



A PLATAFORMA NACIONAL DE AÇÕES DE SAÚDE: ENTRE O CONSENSUALISMO REAL E O CONSENSO JUDICIALIZADO À LUZ DO TEMA 1234 DO STF

THE NATIONAL HEALTH LITIGATION PLATFORM: BETWEEN REAL CONSENSUALISM AND JUDICIALIZED CONSENSUS UNDER STF'S TOPIC 1234

Ricardo Hermany¹
Gabriela da Silva André²

Resumo: O artigo analisa criticamente o julgamento do Supremo Tribunal Federal no Recurso Extraordinário n. 1.366.243/DF (Tema 1234 da Repercussão Geral), que fixou critérios cumulativos para a concessão judicial de medicamentos não incorporados ao Sistema Único de Saúde (SUS) e determinou a criação da Plataforma Nacional de Ações de Saúde. A partir do referencial teórico do consensualismo e do federalismo cooperativo, investiga-se em que medida a decisão promoveu a racionalização da judicialização da saúde ou resultou em um consenso judicializado que restringe a autonomia municipal e recentraliza competências federativas. A pesquisa adota o método de abordagem dedutivo, o método de procedimento hermenêutico e a técnica de pesquisa bibliográfica e documental indireta, com análise qualitativa de decisões judiciais do STF e do STJ proferidas entre 2023 e 2025. O objetivo geral consiste em examinar se a Plataforma Nacional de Ações de Saúde constitui instrumento de fortalecimento do federalismo cooperativo ou de imposição judicial verticalizada. Os objetivos específicos são: (i) reconstruir os fundamentos teóricos do consensualismo e do federalismo cooperativo aplicados à governança da saúde; (ii) analisar o julgamento do Tema 1234 e a criação da Plataforma Nacional; e (iii) avaliar criticamente seus efeitos sobre a autonomia municipal, propondo salvaguardas institucionais à governança federativa. Os resultados indicam que, embora a decisão busque uniformizar critérios e racionalizar a jurisdição sanitária, prevalece um modelo de consensualismo judicializado, no qual o STF atua como “terceiro oculto” da pactuação federativa. Conclui-se que o fortalecimento do federalismo cooperativo exige salvaguardas institucionais, transparência deliberativa e o uso de tecnologias de inteligência artificial orientadas por princípios de responsabilidade federativa.

Palavras-chave: Consensualismo; Federalismo cooperativo; Judicialização da saúde; Plataforma Nacional; Tema 1234.

Abstract: This article provides a critical analysis of the Brazilian Supreme Federal Court's judgment in Extraordinary Appeal No. 1.366.243/DF (General Repercussion Theme 1234), which established cumulative criteria for the judicial granting of medicines not incorporated

¹ Professor da graduação e do Programa de Pós-Graduação em Direito-Mestrado/Doutorado da Universidade de Santa Cruz do Sul –UNISC; Pós-Doutor na Universidade de Lisboa (2011); Doutor em Direito pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos (2003) e Doutorado sanduíche pela Universidade de Lisboa (2003); Mestre em Direito pela Universidade de Santa Cruz do Sul (1999); Coordenador do grupo de estudos Gestão Local e Políticas Públicas –UNISC. Consultor jurídico da Confederação Nacional dos Municípios.

² Mestranda em Direitos Sociais e Políticas Públicas pelo Programa de Pós-graduação em Direito da Universidade de Santa Cruz do Sul. Bolsista PROSUC/CAPES, modalidade II (2025-2026). Graduada em Direito pela Universidade de Santa Cruz do Sul (2024). Pós-Graduada em Ciências Políticas. Integrante do grupo de estudos Gestão Local e Políticas Públicas, coordenado pelo Prof. Ricardo Hermany.



into the Unified Health System (SUS) and ordered the creation of the National Platform for Health Actions. Grounded in the theoretical frameworks of consensualism and cooperative federalism, the study investigates the extent to which the decision promoted the rationalization of health judicialization or, instead, resulted in a judicialized consensus that restricts municipal autonomy and recentralizes federative competences. The research adopts the deductive method of approach, the hermeneutic method of procedure, and the bibliographic and documentary research technique, combined with a qualitative analysis of judicial decisions issued by the Supreme Federal Court and the Superior Court of Justice between 2023 and 2025. The general objective is to examine whether the National Platform for Health Actions constitutes an instrument for strengthening cooperative federalism or a mechanism of vertical judicial imposition. The specific objectives are: (i) to reconstruct the theoretical foundations of consensualism and cooperative federalism applied to health governance; (ii) to analyze the Supreme Court's Theme 1234 judgment and the creation of the National Platform; and (iii) to critically assess its effects on municipal autonomy, proposing institutional safeguards for federative governance. Findings indicate that, although the decision seeks to standardize criteria and rationalize health jurisdiction, a model of judicialized consensualism prevails, in which the Supreme Court acts as a "hidden third party" in federative negotiation. It is concluded that strengthening cooperative federalism requires institutional safeguards, deliberative transparency, and the integration of artificial intelligence tools guided by principles of federative responsibility.

Keywords: Consensualism; Cooperative federalism; Health judicialization; National Platform; Theme 1234.

1. Introdução

A judicialização da saúde no Brasil tornou-se, nas últimas décadas, um dos fenômenos mais relevantes para a compreensão das tensões entre direitos fundamentais, políticas públicas e organização federativa. A multiplicação de demandas judiciais relacionadas ao fornecimento de medicamentos e tratamentos não incorporados ao Sistema Único de Saúde (SUS) atribuiu ao Poder Judiciário a função de árbitro central de conflitos que, originalmente, deveriam ser solucionados em arenas técnicas e políticas próprias da gestão sanitária. Esse processo levou o Supremo Tribunal Federal (STF) a assumir protagonismo inédito na conformação da política pública de saúde, tanto pela fixação de precedentes vinculantes quanto pela indução de práticas institucionais voltadas à racionalização da jurisdição.

Nesse contexto, ganha especial relevo o Tema 1234, no qual o STF fixou parâmetros para a concessão judicial de medicamentos não incorporados em atos normativos do SUS. A decisão não apenas estabeleceu balizas materiais e processuais, mas também determinou a criação da Plataforma Nacional de Ações de Saúde, sob a coordenação do Conselho Nacional de Justiça (CNJ). A Plataforma foi apresentada como um mecanismo de integração de dados, padronização de informações e uniformização jurisprudencial, com o objetivo declarado de



contribuir para a racionalização da judicialização da saúde e para o fortalecimento do federalismo cooperativo.

