

JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE E TECNOLOGIAS EM DIABETES: MECANISMO DE EQUIDADE OU REPRODUÇÃO DE DESIGUALDADES?

The judicialization of health and technologies in diabetes: a mechanism for equity or a reproduction of inequalities?

Rodrigo de Azeredo Siqueira ¹

Matheus Manzoli Neves ²

Isabelle Duarte da Rocha ³

Patricia Maria Dusek ⁴

Resumo: O artigo examina a judicialização da saúde no Brasil a partir do acesso a tecnologias terapêuticas para o diabetes tipo 1, como sensores de monitorização contínua de glicose e bombas de insulina, problematizando sua função no âmbito do direito fundamental à saúde. Parte-se da hipótese de que, embora a atuação judicial constitua mecanismo de concretização do mínimo existencial e de controle de omissões estatais, sua operacionalização pode revelar assimetrias estruturais incompatíveis com o ideal constitucional de equidade. Desenvolve-se análise dogmática do direito à saúde como direito social de eficácia imediata, articulando os princípios da universalidade, integralidade e igualdade material com o debate contemporâneo sobre reserva do possível e responsabilidade solidária dos entes federativos. Em seguida, investiga-se, em perspectiva exploratória, o perfil socioeconômico e informacional dos indivíduos que recorrem ao Judiciário para obtenção dessas tecnologias, com o propósito de identificar condicionantes estruturais do acesso ao sistema de justiça. Sustenta-se que o caráter universal do direito não se projeta automaticamente sobre os mecanismos de sua exigibilidade, podendo a judicialização operar como filtro seletivo dependente de capital jurídico e informacional. Conclui-se que a judicialização representa instrumento relevante de efetivação de direitos, porém insuficiente para assegurar equidade distributiva, demandando respostas institucionais integradas entre o sistema de justiça e as políticas públicas de incorporação tecnológica em saúde.

Palavras-chave: Judicialização da saúde. Direito fundamental à saúde. Equidade. Tecnologias em diabetes tipo 1. Políticas públicas.

Abstract: This article examines health judicialization in Brazil through the lens of access to therapeutic technologies for type 1 diabetes, such as continuous glucose

¹ Professor do curso de Medicina da Universidade Iguazu (UNIG), Professor e pesquisador do Grupo de Pesquisa Pessoas em Vulnerabilidade e Direito da Universidade Iguazu. Doutor em endocrinologia pela UFRJ, <http://orcid.org/0000-0002-2967-678X>.

² Estudante de Direito da Universidade Iguazu, <http://orcid.org/0009-0002-8161-8437>.

³ Estudante de medicina da universidade Iguazu, <http://orcid.org/0009-0008-3574-2721>.

⁴ Professora e Pesquisadora no Programa de Mestrado e Doutorado em Desenvolvimento Local da Unisum e do Grupo de Pesquisa Pessoas em Vulnerabilidade e Direito da Universidade Iguazu. Docente do Curso de Direito da Universidade Estácio de Sá. Doutora em Direito pela Universidade Gama Filho, <http://orcid.org/0000-0003-3911-6943>.

monitoring systems and insulin pumps, questioning its role within the constitutional right to health. It advances the hypothesis that, although judicial intervention operates as a mechanism for enforcing the minimum core of social rights and for addressing governmental omissions, its practical implementation may reveal structural asymmetries incompatible with the constitutional ideal of substantive equality. The study develops a doctrinal analysis of the right to health as a social right of immediate applicability, articulating the principles of universality, comprehensiveness, and material equality with the contemporary debate on budgetary constraints and joint liability among federative entities. It further explores, from an empirical perspective, the socioeconomic and informational profile of individuals who resort to litigation to obtain such technologies, seeking to identify structural determinants of access to the justice system. The article argues that the universal character of the right does not automatically extend to the mechanisms through which it is claimed, as judicialization may function as a selective filter dependent on legal and informational capital. It concludes that judicialization constitutes a relevant instrument for rights enforcement, yet remains insufficient to ensure distributive equity, thus requiring coordinated institutional responses between the judiciary and public health policy.

Keywords: Health judicialization. Fundamental right to health. Equity. Type 1 diabetes technologies. Public health policy.

Recebido em: 26/02/2026

Aceito para publicação em: 26/03/2026

1. INTRODUÇÃO: UNIVERSALIDADE NORMATIVA E SELETIVIDADE DA EXIGIBILIDADE

É lugar comum afirmar que a Constituição de 1988 consagrou a saúde como direito de todos e dever do Estado, atribuindo-lhe eficácia imediata e densidade normativa suficiente para fundamentar pretensões subjetivas exigíveis em juízo. Também se tornou lugar comum reconhecer que a judicialização da saúde representa uma das expressões mais visíveis do constitucionalismo brasileiro contemporâneo, funcionando como mecanismo de controle de omissões administrativas e de concretização do mínimo existencial.

Menos comum, contudo, é indagar se a universalidade normativa do direito fundamental à saúde se projeta, com a mesma intensidade, sobre os instrumentos institucionais destinados a assegurar sua exigibilidade. A Constituição declara o direito universal; o acesso aos mecanismos de sua efetivação, entretanto, distribui-se de modo homogêneo? A possibilidade de recorrer ao Poder Judiciário, hoje um dos

principais meios de obtenção de prestações estatais em matéria de saúde, encontra-se igualmente acessível a todos os titulares do direito?

