISTENSEN, Clayton M. **O dilema da inovação**, São Paulo: M. Books, 2011.

COMPARATO, Fábio Konder. **A afirmação histórica dos direitos humanos**. 9 ed. São Paulo: Saraiva, 2015.

COMPARATO, Fábio Konder. **Direito empresarial: estudos e pareceres**. São Paulo: Saraiva, 1995.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM nº 2314/22**. Disponível em: https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/2022/2314_2022.pdf. Acesso em: 15.10.25

COSTA, Claudia Maria. **O protagonismo do Poder Judiciário no estado social de direito: diagnósticos, consequências e contribuições para a sua transformação democrática**. 2017. Tese (Doutorado em Direito) – Faculdade de Direito, Universidade Mackenzie, São Paulo, 2017. Disponível em: <http://tede.mackenzie.br/jspui/bitstream/tede/3417/5/Claudia%20Marcia%20Costa.pdf>. Acesso em: 25.05.25.

CUNHA, Paulo Ferreira. **International Studies on Law and Education** 39 set-dez 2021. Feusp Número especial: Estudos em homenagem a Paulo Ferreira da Cunha, p.2 Disponível em: www.hottopos.com/isle39/21aPFC.pdf. Acesso em: 01.04.26.

CUNHA JÚNIOR, Dirley da. **Curso de direito constitucional**. 4ª ed. Salvador: JusPodivm, 2010.

DAHRENDORF, Ralf. **O conflito social moderno**: um ensaio sobre a política da liberdade. São Paulo:Edusp, 1992.

DALLARI, Sueli Gandolfi . A construção do direito à saúde no Brasil. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v. 9, n. 3, nov./fev. 2009, p. 9-34. Disponível em: https://revistas.usp.br/rdisan/pt_BR/article/view/13128/14932. Acesso em: 12.01.25

DALLARI, Sueli Gandolfi. Advocacia em saúde no Brasil contemporâneo. **Revista Saúde Pública**, 1996, p. 592-601. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89101996000600014>. Acesso em: 03.04.25.

DANIELS, Norman. **Just Health**: meeting health needs fairly. New York: Cambridge University Press, 2008.

DANTAS, Marcelo Navarro Ribeiro. O direito constitucional à segurança jurídica e demandas estruturais: a questão da discricionariedade judicial e o papel dos tribunais superiores. **Revista Fapad**, Curitiba, v.1,e045, 2021, p.1-6.

D'ANTONIO, Suzete Souza. Mediação Sanitária: diálogo e consenso possível. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, v. 5, n. 2, 2016, p. 8–22. Disponível em: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/255>. Acesso em: 19.01.25.

DELDUQUE, Maria Célia; CASTRO, Eduardo Vazquez de. A Mediação Sanitária como alternativa viável à judicialização das políticas de saúde no Brasil. **Saúde Debate**, v. 39, n. 105, abr-jun, 2015, p.506-513. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/jP8XfgsPxNzZRz4c3mkX9qp/>. Acesso em: 10.02.25.

DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella. **Direito administrativo**. 37. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2024. *E-book*. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9786559649440/>. Acesso em: 05.11.25

DIAS, Reinaldo. **Gestão ambiental**: responsabilidade social e sustentabilidade. 2ª Ed. Revista Atualizada. São Paulo: Editora Atlas S.A, 2011.

DREES. **L'état de santé de la population em France – Rapport 2023**. Disponível em: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr>. Acesso em: 03.10.25

DROMI, José Roberto. La reforma constitucional: el constitucionalismo del “por venir”. *In*: **El derecho publico de finales de siglo**: una perspectiva iberoamericana. Madrid: Fundación BBV, 1997.

DURAND-ZALESKI, Isabelle. **International health care profile – France**. Disponível em: <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/france>. Acesso em: 03.10.25

DURKHEIM, Émile. **Sociologia e filosofia**. São Paulo: Ícone, 2004.

DUTRA, Gabrielle Scola; GIMENEZ, Charlise Paula Colet; MARTINI, Sandra Regina. Fraternidade e saúde pública no Brasil: os discursos dos ministros de saúde. **Revista da Faculdade de Direito do Sul de Minas**. V. 38, n. 2, jul./dez. 2022, p. 153-172. Disponível em: <https://revista.fdsu.edu.br/index.php/revistafdsu/article/view/368/493>, Acesso em: 09.02.25.

ESCOBAR, Amanda Greff; MACHADO, Carlos Augusto Alcântara; PESSOA, Flávia Moreira Guimarães. A Judicialização da saúde e a utilização da mediação: uma discussão à luz do princípio da fraternidade. **Revista Científica do UniRios**, , 2021.1, p. 321-342. Disponível em: https://www.unirios.edu.br/revistarios/media/revistas/2021/29/a_judicializacao_da_saude_e_a_utilizacao_da_mediacao.pdf. Acesso em: 10.01.25.

ESPING-ANDERSEN, Gøsta. **The Three worlds of welfare capitalism**. Princeton: Princeton University Press, 1990. Disponível em : <https://lanekenworthy.net/wp-content/uploads/2017/03/reading-espingandersen1990pp9to78.pdf>. Acesso em : 13.12.24

FARIA, L. Arranjos jurídico-institucionais da consensualidade administrativa: as interações políticas nos acordos de leniência da operação Lava-Jato. **REI – Revista Estudos Institucionais**, [S. l.], v. 11, n. 3, 2025. Disponível em: <https://estudosinstitucionais.com/REI/article/view/906>. Acesso em: 14.03.26.

FAVARET FILHO, Paulo; OLIVEIRA, Pedro Jorge. A universalização excludente: reflexões sobre as tendências do sistema de saúde. **Planejamento e Políticas Públicas**. Brasília, DF: IPEA, n. 3. jun.1990, p. 139-162. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/entities/publication/399d43ae-1c1f-4397-bda5-ac0ff3c68036>. Acesso em: 03.03.25

FERREIRA FILHO, Manoel Gonçalves. **Curso de direito constitucional**, 38a edição. São Paulo: Ed. Saraiva, 2012.

FERREIRA FILHO, Manoel Gonçalves. **Lições de direito constitucional**. Rio de Janeiro: Saraiva Jur, 2017. *E-book*.

FERRAZ JUNIOR. Tércio Sampaio. O Judiciário frente à divisão dos poderes: um princípio em decadência? **Revista USP**, n. 21, 1994. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9036.v0i21p12-21>. Acesso em: 14.03.25.

FETTBACK NETO, Olavo. **Sustentabilidade dos contratos de planos de saúde: judicialização na saúde suplementar à luz da segurança jurídica coletiva e os seus reflexos**. 2025. Tese. (Doutorado em Direito Político e Econômico), Universidade Presbiteriana Mackenzie. São Paulo. 2025. Disponível em: <https://adelpha-api.mackenzie.br/server/api/core/bitstreams/aa0b9242-14d4-4361-8b9e-7c3609aca94f/content>. Acesso em: 10.01.26.

FILGUEIRAS, Fernando. Governance, Brazil. In: FARAZMAND, Ali (ed.), **Global encyclopedia of public administration, public policy, and governance**. Cham, Switzerland, Springer International Publishing. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/332767084_Governance_-_Brazil. Acesso em: 30.01.25

FONSECA, Reynaldo Soares da. **A conciliação à luz do princípio constitucional da fraternidade**: a experiência da Justiça Federal da Primeira Região. 2014. Dissertação (Mestrado em Direito) Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2014. Disponível em: <https://tede.pucsp.br/bitstream/handle/6642/1/Reynaldo%20Soares%20da%20Fonseca.pdf>. Acesso em: 20.02.25.

FONSECA, Reynaldo Soares da. A Importância da desjudicialização para o sistema de justiça. *In: Fraternidade frente as novas tecnologias*: desafios éticos, sociojurídicos e ambientais, Caruaru: Editora ASCES, 2025.

FONSECA, Reynaldo Soares da. **O Princípio constitucional da fraternidade**. Seu resgate no sistema de justiça. Belo horizonte: Editora D'Plácido, 2019.