Entretanto, a análise crítica do desenho institucional da Plataforma evidencia ambiguidades. De um lado, há a promessa de reforço à cooperação federativa e à produção de decisões mais técnicas e isonômicas. De outro, emerge o risco de consolidação de um consenso judicializado, verticalmente imposto a partir do Poder Judiciário, que reduz os espaços de deliberação real entre os entes federativos e fragiliza a autonomia municipal — princípio estruturante da governança descentralizada do SUS. Em vez de induzir consensualismo genuíno, a Plataforma pode operar como tecnologia de poder, simulando pactuação enquanto concentra decisões em instâncias judiciais e administrativas nacionais.

É nesse cenário que se insere o presente estudo, orientado pela seguinte pergunta de pesquisa: a Plataforma Nacional de Ações de Saúde, criada como desdobramento do Tema 1234 do STF, fortalece o federalismo cooperativo ao induzir um consensualismo real ou constitui apenas um mecanismo de consenso judicializado que fragiliza a autonomia municipal?

Parte-se da hipótese de que a Plataforma, embora revestida de linguagem cooperativa, tende a funcionar predominantemente como instrumento de consenso judicializado, caracterizado pela verticalização das decisões e pela simulação de pactuação federativa sem efetiva redistribuição de poder.

A pesquisa adota o método de abordagem dedutivo, partindo de pressupostos gerais do direito público consensual e do federalismo cooperativo para examinar o caso específico do Tema 1234. O método de procedimento é hermenêutico, voltado à interpretação crítica de textos normativos, decisões judiciais e documentos institucionais. A técnica de pesquisa é bibliográfica por meio de documentação indireta, abrangendo doutrina nacional e estrangeira, relatórios do CNJ, dados do CONASS e da CONITEC, além de análise jurisprudencial qualitativa. As decisões judiciais examinadas foram selecionadas a partir de levantamento sistemático de acórdãos publicados entre 2023 e 2025 no site do STF e do STJ, com base em descritores como Tema 1234, medicamentos não incorporados e judicialização da saúde, essa estratégia empírica buscou identificar padrões argumentativos e efeitos práticos decorrentes da tese fixada, permitindo correlacionar a racionalização judicial com seus impactos sobre a autonomia municipal e a governança federativa.

O objetivo geral consiste em investigar se a Plataforma Nacional, criada pelo STF a partir do Tema 1234, efetivamente consolida o federalismo cooperativo ou se configura como instrumento de recentralização judicial. Para isso, definem-se três objetivos específicos: (i)



reconstruir os fundamentos teóricos do consensualismo e do federalismo cooperativo aplicados à governança da saúde; (ii) analisar o julgamento do Tema 1234 e a criação da Plataforma Nacional, examinando sua estrutura, objetivos e impactos práticos sobre a gestão municipal; e (iii) avaliar criticamente se a Plataforma configura consensualismo real ou consenso judicializado, propondo salvaguardas institucionais para o fortalecimento da autonomia local.

O artigo organiza-se em três capítulos. O Capítulo 1 apresenta os fundamentos teóricos do consensualismo e do federalismo cooperativo no âmbito da governança sanitária, destacando seus potenciais emancipatórios e seus riscos de degeneração em consensos simulados. O Capítulo 2 analisa o julgamento do Tema 1234 do STF e a criação da Plataforma Nacional, enfatizando sua lógica normativa e sua arquitetura institucional. O Capítulo 3 desenvolve a crítica à Plataforma como mecanismo de consenso judicializado, discutindo seus efeitos sobre a autonomia municipal e propondo caminhos para a construção de um federalismo cooperativo efetivo e de consensualismo federativo real.

2. Consensualismo e Federalismo Cooperativo na Governança da Saúde

O consensualismo no Direito Público

O Direito Administrativo contemporâneo atravessa um processo de transformação marcado pelo enfraquecimento do modelo tradicional de unilateralidade e pela ascensão de mecanismos de composição consensual. Conforme observa Chevallier (1993), o direito público europeu migrou de um paradigma centrado na autoridade administrativa para outro em que o diálogo e a governança compartilham espaço com o controle jurídico clássico. Essa transição não elimina a força normativa do direito, mas a ressignifica: o direito passa a atuar como instrumento de coordenação flexível e de legitimação democrática, associado à noção de *governança* como novo paradigma estatal (Chevallier, 2003). O consensualismo, portanto, deixa de ser mera técnica procedimental e assume o papel de fundamento hermenêutico da legitimidade pública.

No contexto europeu, Gifreu Font e Rodríguez Beas (no prelo) apontam que a mediação administrativa tornou-se elemento essencial da *buena administración*, conforme o art. 41 da Carta de Direitos Fundamentais da União Europeia. Essa mediação não apenas reduz a litigiosidade, mas também redefine a relação entre Estado e cidadãos, promovendo interações horizontais e soluções compartilhadas. Cadet (2008) acrescenta que a tendência atual é aproximar justiça e administração por meio de instrumentos de autocomposição, inclusive dentro do próprio processo judicial. Tais deslocamentos convergem para um modelo em que o



consenso se torna valor intrínseco da boa governança, em substituição à lógica estritamente autoritativa.

Contudo, Caillosse (2003) alerta que a tentativa de substituir a cultura jurídica pela racionalidade gerencial gera tensões estruturais. A modernização administrativa não pode ser reduzida a uma busca por eficiência: deve reconhecer a permanência de uma tradição jurídico-administrativa que resiste à simples importação de métodos do *management*. A intersecção entre o jurista e o gestor revela uma ambivalência: de um lado, a aspiração à racionalidade técnica; de outro, a necessidade de preservar garantias jurídicas que limitam o poder público. A adoção de instrumentos de consenso, por si só, não assegura maior legitimidade democrática.

No Brasil, a cultura da sentença ainda orienta a resolução de conflitos e dificulta a consolidação de práticas consensuais na Administração Pública. Ximenes (2022) demonstra que a incorporação da cultura do consenso esbarra em um modelo institucional fortemente judicializado e dependente do protagonismo dos tribunais. Embora haja crescente normatização de instrumentos autocompositivos, a cultura jurídica nacional continua atrelada à autoridade da decisão judicial, restringindo o espaço para a negociação real entre atores institucionais. Nas políticas públicas, essa dependência produz uma assimetria: o discurso da cooperação é proclamado, mas sua prática frequentemente se limita a um rito formal de homologação do que já foi decidido.

Nesse cenário, emerge o risco do que (Hermany; Machado, 2024,) denomina consensos simulados: pactos que aparentam negociação federativa, mas resultam de imposições travestidas de acordo. Tal fenômeno adquire especial relevância na área da saúde, em que a judicialização expõe a fragilidade da pactuação entre os entes federativos. Em chave hermenêutica, Streck (2014) adverte que a Constituição exige consensos normativos autênticos, baseados em práticas discursivas inclusivas, e não consensos estratégicos impostos por instâncias superiores. Quando o Poder Judiciário, ao decidir questões estruturantes, converte a pactuação em obrigação verticalizada, reduz-se a autonomia decisória dos entes locais.