FONSECA, Reynaldo Soares da; FONSECA, Rafael Campos Soares da. Federalismo fraternal: concretização do princípio da fraternidade no federalismo. *In: Direitos humanos e fraternidade*: estudos em homenagem ao ministro Reynaldo Soares da Fonseca. São Luís: ESMAM: EDUFMA, 2021, p. 20-38

FONSECA, Reynaldo Soares da; FONSECA, Rafael Campos Soares da. Federalismo fraternal: uma proposta de concretização da fraternidade na federação brasileira. **Revista Jurídica da Presidência**, v. 22, n. 127, jun./set, p. 393-417, 2020.

FRADE, Amarah Farage. **Constituição e fraternidade**: cultura, doutrina e jurisprudência de um novo paradigma constitucional. 2013. Dissertação (Mestrado em Direito). Universidade do Porto, Portugal, 2013. Disponível em: <https://www.stf.jus.br/bibliotecadigital/ObrasSelecionadas/1027170/pdf/1027170.pdf>. Acesso em: 20.05.25.

FRANÇA, Erasmo Valladão Azevedo e Novaes. Empresa, empresário e estabelecimento: as novas disciplinas da sociedade. **Revista dos Advogados AASP**, São Paulo, v. 71, 2003. Disponível em: https://www.migalhas.com.br/arquivos/2020/5/EF3139F2763956_sociedades.pdf. Acesso em: 20.11.24

FREITAS, Antônio Alberto; SILVA, Magda Costa; NASCIMENTO, Verônica Salgueiro do. Direitos da cidadania: O direito à saúde no Brasil. **Revista Interdisciplinar de Direitos Humanos**, Bauru, v. 11, n. 1, 2023, p. 195–208. Disponível em: <https://www2.faac.unesp.br/ridh3/index.php/ridh/article/view/179>. Acesso em: 09.12.24.

FRÓZ SOBRINHO, José de Ribamar; *et. al.* **Direitos humanos e fraternidade**: estudos em homenagem ao ministro Reynaldo Soares da Fonseca. Instituto Brasileiro de Direito e Fraternidade, v.1, 2021

FORGIONI, Paula. **A evolução do direito comercial brasileiro**. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2009.

FORMAN, Lisa *et al.* What do core obligations under the right to health bring to universal health coverage? **Health and Human Rights**, v. 18, n. 2, 2016, p. 23-34. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5394991/>. Acesso em: 23.09.25.

GAGNON, Marc-André; LEXCHIN, Joel. The cost of pushing pills: a new estimate of pharmaceutical promotion expenditures in the United States. **PLoS Medicine**, v. 5, n. 1, e1, jan. 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0050001>. Acesso em: 23.10.25.

GARCIA, Marina Stefania Mendes Pereira; GONÇALVES, Alessandro Marcus da Silva. O Modelo de saúde pública no Reino Unido. **Revista Interciência**, São Paulo, n. 19, jun.2020, p.1-8. Disponível em: <https://uniesp.edu.br/sites/biblioteca/revistas/20200522115852.pdf>. Acesso em: 02.10.25

GIMENEZ, Charlise Paula Colet. **Conflito, alteridade e direitos humanos**. 1ª edição. Curitiba: Multideia, 2017. Disponível em: https://san.uri.br/mestrado_direito/wp-content/uploads/2017/11/Conflito-alteridade-e-direitos-humanos_ebook.pdf. Acesso em:17.10.25

GREGORI, Maria Stella. **Planos de saúde: a ótica da proteção do consumidor**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2007

GRELL, Ole Peter; CUNNINGHAM, Andrew. **Health Care and Poor Relief in Protestant Europe 1500-1700**. London: Routledge, 1997. Disponível em: <https://archive.org/details/healthcarepoorre0000unse/page/n5/mode/2up>. Acesso em: 10.09.25.

GRINOVER, Ada Pellegrini. Os fundamentos da justiça conciliativa. **Síntese Trabalhista**, v. 52, 2008. Disponível em: <https://repositorio.usp.br/item/001735473>. Acesso em: 23.01.25

GÖPFFARTH, D. The German Central Health Fund: Recent developments in health care financing in Germany. **Health Policy**, v. 109, n.3, março 2013, p. 246-252. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851012002977>. Acesso em: 25.04.25.

GONÇALVES, Cristian David; FONSECA, Reynaldo Soares da. Direito Fundamental Fraternal à Saúde. In: NEVES, Luciana Sabbatine, *et al.* **Estudos sobre as Aplicações Jurídicas da Fraternidade**. Porto Alegre: Editora Fundação Fenix, 2024

GONÇALVES, Cristian David. **(Des)judicialização da saúde: um debate atual e necessário, com ênfase no âmbito municipal**. 2020. Dissertação (Mestrado em Direito). Universidade Nove de Julho, São Paulo, 2020. Disponível em: <https://bibliotecatede.uninove.br/bitstream/tede/2352/3/Cristian%20David%20Gon%C3%A7alves.pdf>. Acesso em: 28.09.25

GONÇALVES, Cristian David; SIMÕES, Jamili; SANTOS, Rodrigo Souza. O Princípio da fraternidade e o uso de tecnologias na construção de cidades justas. **Revista de Direito Urbanístico, Cidade e Alteridade**, v.10, n.2, 2025, p. 61-81.

GORIA, Fausto. Riflessioni su fraternità e diritto. In: CASO, Giovanni *et al.* Relazionalità nel Diritto: quale spazio per la fraternità? Atti del Convegno Castelgandolfo. A fraternidade como categoria jurídica. **Revista Univem**, 2015. Disponível em: <https://revista.univem.edu.br/emtempo/article/view/1290/465> . Acesso em: 31.03.26.

GOSTIN, Lawrence. O. **Global health law**. Harvard University Press, 2014. Disponível em: <https://www.cambridge.org/core/journals/international-and-comparative-law-quarterly/article/abs/global-health-law-by-lawrence-o-gostin-harvard-university-press-cambridge-ma-and-london-2014-541pp-isbn-9780674728844-4095-hbk/B37178733B084619E454120844F136DD>. Acesso em: 13.12.24

GUSSO, Gustavo Diniz Ferreira *et al.* Bases para um novo sanitarismo. **Revista Brasileira de Medicina e Saúde de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, 2015, p. 1-10. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1056/734>. Acesso em: 03.10.25

HACHEM, Daniel Wunder. **Princípio constitucional da supremacia do interesse público**. Belo Horizonte: Fórum, 2011.

HECK, Joaquim. **Ensaio em economia da saúde**: análise da demanda no mercado de saúde suplementar utilizando um modelo econométrico de dados de contagem. São Paulo: FGV, 2012. Disponível em: <https://repositorio.fgv.br/server/api/core/bitstreams/8f6ce2e7-0f26-4408-8701-fc3a4fdcd0da/content>. Acesso em 29.07.25.

HERALD, Swenden. **More people are taking out private health insurance**. Disponível em: https://swedenherald.com/article/more-people-are-taking-out-private-health-insurance#google_vignette. Acesso em: 03.10.25

HESS, Heliana Maria Coutinho. Ativismo judicial e controle de políticas públicas. **Revista da Seção Judiciária do Rio de Janeiro**, 2011. Disponível em: https://www4.jfrj.jus.br/ser/index.php/revista_sjrj/article/viewFile/221/226. Acesso em: 20.05.25.

HESSE, Konrad. **A força normativa da Constituição**. Tradução por Gilmar Ferreira Mendes. Porto Alegre: Sergio Antonio Fabris Editor, 1991.

HILL, Christopher. **O século da Revolução: 1603-1714**. São Paulo: Editora Unesp, 2012.

HOBBS, Thomas. **Leviatã**. São Paulo: Martins Fontes, 2003. Disponível em: <https://www.ispsn.org/sites/default/files/documentos-virtuais/pdf/leviata.pdf>. Acesso em: 17.10.25

HOLMES, Stephen; SUNSTEIN, Cass R. **The Cost of Rights**: why liberty depends on taxes. New York: W.W. Norton & Company, 1999. Disponível em: <https://pt.scribd.com/document/552490347/1-Cass-R-Sunstein-Stephen-Holmes-O-Custo-Dos-Direitos-2019>. Acesso em: 29.03.26.

HOLT, James Clarke; GARNETT, George; HUDSON, John. **Magna carta**. Cambridge University Press, 2015.

HORBACH, Carlos Bastide. **A Nova Roupas do Direito Constitucional**: Neo-constitucionalismo, Póspositivismo e outros Modismos. *Revista dos Tribunais*, vol. 859/2007.

INTERNATIONAL CITIZENS INSURANCE. **Sweden's healthcare system**. Disponível em: https://www.internationalinsurance.com/countries/sweden/healthcare/?srsltid=AfmBOop2Wr gw9k207neo3pdvghqfOfdd_DESOh2pONpAcAdY9_-5HgbK. Acesso em: 03.10.25

IRBER, Ana Paula Silva Fernandes. **Judicialização do acesso à saúde pública: itinerários e experiências de usuários.** Dissertação (Mestrado em Cognição, Tecnologias e Instituições) – Universidade Federal Rural do Semi-Árido, Mossoró, 2020. p. 49. Disponível em: https://repositorio.ufersa.edu.br/bitstream/prefix/6692/1/Ana%20PaulaSFI_DISSERT.pdf.

Acesso em: 13.03.26.

JABORANDY, Clara Cardoso Machado. A implementação das políticas públicas à luz do constitucionalismo fraterno. *In: Fraternidade como categoria jurídica.* São Paulo: Editora Cidade Nova, 2013.

JABORANDY, Clara Cardoso Machado. **A fraternidade no direito constitucional brasileiro: um instrumento para proteção de direitos fundamentais transindividuais.** 2016. Tese (Doutorado em Direito Público) – Faculdade de Direito, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2016. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/handle/ri/20048>. Acesso em 11.12.25.

JACQUES. Paulino. **Curso de direito constitucional.** Rio de Janeiro: Forense, 1987

KEITH, Josh, *et. al.* **Is the use of privately funded health care on the rise?**, Disponível em: <https://www.health.org.uk/reports-and-analysis/analysis/is-the-use-of-privately-funded-health-care-on-the-rise#:~:text=Data%20on%20the%20private%20health,privately%20funded%20health%20care%20activity?>. Acesso em: 02.10.25

KELSEN, Hans. **Teoria geral do direito e do Estado.** Tradução de Luís Carlos Borges. São Paulo: Martins Fontes, 2000

KICKBUSCH, Ilona; BUCKETT, Kate. **Implementing Health in All Policies:** Adelaide 2010. Adelaide: Department of Health, Government of South Australia, 2010.

KUTZIN, J. **Bismarck versus Beveridge: is there increasing convergence between health financing systems?** Paris: 1st annual meeting of SBO network on health expenditure, OECD, 2011. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19649370/>, Acesso em : 25.11.24

LARANJA, Lara Silva. **Inteligência pública, gestão e governança para o desenvolvimento sul global: considerações e aplicações para o Brasil e a saúde.** 2024. Tese (Doutorado em Desenvolvimento, Sociedade e Cooperação Internacional) — Universidade de Brasília, Brasília, 2024. Disponível em: <https://repositorio.unb.br/handle/10482/51923>. Acesso em: 23.09.25.

LASSALE, Ferdinand. **O que é uma constituição política.** Rio de Janeiro: Global, 1987.

LEMOS, André. **Cibercultura: Tecnologia e Vida Social na Cultura Contemporânea.** 1ª ed. Porto Alegre: Sulina, 2010.

LESSA NETO, João Luiz. O novo CPC adotou o modelo multiportas! E agora?!, **Revista de Processo**, vol. 244, Jun/2015, São Paulo. Disponível em: <https://pt.scribd.com/document/498922280/O-novo-CPC-adotou-o-sistema-multiportas-Joao-Lessa>. Acesso em: 17.01.25

LEVIN, Alexandre. **O direito administrativo na jurisprudência do STF e do STJ: homenagem ao Professor Celso Antônio Bandeira de Mello**. Belo Horizonte: Fórum, 2014.

LIMA, Flávia Danielle Santiago. **Ativismo e Autocontenção no Supremo Tribunal Federal: Uma Proposta de Delimitação do Debate**. 2013. Tese (Doutorado em Direito) – Centro de Ciências Jurídicas, Universidade Federal de Pernambuco, 2013. Disponível em: <https://repositorio.ufpe.br/bitstream/123456789/10958/1/Tese%20Doutorado%20-%20FLAVIA%20SANTIAGO%20LIMA%20-%20CCJ%20-%20UFPE%20-%20com%20CIP.pdf>. Acesso em: 11.10.25.

LOCKE, John. **Dois tratados sobre o governo**. Tradução de Júlio Fischer. São Paulo: Martins Fontes, 2001

LOEWENSTEIN, Karl. **Teoria de la Constitución**. Madrid:Editorial Ariel, 2018.

LOPES, Flávia Alice Dias; FAHEL, Murilo. Uma análise comparada das estruturas de saúde do Brasil, da Holanda e da Suécia e seu impacto no acesso equitativo a medicamentos. **Economia e Políticas Públicas**, Minas Gerais, 2015. Disponível em: <https://www.periodicos.unimontes.br/index.php/economiaepoliticaspUBLICAS/article/view/4057> Acesso em: 02.10.25

LOPES FILHO, Juraci Mourão. **Competências federativas: na Constituição e nos precedentes do STF**. 3. ed. São Paulo: Editora Foco, 2024

LUBICH, Chiara. **Ideal e Luz: Pensamento, Espiritualidade e Mundo Unido**. São Paulo: Cidade Nova, 2013

LUCHIARI, Valéria Ferioli Lagrasta. **Inovações tecnológicas nos métodos consensuais de solução de conflitos**. São Paulo: Saraiva Jur, 2022

MACHADO, Carlos Augusto Alcântara. **A fraternidade como categoria jurídica: fundamentos e alcance (expressão do constitucionalismo fraternal)**. Curitiba: Appris, 2017.

MACHADO, Carlos Augusto Alcântara. **A garantia constitucional da fraternidade: constitucionalismo fraternal**. 2014. Tese (Doutorado em Direito) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2014.

MACHADO, Carlos Augusto Alcântara *et al.* A Judicialização da saúde e a utilização da mediação: uma discussão à luz do princípio da fraternidade. **Revista Científica UniRios**. 2021.

MACHADO, Felipe Rangel de Souza. Contribuições ao debate da judicialização da saúde no Brasil. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, Brasil, v. 9, n. 2, 2008, p. 73–91. Disponível em: <https://revistas.usp.br/rdisan/article/view/13118>. Acesso em: 12.01.25

MACHADO, Felipe Rangel de Souza; DAIN, S. A Audiência Pública da Saúde: questões para a judicialização e para a gestão de saúde no Brasil. **Revista de Administração Pública-RAP**, v. 46, n. 4, 2012.

MACHADO, Marina Amaral de Ávila *et al.* Judicialização do acesso a medicamentos no Estado de Minas Gerais, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 45, n. 3, 2011, p. 590-598. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102011005000015>. Acesso em: 23.10.25

MAFFINI, Rafael. Administração pública dialógica (proteção procedimental da confiança). Em torno da Súmula Vinculante nº 3, do Supremo Tribunal Federal. **Revista de Direito Administrativo**, Rio de Janeiro, n. 255, 2010.

MAIA, Marieta Izabel Martins. **Direito Fraterno**: em busca de um novo paradigma jurídico, 2011. Dissertação (Mestrado em Direito) – Universidade do Porto, Portugal, 2011. Disponível em: <https://hdl.handle.net/10216/66966>. Acesso em: 15.12.24.

MAIA FILHO, Mamede Said; JUNQUILHO, Tainá Aguiar. Projeto Victor: perspectivas de aplicação da inteligência artificial ao direito. **Revista de Direitos e Garantias Fundamentais**, v. 19, n. 3, 2018, p. 218–237. Disponível em: <https://sisbib.emnuvens.com.br/direitosegarantias/article/view/1587/pdf>. Acesso em: 06.11.25.