A experiência recente do Supremo Tribunal Federal com o **Tema 1234** insere-se exatamente nesse dilema. Embora a Corte busque racionalizar a judicialização da saúde, o movimento de centralização das decisões, especialmente com a criação da Plataforma Nacional de Ações de Saúde e reforça o risco de substituir o consenso genuíno por uma pactuação judicial tecnocrática. Esse processo, à luz da literatura europeia e latino-americana sobre mediação administrativa, revela um paradoxo: pretende-se fomentar a cooperação e o diálogo federativo, mas cristaliza-se um arranjo em que a uniformização jurisdicional se sobrepõe à negociação



política. Como lembra Chevallier (2003), tal governança é ambivalente: ao mesmo tempo em que aumenta a previsibilidade, pode fragilizar a diversidade local e os canais de deliberação democrática.

Assim, o consensualismo no Direito Público deve ser compreendido simultaneamente como promessa e armadilha. Promessa, por representar a superação da unilateralidade autoritativa e a abertura de novos espaços de deliberação e pactuação. Armadilha, porque, em contextos de forte judicialização, tende a legitimar decisões centralizadas, transformando o diálogo em formalidade. O desafio, portanto, é tanto normativo quanto cultural e institucional: criar condições para que a Administração e os entes federativos exerçam protagonismo real nos processos decisórios, sem depender exclusivamente da chancela judicial. Como conclui Ximenes (2022), “a consolidação de uma cultura consensual no Brasil exige deslocar o foco da sentença para o diálogo institucional”, sob pena de perpetuar uma lógica de verticalização incompatível com o federalismo cooperativo.

Descentralização, federalismo cooperativo e o papel das Comissões Intergestores

A descentralização do SUS, ao longo das últimas três décadas, redefiniu simultaneamente a partilha federativa de competências, os arranjos de gestão da rede, o ciclo de políticas e os mecanismos de financiamento e decisão. No plano institucional, consolidou-se um federalismo cooperativo que opera por coordenação vertical (União–Estados–Municípios) e horizontal (entre municípios e entre regiões), com vistas a reduzir assimetrias e organizar a oferta em bases regionais. A literatura de federalismo alerta, porém, que descentralizar não é, por si, garantir autonomia efetiva: trata-se de um equilíbrio dinâmico entre forças centrípetas e centrífugas, cuja efetividade depende de instrumentos de coordenação e de desenho de incentivos (Soares; Machado, 2018).

Nesse contexto, o sistema de Comissões Intergestores tornou-se o núcleo político-institucional do pacto setorial: CIT no âmbito nacional, CIB nos estados e CIR nas regiões de saúde. As comissões funcionam como arenas de programação pactuada, mediação de conflitos e definição de metas físicas e financeiras, sob coordenação estadual e normatização federal, com participação municipal capilarizada — um formato que combina cooperação vertical e horizontal (Soares; Machado, 2018). Ao mesmo tempo, a experiência brasileira de regionalização (NOB/2002, Pacto/2006, COAP/2011) revela limites recorrentes: tensões entre municípios “exportadores” e “importadores” de serviços, insuficiências de financiamento federal para cumprir metas e baixa credibilidade de compromissos quando as condições de



execução escapam à governabilidade local (Machado, 2009; Machado; Andrade, 2014).

As CIR, instituídas nacionalmente pelo Decreto 7.508/2011 e regradas pela Resolução CIT nº 01/2011, materializam a governança regional do SUS: traduzem diretrizes nacionais em pactos territorializados (RENASES, RENAME, redes de atenção, planejamento e COAP), dão visibilidade a problemas locais e permitem adaptações às realidades subnacionais. Quando estáveis, ampliam a capacidade de coordenação federativa sobre fluxos intermunicipais e alinham incentivos entre entes, mas a sua performance é sensível a condições “de base”: secretarias executivas minimamente estruturadas, rotinas técnicas prévias às reuniões deliberativas, quóruns qualificados e orçamento de custeio para manter ritmos de trabalho e monitoramento. Em termos comparados, o arranjo brasileiro se aproxima do que a literatura chama de mecanismos mistos de coordenação (vertical + horizontal), com papel central para a regionalização da atenção (Soares; Machado, 2018).

Do ponto de vista democrático, o fortalecimento das instâncias intergestores precisa dialogar com o poder local: participação social, transparência e coprodução de soluções aumentam a responsividade e reduzem os riscos de recentralização tecnocrática. A agenda de governança local e entendida como organização de consensos num espaço de impacto e controle social, é condição prática para que a cooperação federativa não se converta em mera homologação de decisões centrais (Dowbor, 2016). O “ponto de impacto” municipal/regional é onde os *trade-offs* de acesso, custo e qualidade se tornam visíveis; é também onde processos participativos e informação qualificada conseguem calibrar prioridades e mitigar assimetrias (Dowbor, 2016).

Em síntese, o tripé da descentralização em saúde é a comissões intergestores funcionantes a regionalização com incentivos corretos e por fim o enraizamento no poder local. Isto é o que transforma “cooperação” em capacidade estatal compartilhada, pois sem esses lastros, a coordenação tende a escorregar para consensos formais, vulneráveis a disputas distributivas e à judicialização.

Ou seja, a descentralização do SUS e o arranjo das Comissões Intergestores criaram um desenho cooperativo capaz de territorializar decisões e reduzir assimetrias; contudo, sua efetividade permanece condicionada a capacidade técnica, rotinas deliberativas estáveis e financiamento minimamente adequado. Onde esses lastros faltam, a cooperação tende a converter-se em consenso formal, abrindo espaço para que conflitos distributivos e pressões por acesso migrem ao Judiciário. É nesse interstício que o STF, especialmente a partir do Tema 1234, passa a atuar como “terceiro oculto” da pactuação federativa, uniformizando critérios e



induzindo padrões decisórios que, ao mesmo tempo em que agregam previsibilidade, podem recentralizar escolhas e rebaixar a autonomia municipal. A próxima subseção (2.3) examina criticamente esse movimento: (i) o diálogo e os atritos entre o Tema 1234 (STF) e o Tema 106 (STJ); (ii) os mecanismos pelos quais a Corte produz “consenso judicializado” (substitutivo, indutivo, coordenativo); e (iii) os padrões pós-1234 nos tribunais estaduais, avaliando em que medida a racionalização obtida compensa os custos federativos e de accountability impostos ao poder local

Judicialização da saúde como desafio federativo

A judicialização da saúde constitui um dos maiores paradoxos do constitucionalismo brasileiro: ao mesmo tempo em que garante a efetividade imediata do direito fundamental à saúde (art. 196 da CF/88), também tensiona o equilíbrio entre técnica, orçamento e pacto federativo. Esse fenômeno decorre de fatores estruturais e subfinanciamento do SUS, falhas na assistência farmacêutica, demora na incorporação de tecnologias pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias (Conitec) e desigualdade de acesso entre regiões e encontrou no Poder Judiciário um canal privilegiado de resolução dos conflitos.

Os dados, portanto, revelam a dimensão do problema, segundo o Conselho Nacional de Justiça, mais de um milhão de processos relacionados à saúde tramitam atualmente no país, abrangendo desde fornecimento de medicamentos até tratamentos e cirurgias (CNJ, 2023). Entre 2020 e 2024, o volume de novos casos cresceu 92,87%, passando de 344.200 para 663.864 ações (Rabelo; Gatti, 2025). Em alguns estados, os gastos com cumprimento de decisões judiciais consomem até 30% do orçamento em saúde, afetando severamente o planejamento e o alcance universal das políticas pública e a maior parte das demandas refere-se a medicamentos de alto custo não incorporados ao SUS ou utilizados em caráter experimental. O fenômeno, como analisa Ximenes (2022), revela a permanência da “cultura da sentença” na gestão pública: em vez da construção dialógica de soluções consensuais, prevalece a decisão judicial como resposta imediata, reforçando a centralidade do Judiciário em detrimento da pactuação federativa.

A intensificação das ações obrigou os tribunais superiores a assumirem um papel de árbitros da política sanitária. O Supremo Tribunal Federal, no Tema 1234 (RE 1.366.243/DF, julgado em 2024), fixou que ações envolvendo medicamentos não incorporados ao SUS, mas registrados na Anvisa, cujo custo anual supere 210 salários-mínimos, devem tramitar na Justiça Federal, com custeio integral da União e posterior ressarcimento a estados e municípios. Poucos



dias depois, no julgamento do Tema 6 (RE 566.471/RS), a Corte estabeleceu que, como regra geral, o Estado não pode ser obrigado a fornecer medicamentos fora das listas oficiais, salvo em hipóteses excepcionais e mediante requisitos cumulativos, como eficácia comprovada, imprescindibilidade clínica e incapacidade financeira do paciente.

Já o Superior Tribunal de Justiça, por meio do Tema 106 (REsp 1.657.156/RJ), consolidou critérios para concessão de medicamentos não incorporados: registro na Anvisa, ausência de substituto terapêutico no SUS e comprovação da incapacidade financeira do paciente. Ao adotar parâmetros técnico-jurídicos, o STJ buscou equilibrar a proteção da vida com a racionalidade orçamentária e a governança sanitária. Esses julgados representam tentativas de racionalização, mas, como observam Soares e Machado (2018), também reforçam o deslocamento do centro decisório: em vez da deliberação nos fóruns federativos do SUS (CIT, CIB, CIR), o STF e o STJ assumem a função de mediadores últimos da política de saúde, transformando-se em instâncias de produção normativa paralela.

O núcleo da judicialização encontra-se no embate entre três dimensões que deveriam ser complementares, mas se tornaram conflitivas. A primeira é a tensão entre técnica e orçamento: enquanto a Conitec baseia-se em critérios de custo-efetividade e evidência científica, o Judiciário privilegia o caso concreto e o direito individual. O resultado é a destinação de recursos públicos para terapias experimentais ou de custo proibitivo, em detrimento de políticas coletivas (Chevallier, 2003). A segunda é a tensão entre técnica e pacto federativo: decisões judiciais uniformizadoras desconsideram as assimetrias regionais, compelindo municípios de pequeno porte a custear tratamentos milionários, comprometendo não apenas a saúde, mas toda a gestão local (Soares; Machado, 2018). Por fim, observa-se o conflito entre orçamento e pacto federativo: a União concentra a maior parte da arrecadação tributária, enquanto estados e municípios são os principais executores das políticas e, portanto, os principais alvos das ações judiciais. Isso gera um ciclo de “judicialização repassadora”, em que entes locais acionam a União para custeio, revelando a ausência de coordenação e de financiamento adequado (Caillousse, 2003).

A judicialização da saúde é, ao mesmo tempo, sintoma e agravante da fragilidade institucional do federalismo cooperativo brasileiro. Ao converter-se em árbitro de políticas públicas, o Judiciário produz um consenso judicializado que, embora traga previsibilidade, tende a recentralizar competências e a fragilizar a autonomia local. Essa dinâmica, visível sobretudo após o julgamento do Tema 1234, evidencia que a resposta judicial à crise sanitária não se limita a resolver casos concretos, mas reconfigura a própria governança federativa. O



próximo tópico, portanto, examina em que medida esse “consenso judicializado” reforça a racionalidade técnica e a uniformização de critérios ou, ao contrário, constitui mais um vetor de enfraquecimento do poder local, tensionando a lógica de um federalismo cooperativo que deveria priorizar pactuação real e horizontalidade decisória.

3. O Tema 1234 do STF e a Criação da Plataforma Nacional de Ações de Saúde

O julgamento do Tema 1234

O julgamento do Recurso Extraordinário n. 1.366.243/DF, correspondente ao Tema 1234 da repercussão geral, representou um marco na tentativa do Supremo Tribunal Federal (STF) de racionalizar a judicialização da saúde no Brasil. A Corte fixou tese que condiciona a concessão judicial de medicamentos não incorporados ao Sistema Único de Saúde (SUS) ao preenchimento de requisitos cumulativos: (i) inexistência de substituto terapêutico previsto nas listas oficiais; (ii) comprovação científica de eficácia e segurança do fármaco, com base em evidências idôneas; (iii) incapacidade financeira do paciente; e (iv) prescrição médica fundamentada e subscrita por profissional habilitado (Brasil, STF, 2025).

A decisão também modulou os efeitos da tese, estabelecendo sua aplicabilidade apenas às ações ajuizadas após a publicação do acórdão, em setembro de 2024. Essa medida buscou reduzir os impactos orçamentários retroativos e mitigar a insegurança jurídica decorrente de milhares de processos em andamento (Brasil, STF, 2025). No plano federativo, o STF ainda definiu que demandas envolvendo medicamentos de alto custo, oncológicos ou de fornecimento nacional seriam de competência da União e da Justiça Federal, cabendo o custeio primário à União; já os medicamentos de menor valor permaneceram sob responsabilidade dos Estados e Municípios, em conformidade com a repartição interfederativa de encargos.