MARQUES, Claudia Lima; LOPES, José Reinaldo de Lima; PFEIFFER, Roberto Augusto Castellanos. **Saúde e responsabilidade: seguros e planos de assistência privada à saúde**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1999.

MARRARA, Thiago. Regulação consensual: o papel dos compromissos de cessação de prática no ajustamento de condutas dos regulados. **Revista Digital de Direito Administrativo**, v. 4, n. 1, 2017, p. 274-293.

MARTINI, Sandra Regina. **Saúde: um direito fundado na fraternidade**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009

MARTINS, Leonardo; DIMOULIS, Dimitri. **Teoria Geral dos Direitos Fundamentais**. 9ª Edição revista, atualizada e ampliada. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2021.

MARTINS, Rosane Aparecida de Sousa. Saúde e direitos sociais. **RECIIS**, [S. l.], v. 12, n. 2, 2018. Disponível em: <https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/1548>. Acesso em: 27.10.25.

MCINTOSH, Marjorie K. Poverty, Charity, and Coercion in Elizabethan England. **The Journal of Interdisciplinary History**, vol. 35, no. 3, 2005, p. 457-479. Disponível em: <http://www.jstor.org/stable/3657035>. Acesso em: 28.09.25.

MEIRELLES, Hely Lopes. **Direito administrativo brasileiro**. São Paulo: Malheiros, ed. 45, 2025.

MELO, José Renan da Cunha. **Direito à saúde baseada em evidências**. 2022. Tese (Doutorado em Direito) – Faculdade de Direito, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2022. Disponível em: <https://repositorio.ufmg.br/server/api/core/bitstreams/8c3cbe54-c319-4e1b-841a-46a3689c3c2d/content>. Acesso em: 16.10.25

MELLO, Celso Antônio Bandeira de. **Curso de Direito Administrativo**. 14. ed. São Paulo: Malheiros, 2002.

MELLO, Osvaldo Ferreira de. **Tendências do federalismo no Brasil**. São Paulo: Lunardelli, 1976.

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, agosto 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/VRzN6vF5MRYdKGMBYgksFwc/?lang=pt>. Acesso em: 22.01.25.

MENDES, Paulo Henrique Galvão; CHAVES, Denisson Gonçalves; ZENKNER, Fernanda Arruda Léda Leite. **Mediação, tecnologia e inovação em busca de eficiência: um estudo de caso sobre a câmara de mediação em direito da saúde (CAMEDS)**. Revista Meritum, Belo Horizonte, v. 18, n. 2, p. 227-246, 2023.

MESSEDER, Ana Márcia; OSORIO-DE-CASTRO, Claudia Garcia Serpa; LUIZA, Vera Lucia. Mandados judiciais como ferramenta para garantia do acesso a medicamentos no setor público: a experiência do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, n. 2, 2004, p. 525-534. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2005000200019>. Acesso em: 23.10.25.

MIRANDA, Jorge; SILVA, Marco Antônio Marques da. A dignidade da pessoa humana e o mínimo existencial. In: MIRANDA, Jorge; SILVA, Marco Antônio Marques da (Coord.). **Tratado Luso-Brasileiro da Dignidade Humana**. 2. ed, São Paulo: Quartier Latin, 2009.

MONTESQUIEU. **O espírito das leis**. Tradução Jean Melville. São Paulo: Editora Martin Claret Ltda., 2006

MORAES, Alexandre de. **Direito constitucional**. 40. ed. Rio de Janeiro: Atlas, 2024. *E-book*.

MOTTA, Sylvio. **Direito Constitucional**. 29. ed. Rio de Janeiro: Método, 2021

MOURÃO, Prinscila de Pádua. Efeitos **Disruptivos da Judicialização da Saúde na modelagem Regulatória do SUS e dos Leitos de UTI no DF**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2024

NALINI, José Renato. O futuro da segurança jurídica. In: GERMANOS, Paulo André Jorge (Coord.). **Segurança jurídica: coletânea de textos**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

NATIONAL ARCHIVES OF THE UNITED STATES. **Medicare and Medicaid Act**. Washington, D.C., 2022. Disponível em: <https://www.archives.gov/milestone-documents/medicare-and-medicaid-act>. Acesso em: 29.03.26.

NAVARRO, Trícia. **Justiça Multiportas**. São Paulo: Editora Foco, 2024

NELSON, Rocco Antonio Rangel Rosso; MEDEIROS, Jackson Tavares da Silva de. Reflexões sobre o ativismo judicial. **Revista da Faculdade de Direito UERJ-RFD**, nº 27, 2015. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/rfduerj/article/view/12339>. Acesso em: 20.04.25.

NORONHA, José de Carvalho; LIMA, Luciana Dias; MACHADO, Cristiani Vieira. O Sistema Único de Saúde – SUS. In: GIOVANELLA, Lígia, *et. al.* **Políticas e sistemas de saúde no**

Brasil. 2nd ed. rev. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012, p. 365-393. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/c5nm2/pdf/giovanella-9788575413494.pdf>. Acesso em: 25.01.25.

NUNES, Luiz Roberto. *Ativismo Judicial*, **IDP – Direito Público**. Disponível em: https://repositorio.idp.edu.br/bitstream/123456789/1273/1/Direito%20P%c3%bablico%20n.4%2011_LUIZ%20ROBERTO%20NUNES.pdf. Acesso em: 10.01.25

NUNES, Rafael Alves. **A crise do federalismo fiscal e a insuficiência do Fundo de Participação dos Municípios**. 2015. Dissertação (Mestrado em Direito) – Programa de Pós-Graduação em Direito, Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2015. Disponível em: https://bib.pucminas.br/teses/Direito_NunesRA_1.pdf. Acesso em: 04.11.25.

OCDE. *Extended Producer Responsibility: Updated Guidance for Efficient Waste Management*. Paris: **OECD Publishing**, 2016. Disponível em: https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2016/09/extended-producer-responsibility_g1g6742c/9789264256385-en.pdf. Acesso em: 26.05.25.

OECD. The Organisation for Economic Co-Operation and Development. **Private health insurance in France**. Disponível em: https://www.oecd.org/en/publications/private-health-insurance-in-france_555485381821.html. Acesso: 02.10.25.

OLIVA, Thaís de Camargo; SPENGLER, Fabiana Marion. *Mediação Sanitária como Política Pública Autocompositiva de Acesso à Justiça*. **Revista Direitos Culturais – URI**, Santo Ângelo, Santa Cruz do Sul, v. 17, n. 43, dez. 2022, p. 138-160. Disponível em: <https://san.uri.br/revistas/index.php/direitosculturais/article/view/997>. Acesso em: 31.10.25.

OLIVEIRA, Eduardo Perez; DOUGLAS, William. **Direito à saúde x pandemia: a judicialização em tempos de coronavírus – quando o direito encontra a realidade**. Rio de Janeiro: Impetus, 2020. Disponível em: <https://amarn.com.br/direito-a-saude-x-pandemia-a-judicializacao-em-tempos-de-coronavirus-quando-o-direito-encontra-a-realidade/>. Acesso em: 02.02.25.

OLIVEIRA, Elysângela Afonso Aguiar de Andrade; MONTEIRO, Michael Lemes. *A saúde suplementar no Brasil: avanços e desafios após 25 anos de regulação*. In: ESTALD, Amanda de Souza; *et. al.* (orgs.). **Rumo à conexão integral: explorando fronteiras multidisciplinares**. Belo Horizonte: Editora Poisson, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.36229/978-65-5866-401-7>. Acesso em: 28.09.25.

OLIVEIRA, Maria dos Remédios Mendes. *A Judicialização da Saúde no Brasil*. **Tempus – Actas de Saúde Coletiva**, v. 7, n. 1, 2013, p. 79–90. Disponível em: <https://tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1276>. Acesso em: 25.02.25.

OLIVEIRA, Olga Maria Bosch Aguiar de. *O movimento da inconfidência mineira de 1789: a busca pela liberdade sem fraternidade*. In: **Direito e fraternidade**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2013.

OMS. **Constituição da Organização Mundial da Saúde**. Disponível em: <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1>. Acesso em: 10.04.24.

ONU. **A agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável.** Disponível em: <https://brasil.un.org/sites/default/files/2020-09/agenda2030-pt-br.pdf>. Acesso em: 07.04.25.

ONU. **Abertura da cúpula dos objetivos de desenvolvimento sustentável.** Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/246325-abertura-da-c%C3%BApula-dos-objetivos-de-desenvolvimento-sustent%C3%A1vel-ods>. Acesso em: 07.04.25.

ONU. **Chefe da organização Mundial da Saúde declara fim da COVID-19 como uma emergência de saúde global.** Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/230307-chefe-da-organiza%C3%A7%C3%A3o-mundial-da-sa%C3%BAde-declara-o-fim-da-covid-19-como-uma-emerg%C3%Aancia-de-sa%C3%BAde>. Acesso em :07.11.25.

ONU. **Conferência Rio +20.** Disponível em: <https://sustainabledevelopment.un.org/rio20>. Acesso em: 07.04.25.

ONU. **Cúpula do Milênio.** Disponível em: <https://www.un.org/en/conferences/environment/newyork2000>. Acesso em: 03.03.25

ONU. **Declaração de Viena de 1993.** Disponível em: <https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/vienna-declaration-and-programme-action>. Acesso em: 23.09.25.

ONU. **Declaração universal dos direitos humanos.** Disponível em: <https://www.oas.org/dil/port/1948%20Declara%C3%A7%C3%A3o%20Universal%20dos%20Direitos%20Humanos.pdf>. Acesso em: 14.04.25.

ONU. **Declaração final da conferência das Nações Unidas sobre o desenvolvimento sustentável.** Disponível em: <https://riomais20sc.ufsc.br/files/2012/07/CNUDS-vers%C3%A3o-portugu%C3%AAs-COMIT%C3%8A-Pronto1.pdf>. Acesso em: 30.05.25.

ONU. **Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais.** Disponível em: <https://www.oas.org/dil/port/1966%20Pacto%20Internacional%20sobre%20os%20Direitos%20Econ%C3%B3micos,%20Sociais%20e%20Culturais.pdf>. Acesso em: 01.02.25

OPAS. Organização Pan-americana de Saúde. **OMS afirma que COVID-19 é agora caracterizada como pandemia.** Disponível em: <https://www.paho.org/pt/news/11-3-2020-who-characterizes-covid-19-pandemic>. Acesso em: 03.10.25.

ORDACGY, André da Silva. O direito humano fundamental à saúde. **Revista da Defensoria Pública da União**, n.1, 2009, p. 16-35. Disponível em: <https://revistadadpu.dpu.def.br/article/view/185/162>. Acesso em: 10.11.24.

PAIM, J; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C.; BAHIA, L.; MACINKO, J. **O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios.** Disponível em: https://actbr.org.br/uploads/arquivo/925_brazil11.pdf. Acesso em: 26.06.25.

PATTO, Pedro Maria Godinho Vaz. O princípio da fraternidade no Direito: instrumento de transformação social. *In*: PIERRE, Luiz Antonio de Araujo *et al.* (org.). **Fraternidade como categoria jurídica.** Vargem Grande Paulista, SP: Editora Cidade Nova, 2013

PEPE, Vera Lúcia Edais *et al.* A judicialização da saúde e os novos desafios da gestão da assistência farmacêutica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, 2010, p. 2405-2414. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/L4m7NMGV397wCRGnZthwJrD/?lang=pt>. Acesso em: 16.10.25.

PERELMAN, Chaim. **Lógica Jurídica: nova retórica**. 2.ed. São Paulo: Martins Fontes, 2000. Disponível em: <https://pt.scribd.com/document/558239000/Chaim-Perelman-Logica-Juridica-Nova-Retorica-Ano-2000>. Acesso em: 17.10.25

PIUCO, Andressa. **A Contribuição da mediação waratiana para uma sociedade fraterna**. 2020. Dissertação (Mestrado em Direito) na Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS, São Leopoldo, 2020. Disponível em: https://repositorio.jesuita.org.br/bitstream/handle/UNISINOS/9727/Andressa%20Piuco_.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 18.10.25

POIARES, Carlos Alberto. Liberdade, Igualdade e Fraternidade: Ontem e Hoje. **Revista Lusófona de Ciência Política e Relações Internacionais**, 2005. Disponível em: <https://research.ulusofona.pt/pt/publications/liberdade-igualdade-e-fraternidade-ontem-e-hoje-8>. Acesso em: 20.12.24.

PORTER, Roy. **The Greatest Benefit to Mankind: A Medical History of Humanity**. New York: W. W. Norton & Company, 1997.

PRADO, Douglas Alexander. **Mediação e tecnologia: evolução da política pública**. Belo Horizonte: Arraes Editora, 2023.

RAMOS, André de Carvalho. **Curso de direitos humanos**. 10. ed. São Paulo: Editora Saraiva, 2023. E-book.

RAWLS, John. **Uma teoria da justiça**. Tradução de Almiro Pisetta e Lenita Esteves. São Paulo: Martins Fontes, 1997

RESTA, Eligio. **O Direito fraterno**. Tradução de Sandra Regina Martini Vial. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2004

RIBEIRO, Mayra Thais Andrade; CABRAL, Cristiane Helena de Paula Lima. A Dignidade humana frente às medidas sanitárias restritivas da OMS e dos Estados em tempo de pandemia. **Cadernos Eletrônicos Direitos Internacionais sem Fronteiras**, vol.2, n.1, 2020, p. 1-22. Disponível em: <https://zenodo.org/records/3958306>. Acesso em: 20.09.25

RIVA, Michele Augusto; CESANA, Giancarlo. The charity and the care: the origin and the evolution of hospitals. **European Journal of Internal Medicine**, Vol.24, 2013, p. 1-4. Disponível em <https://doi.org/10.1016/j.ejim.2012.11.002>. Acesso em 10.09.25.

RIZZOLLI, Daniel. **Participação do sindicato no diálogo social como forma de atingir o trabalho decente para o desenvolvimento sustentável da Agenda 2030**. 2024. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento no Estado Democrático de Direito) - Faculdade de Direito de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/D.107.2024.tde-31032025-141223>. Acesso em: 23.09.25.

RODRIGUES, Itiberê C. V. Fundamentos dogmático-jurídicos do sistema de repartição das competências legislativa e administrativa na Constituição de 1988. *In*: REIS, Jorge Renato dos; LEAL, Rogério Gesta (Org.). **Direitos sociais e políticas públicas**: desafios contemporâneos. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2008.

ROIG, Rafael de Asís *et al.* Los textos de las colonias de Norteamérica y las diez primeras enmiendas a la Constitución. *In*: PECES-BARBA, Gregorio *et al* (Org.). **Historia de los derechos fundamentales**. Dykinson: Madrid, 2001

ROSENAU, James. Governança, ordem e transformação na política mundial. *In*: ROSNEAU, James; CZEMPIEL, Ernst-Otto. **Governança sem governo**: ordem e transformação na política mundial. Brasília: Ed. Unb e São Paulo: Imprensa Oficial do Estado, 2000

ROSENBAUM, Sara. The Patient Protection and Affordable Care Act: Implications for Public Health Policy and Practice. **Public Health Reports**, v. 126, n. 1, jan./fev. 2011, p. 130-135. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3001814/>. Acesso em: 29.03.26.

ROTTA, Rejane Faria Ribeiro; BRAGA, Renata Dutra; DOS SANTOS, Silvana de Lima Vieira; **Programa Nacional em Saúde Digital**: Trajetória da Saúde Digital no Brasil, Universidade Federal de Goiás. Comissão de Governança de Informação em Saúde, 2020.

SABINO, Marco Antonio da Costa. Quando o Judiciário ultrapassa seus limites constitucionais e institucionais. O caso da saúde. *In*: GRINOVER, Ada Pellegrini; WATANABE, Kazuo (Coords.). **O Controle jurisdicional de políticas públicas**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Forense, 2013.