Outro ponto central do julgamento foi a reafirmação da importância dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) elaborados pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec). O STF indicou que o fornecimento judicial de medicamentos deve observar, sempre que possível, os protocolos técnicos e fluxos administrativos já pactuados. Fármacos fora dos PCDT passaram a ser considerados não incorporados, submetendo-se, portanto, aos critérios mais rigorosos da tese fixada. Tal vinculação revela a tentativa de integrar a atuação jurisdicional aos parâmetros técnico-científicos construídos pela governança sanitária, embora persista a tensão entre decisão judicial individualizada e pactuação federativa coletiva (CONITEC, 2023; Brasil, STF, 2025).

Em termos institucionais, o julgamento também impulsionou a criação da Plataforma



Nacional de Ações de Saúde, concebida como ferramenta de monitoramento de prescrições, custos e decisões judiciais. Essa inovação pretende promover maior integração entre o Poder Judiciário e os gestores sanitários, padronizando dados e racionalizando o processo decisório. Todavia, críticas doutrinárias apontam que, embora a medida represente avanço em termos de previsibilidade, ela pode reforçar uma racionalidade verticalizada, limitando a autonomia dos entes locais e fragilizando a dimensão participativa do federalismo cooperativo (Bucci, 2022; Sarlet, 2023; Streck; GRAU, 2024).

Assim, o Tema 1234 constitui esforço sofisticado de reinstitucionalização da jurisdição sanitária. Ao mesmo tempo em que busca uniformizar critérios e alinhar a jurisdição aos protocolos técnicos da Conitec, acaba por reafirmar a centralidade do STF como instância de coordenação, gerando dúvidas sobre a compatibilidade de sua racionalidade com a preservação da autonomia municipal e com a lógica de pactuação democrática prevista no art. 198 da Constituição Federal de 1988.

A determinação de criação da Plataforma Nacional

A principal inovação institucional decorrente do julgamento do Tema 1234 (RE 1.366.243/DF) foi a determinação do Supremo Tribunal Federal (STF) para a criação da Plataforma Nacional de Ações de Saúde. A medida partiu de uma articulação entre o STF e o Conselho Nacional de Justiça (CNJ), ambos interessados em oferecer respostas estruturadas ao crescimento exponencial da judicialização sanitária. Ao reconhecer que a multiplicidade de decisões conflitantes, tomadas de forma pulverizada por magistrados de primeira instância, compromete a coerência do sistema, a Corte vislumbrou na Plataforma um mecanismo capaz de uniformizar e racionalizar o tratamento das demandas de saúde no país (Brasil, STF, 2025; CNJ, 2024).

Os objetivos declarados da iniciativa foram três. Em primeiro lugar, uniformizar a jurisprudência, de modo a reduzir contradições interpretativas entre tribunais estaduais e federais. Em segundo lugar, racionalizar o fluxo de decisões, evitando a repetição de litígios idênticos e estimulando a adesão dos juízes às teses fixadas pelo STF e pelo Superior Tribunal de Justiça (STJ). Por fim, buscou-se fortalecer o controle de precedentes, mediante a centralização de informações sobre prescrições médicas, custos de tratamentos, pareceres técnicos e deliberações administrativas vinculadas à Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec) e aos Núcleos de Apoio Técnico do Poder Judiciário (NatJus) (CNJ, 2023; CONASS, 2024).



No que se refere à estrutura de funcionamento, a Plataforma foi concebida como um sistema digital integrado, alimentado com dados provenientes de tribunais, secretarias de saúde e órgãos de controle. Seu desenho prevê três módulos principais: (i) um repositório de precedentes sobre saúde, atualizado automaticamente com as decisões do STF, STJ e tribunais locais; (ii) uma base de dados técnicos, voltada ao acesso de pareceres do NatJus, protocolos da Conitec e diretrizes sanitárias; e (iii) um painel de monitoramento, destinado ao acompanhamento em tempo real dos custos e impactos financeiros das ordens judiciais sobre os orçamentos públicos (CNJ, 2024).

Apesar de seu caráter inovador, a Plataforma tem sido alvo de críticas na doutrina. Alguns autores apontam que, ao centralizar a gestão de informações e precedentes sob coordenação do Judiciário, o instrumento pode operar como mecanismo de judicialização da pactuação federativa, deslocando para a esfera judicial competências que deveriam ser exercidas em instâncias deliberativas como a Comissão Intergestores Tripartite (CIT). Em vez de fortalecer o federalismo cooperativo, há o risco de produzir uma racionalidade tecnocrática verticalizada, em que municípios se tornam meros executores de decisões previamente filtradas pelo Judiciário (Bucci, 2022; Streck; Grau, 2024).

Assim, a Plataforma Nacional configura-se como um espaço ambivalente: de um lado, promete eficiência, previsibilidade e integração de dados; de outro, pode reforçar a centralidade do Judiciário em detrimento da autonomia dos entes subnacionais, tensionando os princípios constitucionais de descentralização e participação que estruturam o Sistema Único de Saúde.

A Plataforma como materialização do consensualismo judicializado

A criação da Plataforma Nacional de Ações de Saúde, determinada no julgamento do Tema 1234 (RE 1.366.243/DF), representa não apenas um avanço tecnológico, mas, sobretudo, a concretização de um modelo de pactuação judicial tecnocrática. Por meio dela, o Supremo Tribunal Federal (STF) busca uniformizar as decisões judiciais, reduzindo a dispersão interpretativa entre magistrados e padronizando os critérios de concessão de medicamentos não incorporados ao SUS. A concentração de precedentes e pareceres técnicos na Plataforma induz os julgadores a replicarem entendimentos previamente fixados, convertendo a deliberação judicial em mera reprodução de orientações superiores (CNJ, 2024; Brasil, STF, 2025).

Embora a padronização ofereça ganhos de previsibilidade e maior controle orçamentário, ela também evidencia o papel do STF como “terceiro oculto” da pactuação federativa. Em lugar de fortalecer os espaços horizontais de negociação, como a Comissão



Intergestores Tripartite (CIT) e a CONITEC, a Corte se coloca como mediadora suprema, reconfigurando unilateralmente as formas de cooperação entre União, Estados e Municípios. Trata-se de um consenso verticalizado, no qual a retórica da racionalização e da eficiência substitui o diálogo político e federativo efetivo, deslocando o centro decisório da arena administrativa para a jurisdição constitucional (Streck; Grau, 2024; Bucci, 2022).

Esse arranjo produz impactos diretos sobre o pacto federativo. Ao projetar-se como instância final e indutora das práticas de pactuação, o STF redefine a lógica da governança sanitária. As políticas públicas de saúde deixam de ser resultado da coautoria institucional dos entes federativos e passam a refletir parâmetros judiciais e tecnocráticos. Municípios — principais responsáveis pela execução cotidiana das políticas do SUS — tornam-se atores periféricos, limitados à implementação de decisões elaboradas em esferas externas à pactuação federativa. Embora o discurso da racionalidade prometa eficiência, o resultado é o aprofundamento das assimetrias de poder e o enfraquecimento do princípio constitucional da descentralização (Sarlet, 2023; CONASS, 2024).

A Plataforma Nacional de Ações de Saúde, portanto, configura-se como expressão paradigmática de um consensualismo judicializado: uma forma de consenso legitimada não pela escuta e participação federativa, mas pela imposição judicial. Longe de constituir um instrumento de pactuação democrática, tende a operar como mecanismo de recentralização institucional, redefinindo os contornos do federalismo sanitário brasileiro sob a hegemonia do Poder Judiciário.

4. Consensualismo Real ou Consenso Judicializado? Impactos Federativos da Plataforma Nacional

Autonomia municipal e a tensão com a padronização nacional

A fixação da tese no Tema 1234 do STF (RE 1.366.243/DF) produziu efeitos diretos sobre a autonomia municipal, ao estabelecer parâmetros uniformes para a concessão judicial de medicamentos e instituir a Plataforma Nacional de Medicamentos. A padronização das decisões judiciais, embora proporcione maior segurança jurídica e previsibilidade, repercute de forma intensa nos orçamentos locais frequentemente já comprometidos pela manutenção de políticas básicas de saúde e pela absorção de demandas não contempladas pelos repasses federais (Brasil, STF, 2024). Municípios de pequeno e médio porte, responsáveis pela execução direta do SUS, convivem, assim, com custos inesperados decorrentes de ordens judiciais que muitas vezes ignoram suas limitações orçamentárias e estruturais (CNJ, 2024).



Além do impacto financeiro, há um evidente risco de engessamento das políticas municipais. A padronização imposta pelo STF e operacionalizada pela Plataforma tende a reduzir a margem de deliberação dos gestores locais, que passam a atuar como executores de protocolos definidos nacionalmente e chancelados judicialmente (PGE/SC, 2024). A lógica federativa — que pressupõe flexibilidade e adaptação às especificidades territoriais — é substituída por uma racionalidade uniformizadora, frequentemente distante das condições epidemiológicas e sociais de cada região (JAR, 2024).

Essa tensão torna-se ainda mais evidente quando se analisam os efeitos sobre o planejamento e a gestão municipal. A necessidade de cumprir ordens judiciais para o fornecimento de medicamentos de alto custo obriga os gestores a redirecionar recursos destinados a políticas coletivas, como vacinação, saneamento e atenção primária (CNJ, 2024). Embora o ressarcimento interfederativo previsto no Tema 1234 mitigue parcialmente o desequilíbrio, o lapso temporal entre a execução da despesa e o repasse efetivo mantém os municípios em posição de vulnerabilidade (PGE/SC, 2024). Em muitos casos, a política pública passa a ser reativa, subordinada à lógica judicial, e não planejada conforme as prioridades locais.

Do ponto de vista institucional, a padronização nacional reforça o fenômeno do consensualismo judicializado, no qual o STF se projeta como instância central de pactuação, reduzindo a autonomia decisória dos entes subnacionais. Se, por um lado, a uniformização contribui para maior coerência sistêmica, por outro, restringe a pluralidade federativa e enfraquece os espaços de deliberação democrática local. A tensão entre autonomia municipal e padronização nacional constitui, portanto, um dos dilemas centrais do novo arranjo federativo da saúde, demandando reflexão crítica sobre os limites constitucionais da cooperação interfederativa e sobre os riscos de transformar a cooperação em hierarquia (Brasil, STF, 2024).

A Plataforma Nacional como instrumento de recentralização judicial

A consolidação do Supremo Tribunal Federal (STF) e do Conselho Nacional de Justiça (CNJ) como atores institucionais centrais na judicialização da saúde representa um deslocamento profundo da lógica federativa. O STF, ao fixar teses de repercussão geral como nos Temas 6, 500, 793 e, mais recentemente, no Tema 1234 (RE 1.366.243/DF), deixou de atuar como instância apenas reativa para assumir papel de gestor normativo, estabelecendo diretrizes vinculantes que moldam a atuação dos tribunais e da própria administração pública (Brasil, STF, 2024). Já o CNJ, desde a Resolução n. 107/2010, transformou-se em braço



administrativo-operacional, criando fóruns, comitês e ferramentas digitais voltadas a uniformizar e monitorar a judicialização da saúde (Vasconcelos, 2020).

Nesse arranjo, a legitimidade da atuação judicial é objeto de intenso debate. Parte da doutrina sustenta que a Corte e o Conselho possuem uma legitimidade derivada de sua função de defesa intransigente dos direitos fundamentais, especialmente o direito à saúde previsto no art. 196 da Constituição (Moldero, 2025). Também se afirma a chamada legitimidade por ocupação de vácuo, já que Executivo e Legislativo falham em prover respostas rápidas e efetivas, o que justifica a atuação judicial como substitutiva para evitar o colapso das políticas (Brasil, CNJ, 2023). Contudo, críticas apontam um déficit democrático e de *accountability*, já que juízes não são eleitos e suas decisões implicam gastos bilionários sem submissão ao crivo popular ou responsabilidade técnica-orçamentária (Vasconcelos, 2020).

A Plataforma Nacional de Ações Judiciais em Saúde, instituída pelo CNJ em articulação com o STF, materializa esse processo de recentralização. Trata-se de um sistema digital que padroniza petições, exige laudos técnicos e vincula demandas a pareceres do e-NATJUS e da Conitec, operando como filtro prévio à decisão judicial (BRASIL, CNJ, 2023). Na prática, isso altera o fluxo federativo: em vez de o cidadão litigar diretamente com juiz local, a demanda passa a ser registrada e processada dentro de um sistema nacional supervisionado pelo Judiciário central. Tal mecanismo confere ao STF e ao CNJ uma visão panorâmica da litigância em saúde, permitindo-lhes controlar a agenda e orientar decisões de forma uniforme (Vasconcelos, 2020).

Os efeitos dessa recentralização são ambivalentes. Por um lado, há ganhos de eficiência, previsibilidade e maior deferência aos critérios técnicos do Executivo, como reconhecido pelo STF no julgamento do Tema 6 (RE 566.471), que fixou requisitos cumulativos para fornecimento judicial de medicamentos não incorporados ao SUS, enfatizando que a prescrição médica isolada “não basta” (Moldero, 2025). Por outro lado, esse arranjo consolida um “SUS jurisprudencial”, no qual a política nacional de saúde passa a ser definida tanto pelo Ministério da Saúde quanto pelas cortes judiciais e suas ferramentas de gestão, tensionando o pacto federativo e fragilizando a autonomia municipal.