SACHS, Jeffrey D. **The Age of Sustainable Development**. 2. ed. New York: Columbia University Press, 2019, Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/321491959_The_Age_of_Sustainable_Development_The_Age_of_Sustainable_Development_Jeffrey_D_Sachs_Columbia_University_Press_New_York_NY_2015_xvii_543_pp_ISBN_978-0-231-17315-5. Acesso em: 22.02.25

SAMPAIO, Laura Melo. **A Judicialização do acesso aos medicamentos**: forma de circulação da mercadoria medicamento pela indústria farmacêutica e transferência de valor do Brasil para as nações hegemônicas do capitalismo. 2023. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2023. Disponível em: <https://www.btd.uerj.br:8443/bitstream/1/20175/2/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20-%20Laura%20Melo%20Sampaio%20-%202023%20-%20Completa.pdf>. Acesso em: 13.03.26.

SANT'ANA, Ramiro Nóbrega. **A Judicialização como instrumento de acesso à saúde**: propostas de enfrentamento da injustiça na saúde pública. 2018. Tese (Doutorado em Direito) – Faculdade de Direito, Universidade de Brasília, Brasília, 2018. Disponível em: <https://repositorio.uniceub.br/jspui/bitstream/235/12414/1/61350132.pdf>. Acesso em: 17.10.25.

SANTOS, Isabela Soares. **O mix público-privado no sistema de saúde brasileiro**. 2009. Tese (Doutorado em Ciências), Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/premio2010/doutorado/trabalho_isabelasantosantos_mh_d.pdf. Acesso em: 21.09.25

SANTOS, Lenir; ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de. Redes interfederativas de saúde: um desafio para o SUS nos seus vinte anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.3, março 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/b77HCKBwb3FcTzJtBzzjgcr/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 03.04.25

SANTOS, Ricart César Coelho dos. **Financiamento da Saúde Pública no Brasil**. Belo Horizonte: Fórum, 2016.

SARLET, Ingo Wolfgang. **A eficácia dos direitos fundamentais**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2001

SARLET, Ingo Wolfgang; FIGUEIREDO, Mariana Filchtiner. Reserva do possível, mínimo existencial e direito à saúde: algumas aproximações. *In*: SARLET, Ingo Wolfgang; TIMM, Luciano Benetti (Org.). **Direitos Fundamentais: orçamento e reserva do possível**. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora, 2008

SARLET, Ingo Wolfgang; ZOCKUN, Carolina Zancaner. Notas sobre o mínimo existencial e sua interpretação pelo STF no âmbito do controle judicial das políticas públicas com base nos direitos sociais. **Revista de Investigações Constitucionais – Journal of Constitutional Research**, v. 3, nº 2, maio/agosto 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rinc/a/k6tMmbhVkdzFHtfrYtgjgpp/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 26.01.25

SAYEG, Ricardo Hasson. O capitalismo humanista no Brasil. *In*: MIRANDA, J. & SILVA, M. A. M. **Tratado luso-brasileiro da dignidade humana**. 2. ed. São Paulo: Quartier Latin, 2009.

SCHIER, Adriana da Costa Ricardo. **Serviço público: garantia fundamental e cláusula de retrocesso social**. Curitiba: Íthala, 2016.

SCHIER, Adriana da Costa Ricardo; FREITAS, Daniel Castanha de. O protagonismo do órgão jurisdicional: uma pesquisa empírica da perspectiva dos magistrados do Tribunal de Justiça do Estado do Paraná sobre o ativismo judicial. **Interesse Público - IP**. Belo Horizonte, ano 19, nº 101, jan./fev., 2017.

SCHIER, Paulo Ricardo. **Filtragem constitucional**. Porto Alegre: SAFE, 1999

SCHIER, Paulo Ricardo. Novos desafios da filtragem constitucional no momento do neoconstitucionalismo. *In*: SOUZA NETO, Claudio Pereira de; SARMENTO, Daniel (coord.). **A constitucionalização do direito**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2007

SCHIER, Paulo Ricardo. **Presidencialismo de coalizão: Contexto, formação e elementos na democracia brasileira**. Curitiba: Juruá, 2017.

SCHULMAN, Gabriel. **Planos de saúde: saúde e contrato na contemporaneidade**. Rio de Janeiro: Renovar, 2009.

SCHULMAN, Gabriel; SILVA, Alexandre Barbosa da. (Des) judicialização da saúde: mediação e diálogos interinstitucionais. **Revista Bioética**, v. 25, n. 2, 2017. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422017000200290. Acesso em: 22.01.25.

SCHWENCK, Camila Rocha. Federalismo cooperativo brasileiro e as políticas públicas sociais. **Revista da Procuradoria Geral do Estado**, v.79, 2014, p. 199-214. Disponível em: https://www.al.sp.gov.br/repositorio/bibliotecaDigital/20606_arquivo.pdf. Acesso em: 04.01.25

SHUENQUENER, Valter; DIONÍSIO, Pedro. Desafios à coordenação dos acordos substitutivos no Brasil. **Revista de Direito Administrativo**, Rio de Janeiro, v. 279, n. 2, maio/ago, 2020, p. 299-331.

SILVA, Enio Morais. **O Estado democrático de direito**. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/ri/edicoes/42/167/ri/ v42 n167 p213.pdf>. Acesso em: 17.10.25

SILVA, Hélio Alexandre da. **As paixões humanas em Thomas Hobbes: entre a ciência e a moral, o medo e a esperança**. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/72gwc/pdf/silva-9788579830242-05.pdf>. Acesso em: 09.05.25.

SILVA, José Afonso da. **Curso de direito constitucional positivo**. São Paulo: Malheiros, 2012

SILVA, Teresa Cristina Ferreira da *et al.* **Telemedicina e ética do cuidado: o impacto da exclusão digital na relação profissional-paciente**. ARACÊ, 2025. Disponível em: <https://periodicos.newsciencepubl.com/arace/article/view/8312>. Acesso em: 27.10.25.

SIMÕES, Jamili. **Responsabilidade social empresarial como instrumento de efetivação dos direitos humanos**. 2021. Dissertação (Mestrado em Direito). Universidade Nove de Julho, São Paulo, 2021. Disponível em: <https://bibliotecatede.uninove.br/bitstream/tede/2512/2/Jamili%20Sim%20c3%b5es.pdf>. Acesso em: 28.09.25

SIMÕES, Jamili; GONÇALVES, Cristian David. A Utilização de tecnologias disruptivas na promoção e efetivação do direito fundamental à saúde. *In: **Fraternidade frente as novas tecnologias: desafios éticos, sociojurídicos e ambientais***, Caruaru: Editora ASCES, 2025

SIPPERT, Evandro Luis; e MACHADO, Janaina Sturza. Globalização, direito à saúde e fraternidade em tempos de pandemia. **Salão Do Conhecimento**, v. 7. Disponível em: <https://www.publicacoeseventos.unijui.edu.br/index.php/salaconhecimento/article/view/21066>. Acesso em: 15.10.25.

SIQUEIRA JUNIOR, Paulo Hamilton; OLIVEIRA, Miguel Augusto Machado de. **Direitos humanos e cidadania**. São Paulo: Saraiva, 2007

SITCOVSKY, Marcelo. Fundamentos históricos da Seguridade Social. **Revista Conceitos**, João Pessoa, n. 27, v.1, jan.jun 2019, p. 27-43. Disponível em: <https://www.adufpb.org.br/site/wp-content/uploads/2019/11/REVISTA-CONCEITOS-ED-27.pdf#page=26>. Acesso em: 03.10.25

SOUSA, Maria Fátima de. A Reforma Sanitária Brasileira e o Sistema Único de Saúde. **Tempus – Actas de Saúde Coletiva**, v. 8, n. 1, 2014, p. 11–16. Disponível em: <https://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1448>. Acesso em: 11.12.24

SOUZA, Celina. Federalismo, desenho constitucional e instituições federativas no Brasil pós-1988. **Revista de Sociologia e Política**, Curitiba, n. 24, jun. 2005, p. 105-121. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsocp/a/w75TqBF3yJv4JHqyV65vcjb/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 05.11.25

SOUZA, Wilson Ricardo de. A telemedicina e os novos paradigmas da responsabilidade civil médica. In: EHRHARDT JÚNIOR, Marcos; LOBO, Fabíola (coord.). **A responsabilidade civil na era digital**. Indaiatuba: Foco, 2019. p. 433-456.