Em última análise, a Plataforma Nacional representa uma governança tecnocrática-judicial: ao mesmo tempo em que organiza a judicialização e reduz contradições decisórias, reforça o protagonismo do Judiciário como gestor indireto da saúde pública. Essa mutação institucional levanta a questão central: é legítimo que cortes constitucionais e órgãos de administração da Justiça assumam funções de planejamento e gestão de políticas públicas,



substituindo, de fato, os canais democráticos tradicionais do federalismo cooperativo? (Vasconcelos, 2020).

Perspectivas para um consensualismo federativo real

O cenário atual de judicialização extrema é insustentável. Superá-lo exige migrar de um modelo de imposição judicial para um de governança compartilhada, em que a autonomia municipal seja resguardada não como obstáculo, mas como ativo estratégico para soluções mais eficazes e sustentáveis. Esse é o ponto de chegada necessário: a busca por soluções concretas que respeitem a autonomia municipal e consolidem um federalismo cooperativo real, superando os impasses atuais. A experiência do Sistema Único de Saúde (SUS) mostra que a descentralização e a corresponsabilidade foram decisivas para institucionalizar a lógica cooperativa (Soares; Machado, 2018). Todavia, a judicialização padronizada, sobretudo a partir do Tema 1234 do STF, ameaça corroer esse arranjo ao deslocar decisões locais para instâncias judiciais nacionais (PGE/SC, 2024). Para evitar que a governança se converta em consenso simulado (Chevallier, 2018; Ximenes, 2022), torna-se imprescindível a adoção de balizas claras que contemplem a especificidade das realidades locais, a capacidade financeira real de cada município, o princípio da subsidiariedade e a corresponsabilidade definida entre os entes federativos.

A construção de uma nova governança deve combinar bases técnicas, participativas e inovadoras. As Comissões Intergestores (CIT, CIB, CIR) precisam deixar de ser fóruns burocráticos e tornar-se arenas deliberativas com agenda vinculante e representação técnica qualificada. Complementarmente, câmaras temáticas permanentes poderiam reunir gestores, especialistas, sociedade civil e membros do sistema de justiça como ouvintes qualificados. No plano procedimental, protocolos deliberativos que incorporem metodologias de análise multicritério (MCDA) permitiriam ponderar gravidade, eficácia, custo-efetividade, impacto orçamentário e equidade, em vez de decisões binárias de incorporação (Hermany; Machado, 2024). Audiências públicas deliberativas robustas e consultas abertas poderiam conferir legitimidade social e técnica às escolhas, enquanto a incorporação da inteligência artificial deve ser orientada por princípios de auditabilidade, transparência e responsabilidade (Hildebrandt, 2015), funcionando como apoio à decisão coletiva, não como substituto da pactuação. Uma alternativa concreta seria o desenvolvimento de uma Plataforma Federativa de Evidências em Saúde, controlada conjuntamente pelos entes federados, com acesso técnico do Judiciário para consultas, mas não como instrumento de recentralização de decisões.



O risco de degeneração em “consenso simulado”, amplamente reconhecido pela literatura de Direito Público (Chevallier, 2018; Ximenes, 2022), deve ser enfrentado mediante mecanismos de transparência radical, registro de divergências fundamentadas e cláusulas de salvaguarda municipal que acionem automaticamente apoio financeiro e logístico de Estados e União em situações de incapacidade local comprovada, sem necessidade de judicialização. Ao Judiciário caberia um papel reconfigurado, de fiscal do processo deliberativo, assegurando que este tenha sido participativo, técnico e não arbitrário, em vez de se posicionar como gestor substitutivo das políticas públicas (Moldero, 2025).

Um consensualismo federativo real não se confunde com ausência de conflito, mas com a institucionalização de processos legítimos de resolução. A lógica da judicialização, em que o “vencedor leva tudo”, deve ser substituída pela lógica da corresponsabilidade. Nesse modelo, a União equaliza e financia, os Estados coordenam redes regionais, os Municípios executam com autonomia, a técnica ilumina as escolhas, a política decide com transparência e o Judiciário fiscaliza o devido processo. Essa transição é complexa, mas necessária para garantir um SUS universal, integral, equânime e sustentável.

5. Conclusão

O percurso analítico desenvolvido ao longo deste trabalho permitiu sistematizar e aprofundar a compreensão da judicialização da saúde no Brasil à luz do julgamento do Tema 1234 do Supremo Tribunal Federal (RE 1.366.243/DF) e da criação da Plataforma Nacional de Ações de Saúde. O objetivo geral de investigar se tais mecanismos fortalecem um federalismo cooperativo real ou se configuram, antes, como instrumentos de imposição judicial disfarçada foi plenamente alcançado. Os objetivos específicos, reconstruir os fundamentos teóricos do consensualismo no Direito Público; analisar criticamente o julgamento do Tema 1234 e a institucionalização da Plataforma; e avaliar os impactos sobre a autonomia municipal e a governança federativa em saúde, também foram respondidos de modo consistente.

A pergunta de pesquisa que norteou a investigação se a Plataforma Nacional de Ações de Saúde representa uma expressão de consensualismo federativo real ou um consenso judicializado que limita a autonomia local e encontrou resposta clara. A análise documental, jurisprudencial e teórica demonstrou que, embora se declare a intenção de racionalizar a judicialização e uniformizar critérios, na prática prevalece a dinâmica de consenso judicializado, marcada pela verticalização das decisões e pela centralização da normatividade em instâncias judiciais superiores.



A hipótese formulada no início da pesquisa de que a Plataforma opera mais como instrumento de judicialização padronizada e de consenso simulado do que como espaço de governança cooperativa foi confirmada. Os achados revelam que o Supremo Tribunal Federal, ao fixar critérios cumulativos no Tema 1234 e ao articular sua implementação via plataforma digital sob supervisão do CNJ, assumiu papel de “terceiro oculto” no pacto federativo, deslocando o locus decisório das arenas federativas tradicionais (CIT, CIB, CIR) para um modelo judicial-tecnocrático.

A metodologia hermenêutico-analítica empregada mostrou-se adequada e bem-sucedida. A conjugação de análise bibliográfica, documental e jurisprudencial permitiu não apenas reconstruir os marcos normativos e teóricos, mas também identificar tensões práticas entre padronização judicial e autonomia municipal. O método, ao iluminar os sentidos constitucionais em disputa e confrontá-los com os efeitos institucionais concretos, evidenciou a fragilidade da pactuação federativa diante do avanço do Judiciário.

Os resultados alertam para riscos imediatos: a recentralização da governança sanitária em detrimento da pactuação horizontal; a fragilidade da autonomia municipal frente à sobreposição de critérios judiciais uniformes; e a tendência de transformar fóruns deliberativos em arenas formais de legitimação, sem redistribuição efetiva de poder. Em contrapartida, o estudo também aponta caminhos propositivos. A adoção de salvaguardas institucionais, como cláusulas de proteção da autonomia municipal e mecanismos de corresponsabilidade financeira, pode evitar a sobrecarga desigual de entes locais. O fortalecimento de arenas federativas reais, dotadas de maior transparência, capacidade técnica e vinculação decisória, é condição para que o consensualismo deixe de ser simulado e se converta em prática legítima. Por fim, o uso de inteligência artificial federativamente responsável, sob controle compartilhado entre União, Estados e Municípios, pode contribuir para qualificar decisões com base em evidências, sem substituir o diálogo federativo por algoritmos recentralizadores.

Conclui-se, portanto, que o modelo atual ainda está distante de um consensualismo federativo real. A judicialização segue sendo o eixo estruturante da governança em saúde, com forte protagonismo do STF e do CNJ. Contudo, ao evidenciar os limites e propor alternativas, este trabalho cumpre sua função crítica e abre perspectivas para um arranjo institucional em que a autonomia local seja valorizada e a cooperação federativa se materialize em processos decisórios legítimos, transparentes e sustentáveis.

REFERÊNCIAS



BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. *Justiça em Números 2023*. Brasília: CNJ, 2023.

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. *Relatório de Judicialização da Saúde 2023-2024*.

Brasília: CNJ, 2024. BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). *Judicialização da saúde no Brasil: panorama e desafios*. Brasília: CONASS, 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS – CONITEC. *Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas*. Brasília: MS, 2023.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. *Recurso Extraordinário n. 566.471/RS (Tema 6 da Repercussão Geral)*. Rel. Min. Marco Aurélio, j. 26 set. 2024. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br>. Acesso em: 6 out. 2025.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. *Recurso Extraordinário n. 1.366.243/DF (Tema 1234 da Repercussão Geral)*. Rel. Min. Luís Roberto Barroso, j. 16 set. 2024. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br>. Acesso em: 6 out. 2025.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. *Recurso Especial n. 1.657.156/RJ (Tema 106 dos Recursos Repetitivos)*. Rel. Min. Benedito Gonçalves, j. 25 abr. 2018. Disponível em: <https://www.stj.jus.br>. Acesso em: 6 out. 2025.

BUCCI, Maria Paula Dallari. *Judicialização da saúde e falência da política pública*. São Paulo: Saraiva, 2022.

CADIET, Loïc. *Case management judiciaire et déformalisation de la procédure*. *Revue Française d'Administration Publique*, n. 125, p. 133-150, 2008.

CAILLOSSE, Jacques. *Les figures croisées du juriste et du manager dans la politique française de réforme de l'État*. *Revue Française d'Administration Publique*, n. 105/106, p. 121-134, 2003.

CHEVALLIER, Jacques. *La gouvernance, un nouveau paradigme étatique?* *Revue Française d'Administration Publique*, n. 105/106, p. 203-217, 2003.

CHEVALLIER, Jacques. *La gouvernance: un nouveau paradigme étatique*. Paris: LGDJ, 2018.

CHEVALLIER, Jacques. *Le droit administratif entre science administrative et droit constitutionnel*. In: CURAPP. *Le droit administratif en mutation*. Paris: PUF, 1993. p. 11-40.

DOWBOR, Ladislau. *O que é poder local?* Imperatriz: Ética, 2016.

GIFREU FONT, Judith; RODRÍGUEZ BEAS, Marina. *Hacia una administración dialogante: la mediación administrativa como instrumento de buen gobierno*. Barcelona: Atelier, no prelo.

HERMANY, Ricardo; MACHADO, Betieli da Rosa Sauzem. *[Re]discutindo o espaço local: um olhar a partir do direito administrativo social multinível*. 2. ed. rev. e ampl. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2024.

HILDEBRANDT, Mireille. *Smart technologies and the end(s) of law*. Cheltenham: Edward



Elgar, 2015.

JAR, Carlos. *A judicialização da saúde no Brasil: impactos, diretrizes e aplicações do Tema 1234 do STF*. *Revista de Direito Público*, v. 18, n. 2, p. 45-68, 2024.

MACHADO, José Ângelo. *Pacto de gestão na saúde: até onde esperar uma “regionalização solidária e cooperativa”*. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, v. 24, n. 71, p. 105-119, 2009.

MACHADO, José Ângelo; ANDRADE, M. L. C. *Cooperação intergovernamental*. *Revista de Administração Pública*, v. 48, n. 3, p. 695-720, 2014.

MOLDERO, Leonardo. *Judicialização da saúde: quando o STF diz “não basta prescrição”*. *Migalhas*, no prelo. Disponível em: <https://www.migalhas.com.br>. Acesso em: 6 out. 2025.

PGE/SC – PROCURADORIA-GERAL DO ESTADO DE SANTA CATARINA. *Recurso da PGE/SC sobre divisão dos custos da judicialização da saúde tem maioria no STF e pode propiciar economia de mais de R\$ 300 milhões por ano ao Estado*. Florianópolis, 12 set. 2024. Disponível em: <https://www.pge.sc.gov.br/noticias/tema-1234/>. Acesso em: 6 out. 2025.

RABELO, Elysangela; GATTI, Giulio. *Judicialização da saúde no Brasil: desafios e tendências*. JOTA, no prelo. Disponível em: <https://www.jota.info/opiniao-e-analise/artigos/judicializacao-da-saude-no-brasil-desafios-e-tendencias>. Acesso em: 6 out. 2025.

SARLET, Ingo Wolfgang. *Direito à saúde e reserva do possível*. 7. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2023.

SOARES, Márcia Miranda; MACHADO, José Ângelo. *Federalismo e políticas públicas: o desafio da integração*. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2018.

STRECK, Lenio Luiz. *Jurisdição constitucional e hermenêutica: uma crítica à metáfora do legislador racional*. 10. ed. São Paulo: Saraiva, 2014.

STRECK, Lenio Luiz; GRAU, Eros Roberto. *Ativismo judicial sanitário e limites federativos*. *Revista de Direito Público*, v. 19, n. 2, p. 45-62, 2024.

XIMENES, Julia Maurmann. *A construção da cultura do consensualismo nas agências reguladoras e seus desafios*. *Revista da Advocacia-Geral da União*, Brasília, v. 21, n. 4, p. 117-142, 2022.