STRECK, Lênio Luiz. A Constituição (ainda) dirigente e o direito fundamental a respostas corretas. **Revista do Instituto de Hermenêutica Jurídica**, 2008

STRECK, Lênio Luiz. As relações entre o presidencialismo de coalizão e o ativismo judicial no Supremo Tribunal Federal. In: MENDES, Gilmar Ferreira (Org.). **Jurisdição Constitucional e Direitos Fundamentais**. Brasília: IDP, 2014.

STRECK, Lênio Luiz. **Hermenêutica jurídica e(m) crise: Uma exploração hermenêutica da construção do Direito**. 5ª ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora, 2004.

STURZA, Janaína Machado; DUTRA, Gabrielle Scola. Conflitos no âmbito da saúde pública: o direito à saúde pela mediação sanitária sob a perspectiva do direito fraterno. **Revista da Faculdade de Direito da UFMG**, n. 82, 2023, p. 163-182. Disponível em: <https://www.direito.ufmg.br/revista/index.php/revista/article/view/2547>. Acesso em: 28.01.25.

TAVARES, André Ramos. **Curso de Direito Constitucional**. 18ª ed. São Paulo: Saraiva Educação, 2020.

UE. **Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia**. Disponível em: <https://data.europa.eu/doi/10.2775/87663>. Acesso em 30.01.25.

UNITED STATES SUPREME COURT. **DeShaney v. Winnebago County Department of Social Services**, 489 U.S. 189 (1989). Disponível em: <https://supreme.justia.com/cases/federal/us/489/189/>. Acesso em: 29.03.26.

VALEEV, Damir; NURIEV, Anas. Digital oportunities for promotion of multi-door courthouse concept. **Revista Brasileira de Alternative Dispute Resolution**, n.11, 2024, pp. 101-112. Disponível em: <https://rbadr.emnuvens.com.br/rbadr/article/view/260/182>. Acesso em: 11.10.25

VELLOSO, Carlos. Estado Federal e Estados Federados na Constituição de 1988: do equilíbrio federativo. **Revista de Direito Administrativo**, v. 187, 1992, p. 1-36.

VENTURA, Miriam *et al.* Judicialização da saúde, acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, 2010, p. 77-100. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312010000100006>, Acesso em: 23.10.25

VICTOR, Sérgio Antônio Ferreira. **Diálogo institucional e controle de constitucionalidade: debate entre o STF e o Congresso Nacional**. 2013. Tese (Doutorado em Direito) – Faculdade de Direito, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013

VIEIRA, Fabiola Sulpino *et al.* **Pesquisa assistência farmacêutica no SUS: gasto em medicamentos judicializados de estados e municípios participantes (2019-2023)**. Brasília: IPEA, 2025. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/17238>. Acesso em: 24.10.25.

VIEIRA, Fabíola Sulpino; BENEVIDES, Rodrigo Pucci Sá. **O direito à saúde no Brasil em tempos de crise econômica, ajuste fiscal e reforma implícita do Estado**. *Revistas de Estudos e Pesquisas sobre as Américas*, v. 10, n. 3. Brasília: UnB, 2016.

VIEIRA, Oscar Vilhena. **Supremocracia**. 2008.D Disponível em: <https://repositorio.fgv.br/items/9513d945-a565-4853-b022-af3cd460d86a>. Acesso em: 29.11.24.

VIEIRA, Reginaldo de Souza. O Direito à saúde e a participação comunitária em saúde nos documentos internacionais: anotações preliminares. **Caderno Iberoamericano de Direito Sanitário**, v. 2, n.2, jul/dez 2013, p. 850-859. Disponível em: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/126/168>. Acesso em: 10.07.25

WALTRICH, Dhieimy Quelem; SPENGLER, Fabiana Marion. Reflexões acerca da mediação comunitária como estratégia prática de cidadania participativa. **Revistas de Estudos Jurídicos UNESP**, a. 17, n. 25, 2013

WAMBIER, Luiz Rodrigues. Inteligência Artificial e sistema multiportas: uma nova perspectiva do acesso à justiça. **Revista dos Tribunais**, ano 108, v. 1000, fev. 2019, p. 301-307.

WANG, Daniel Wei Liang. Revisitando Dados e Argumentos no Debate sobre Judicialização da Saúde. **Revista Estudos Institucionais**, v. 7, n. 2, maio/ago. 2021, p. 849-869. Disponível em: Disponível em: <https://www.estudosinstitucionais.com/REI/article/view/650>. Acesso em: 29.03.26.

WANG, Daniel Wei Liang *et al.* **Raio-X da Judicialização da Saúde Suplementar no Superior Tribunal de Justiça**. Disponível em: https://conhecimento.fgv.br/sites/default/files/2025-02/publicacoes/estudo_rx_da_judicializacao_saude_suplementar_0.pdf. Acesso em: 23.10.25.

WARAT, Luis Alberto. **O Ofício do mediador**. Florianópolis: Habitus, 2001.

WHITE, Cassandra. O sistema de saúde dos E.U.A: passado, presente e pandemia. *In*: GARCIA, Ana Lucia da Silva *et al.* **Reflexões dialogadas sobre práticas profissionais em contextos de pandemia e luta por direitos humanos**. Rio de Janeiro: Letra Capital, 2021. Disponível em: <http://www.ser.puc-rio.br/uploads/assets/files/4.pdf#page=60>. Acesso em 05.04.26.

YIN, Robert K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 5ª Edição. Porto Alegre: Bookman, 2015.

ZIPPELIUS, Reinhold. **Teoria Geral do Estado**. 3, ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1997. Disponível em: <https://pt.scribd.com/document/811910166/REINHOLD-ZIPPELIUS-Teoria-Geral-do-Estado-3-%C2%AA-Ed-Gulbenkian-1997-pp-108-118-2>.

Acesso em: 11.01.25

ANEXOS

Anexo 01	249
Anexo 02	251



JUSTIÇA FEDERAL
CENTRAL DE CONCILIAÇÃO DE GUARULHOS
Av. Salgado Filho, 2.050, térreo, 07115-000, Guarulhos/SP
Tel. Fax (11) 2475-8515, guarul-sapc@trf3.jus.br

ATA DE REUNIÃO

No dia 04 de abril de 2019, na sala da Central de Conciliação da Justiça Federal em Guarulhos reuniram-se os participantes abaixo qualificados (membros da Procuradoria do Município de Guarulhos e da Coordenação da Central de Conciliação), para tratar da **Câmara de Mediação em Direito da Saúde - CAMEDS**, projeto inserido nas ações do Núcleo de Atendimento à Cidadania da CECON-Guarulhos.

De início, foi apresentado o projeto aos novos participantes, com esclarecimento das dúvidas levantadas, expondo-se em linhas gerais o modo de funcionamento da CAMEDS:

a) recebimento e centralização de demandas de saúde pela CECON-Guarulhos (pré-processuais ou já em andamento, enviadas pelos juízes federais competentes);

b) apresentação, por mediador da CECON, de resumo do caso (acompanhado de arquivo em pdf dos documentos juntados pela parte autora) no grupo de *whatsapp* da CAMEDS (CAMEDS/Solução), composto exclusivamente por membros do Poder Público, para discussão das possíveis soluções da demanda;

c) condução do grupo de *whatsapp* pela equipe de mediadores da CECON-Guarulhos, até a solução definitiva ou resposta final do Poder Público quanto à impossibilidade de atendimento da postulação;

d) comunicação, pelos mediadores da CECON, da solução encontrada e eventuais orientações à parte autora;

e) encaminhamento, pelos mediadores da CECON, quando infrutífera a tentativa de conciliação, de resumo da resposta negativa à parte autora ou ao Juízo competente, quando já judicializado o caso (preferencialmente com eventual relatório da área técnica do Poder Público apontando as razões do não atendimento);

f) possibilidade de provocação da CAMEDS pela própria Procuradoria do Município em casos já judicializados em andamento, para busca de solução consensual, ainda que parcial e ainda que o processo esteja em grau de recurso ou em fase de execução ou cumprimento de sentença.

Ao fim da exposição, os Procuradores Municipais presentes, integrantes da Procuradoria Municipal Especializada em Saúde da PGM-Guarulhos, confirmaram sua participação no projeto, para tentativa de solução consensual de demandas relacionadas a prestações de saúde que



JUSTIÇA FEDERAL
CENTRAL DE CONCILIAÇÃO DE GUARULHOS
Av. Salgado Filho, 2.050, térreo, 07115-000, Guarulhos/SP
Tel. Fax (11) 2475-8515, guarul-sapc@trf3.jus.br

envolvam o Município no âmbito da Justiça Federal de Guarulhos, por meio da CAMEDS.

Foram, então, estabelecidas as próximas ações necessárias para consolidação e expansão do projeto, quais sejam:

- (a) Trazer a Secretaria Estadual de Saúde, a PGE, a União e a AGU, para o grupo CAMEDS/Solução;
- (b) Apresentar o projeto à atual Presidência do Tribunal de Justiça para, posteriormente, entrar em contato com os juízes estaduais que atuam em Guarulhos, com objetivo de trazer também as demandas estaduais para o projeto;
- (c) Organizar e promover um evento acadêmico (na forma de simpósio, congresso ou seminário) sobre a CAMEDS, para apresentá-la à sociedade civil e aos demais interessados (sobretudo a advocacia, o TJSP, as Defensorias e os Ministérios Públicos), debater casos representativos e posicionamentos institucionais, ficando a cargo dos presentes a definição oportuna do formato, temas e casos relevantes e eventuais colaboradores e participantes (como, e.g., OAB, FIG, TJSP, PGE, AGU, MPF e MPE, DPU e DPE, entre outros).

Nada, mais, eu, Heloisa dos Santos Reis, Técnica Judiciária, redigi a presente ata, a qual segue assinada por todos participantes conforme abaixo:

Paulo Marcos Rodrigues de Almeida

Juiz Federal Coordenador da CECON/Guarulhos e da CAMEDS

Cristian David Gonçalves

Procurador do Município de Guarulhos

Cecilia Cristina Couto de Souza Santos

Procuradora do Município de Guarulhos

Karina Elias Benincasa

Procuradora do Município de Guarulhos

Thaís Ghelfi Dall Acqua

Procuradora do Município de Guarulhos

Jacob Paschoal Gonçalves da Silva

Procurador do Município de Guarulhos

Leonardo Gadelha de Lima

Procurador do Município de Guarulhos

EXCELENTÍSSIMO(A) SENHOR(A) JUIZ(A) FEDERAL COORDENADOR (A) DA CENTRAL DE CONCILIAÇÃO DA JUSTIÇA FEDERAL DE GUARULHOS/SP

REQUERIMENTO DE ACESSO À INFORMAÇÃO

DADOS EMPÍRICOS DA CÂMARA DE MEDIAÇÃO EM SAÚDE DE GUARULHOS/SP

REQUERENTE: Cristian David Gonçalves

Qualificação: Doutorando em Direito pela Universidade Nove de Julho - UNINOVE

CPF: 302.671.348-19

RG: 25.965.240-4

Endereço: Rua Soldado Ermínio Cardoso, nº. 105, Apto. 162-A, CEP 07110-050.

E-mail: cristiandavidadv@uni9.edu.br

Telefone: 11 94075-2799

FINALIDADE: Pesquisa Acadêmica de Doutorado

TÍTULO DA TESE: "A Mediação Fraternal e o Federalismo Cooperativo Digital: Caminhos para a Desjudicialização de Conflitos no SUS e na Saúde Suplementar"

ORIENTADOR: Prof. Dr. Reynaldo Soares da Fonseca – Ministro do Superior Tribunal de Justiça

INSTITUIÇÃO: Universidade Nove de Julho - UNINOVE

I. PREÂMBULO

O requerente, na qualidade de doutorando em Direito, vem respeitosamente requerer a Vossa Excelência o **acesso a dados empíricos da Câmara de Mediação em Saúde de Guarulhos/SP (CAMEDS)**, para fins de elaboração de estudo de caso que comporá capítulo específico de sua tese de doutorado.

A pesquisa em desenvolvimento tem por objetivo analisar a eficácia da mediação fraternal digital como instrumento de desjudicialização de conflitos em saúde, sendo a experiência da CAMEDS fundamental para a validação empírica das hipóteses teóricas desenvolvidas na tese.

II. FUNDAMENTAÇÃO LEGAL

O presente requerimento fundamenta-se nos seguintes dispositivos legais:

1. Constituição Federal de 1988:

- Art. 5º, XIV (acesso à informação)
- Art. 5º, XXXIII (direito de receber informações de órgãos públicos)



- o Art. 37, § 3º, II (acesso dos usuários a informações sobre atos de governo)

2. Lei nº 12.527/2011 (Lei de Acesso à Informação):

3. Lei nº 13.140/2015 (Marco Legal da Mediação)

III. JUSTIFICATIVA ACADÊMICA

3.1 Relevância da Pesquisa

A tese em desenvolvimento aborda tema de alta relevância social e jurídica: a **desjudicialização de conflitos em saúde** através de métodos alternativos de resolução de conflitos. A experiência da CAMEDS representa um dos poucos casos práticos de implementação sistemática de mediação em saúde no Brasil, constituindo fonte empírica indispensável para:

- Validar hipóteses teóricas sobre eficácia da mediação fraternal
- Identificar boas práticas e desafios operacionais
- Desenvolver modelo replicável para outras jurisdições
- Contribuir para políticas públicas de desjudicialização

3.2 Pioneirismo da CAMEDS

A Câmara de Mediação em Saúde de Guarulhos constitui experiência pioneira no país, sendo uma das primeiras iniciativas estruturadas de mediação específica para conflitos de saúde no âmbito do Poder Judiciário Federal. Sua análise é fundamental para compreender:

- Padrões de conflitos em saúde pública
- Eficácia dos métodos consensuais comparativamente à judicialização
- Impactos na redução do tempo de resolução de conflitos
- Satisfação dos usuários com métodos alternativos

IV. PEDIDOS

Diante do exposto, **REQUER** respeitosamente a Vossa Excelência:

4.1 Pedido Principal

DEFERIR o presente requerimento, solicitando ao setor responsável pela CAMEDS a **liberação de acesso e fornecimento de dados**, observadas as cautelas de anonimização necessárias.

4.2 Pedidos Subsidiários



- a) Caso não seja possível o fornecimento integral dos dados, que seja **autorizado** o acesso aos dados **disponíveis**, com especificação das limitações;
- b) Que seja **permitido** o acesso às instalações da CAMEDS para **observação** das atividades (sem participação em casos concretos), mediante agendamento prévio;
- c) Que seja **facilitado** contato com **gestores e mediadores** da CAMEDS para **entrevistas** acadêmicas, preservada a voluntariedade da participação;
- d) Que seja **estabelecido** prazo razoável (sugestão: 60 dias) para fornecimento dos dados, considerando a complexidade da sistematização solicitada.

4.3 Pedido de Urgência

Considerando que a pesquisa de doutorado possui **cronograma específico** para defesa da tese, **REQUER** que seja conferida **tramitação prioritária**.

V. DISPOSIÇÕES FINAIS

O requerente **declara** estar **ciente**:

- Da responsabilidade civil e criminal pelo uso inadequado dos dados
- Das limitações impostas pela LGPD e legislação correlata
- Da necessidade de preservação do sigilo e anonimização
- Do compromisso de utilização exclusivamente acadêmica

Coloca-se à disposição para esclarecimentos que se fizerem necessários.

Termos em que, pede deferimento.

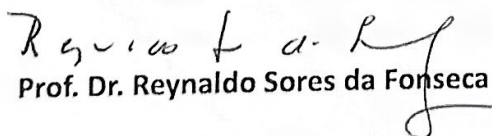
Guarulhos, 25/09/2025.



Cristian David Gonçalves

Aluno Doutorado

Ciente e de acordo.



Prof. Dr. Reynaldo Sores da Fonseca

Prof. Orientador