A tensão entre universalidade formal e seletividade prática revela problema estrutural que ultrapassa o debate tradicional entre ativismo judicial e deferência às políticas públicas. A questão central não reside apenas em saber se o Judiciário pode ou deve intervir, mas em compreender quem consegue mobilizar essa intervenção. O direito fundamental pode ser universal em seu enunciado, mas os caminhos institucionais para torná-lo efetivo podem depender de capitais sociais, econômicos e informacionais distribuídos de maneira desigual.

No campo das tecnologias terapêuticas aplicadas ao diabetes tipo 1, como sistemas de monitorização contínua de glicose e bombas de infusão de insulina, essa problemática assume contornos particularmente sensíveis. Trata-se de recursos que, em determinados perfis clínicos, desempenham papel decisivo na prevenção de eventos graves e na melhoria da qualidade de vida. Todavia, sua incorporação às políticas públicas nem sempre acompanha o ritmo da inovação científica, e o acesso administrativo permanece restrito ou condicionado a critérios específicos. Nesse contexto, a via judicial tem se consolidado como mecanismo relevante de obtenção dessas tecnologias.

A hipótese que orienta o presente estudo é a de que a judicialização da saúde, embora constitua instrumento legítimo de concretização do direito fundamental e de controle de omissões estatais, pode operar simultaneamente como filtro seletivo no interior de um sistema formalmente universal. A exigibilidade do direito não se apresenta, necessariamente, em condições equânimes para todos os sujeitos. Assim, a judicialização pode tanto funcionar como ferramenta de justiça distributiva quanto reproduzir desigualdades estruturais preexistentes no acesso à informação, à assistência jurídica e às redes institucionais.

Partindo dessa premissa, o artigo examina a judicialização da saúde no Brasil a partir do caso específico das tecnologias em diabetes tipo 1, articulando análise dogmático-constitucional do direito fundamental à saúde com reflexão crítica sobre vulnerabilidade social e barreiras estruturais de acesso ao sistema de justiça. Busca-se investigar se a atuação jurisdicional, nesse campo, promove igualdade material ou

se revela o paradoxo de um direito universal cuja efetivação depende de mecanismos seletivamente acessíveis.

O percurso metodológico combina abordagem dedutiva, com exame da estrutura normativa constitucional, e análise exploratória de julgados de pedidos ao Judiciário para obtenção dessas tecnologias. Ao final, pretende-se demonstrar que a judicialização é necessária, mas insuficiente para assegurar equidade distributiva, exigindo respostas institucionais integradas entre o sistema de justiça e as políticas públicas de incorporação tecnológica em saúde.

2. O DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE NA CONSTITUIÇÃO DE 1988

2.1 Saúde como direito social e dever do Estado

A Constituição da República de 1988 insere a saúde no rol dos direitos sociais, conferindo-lhe estatura de direito fundamental de natureza prestacional. O art. 6º da Constituição Federal estabelece que “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” (Brasil, 1988). A previsão constitucional não se limita à enunciação programática, sendo complementada pelo art. 196, segundo o qual “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” (Brasil, 1988).

A redação constitucional consagra dupla dimensão normativa: de um lado, reconhece titularidade universal do direito; de outro, impõe dever jurídico aos entes estatais de formular e executar políticas públicas aptas a assegurar acesso efetivo e igualitário às ações e serviços de saúde. A estruturação do Sistema Único de Saúde, disciplinada pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, concretiza esse comando constitucional ao estabelecer princípios e diretrizes que orientam a organização das ações e serviços públicos de saúde (Brasil, 1990).

Entre esses princípios, destacam-se a universalidade, a integralidade e a equidade. A universalidade impõe que todos os indivíduos, sem discriminação, possam acessar o sistema público de saúde. A integralidade exige que o cuidado seja prestado de forma contínua e articulada, abrangendo ações preventivas, curativas e reabilitadoras. Já a equidade orienta a alocação de recursos de modo a considerar desigualdades existentes, buscando compensar vulnerabilidades estruturais. A combinação desses princípios revela que o direito à saúde não se esgota na garantia formal de acesso, exigindo políticas distributivas que promovam justiça material no interior do sistema.

2.2 Igualdade formal versus igualdade material

O fundamento normativo da equidade em saúde conecta-se diretamente ao princípio da isonomia, previsto no art. 5º, caput, da Constituição Federal, segundo o qual “todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza” (Brasil, 1988). A leitura contemporânea desse dispositivo supera a concepção estritamente formal de igualdade, compreendendo-a como igualdade material ou substancial.

A igualdade formal limita-se a vedar discriminações explícitas, assegurando tratamento idêntico a todos os indivíduos perante a norma. Todavia, em contextos marcados por desigualdades socioeconômicas estruturais, a aplicação uniforme da regra jurídica pode perpetuar assimetrias preexistentes. A igualdade material, por sua vez, impõe ao Estado o dever de adotar medidas diferenciadas quando necessário para neutralizar desvantagens estruturais, realizando o postulado clássico de tratar desigualmente os desiguais na medida de suas desigualdades (Barroso, 2023).

No âmbito do direito à saúde, essa distinção assume relevância central. A mera abertura formal do sistema a todos os cidadãos não garante, por si só, acesso efetivo e equânime a tratamentos de maior complexidade ou custo elevado. A concretização do direito fundamental exige políticas públicas capazes de considerar fatores como vulnerabilidade socioeconômica, acesso à informação e capacidade de mobilização institucional. É nesse ponto que a análise da judicialização da saúde se insere: ao tensionar o ideal constitucional de igualdade material, questiona-se se o recurso ao Poder Judiciário opera como mecanismo de compensação de desigualdades ou se, ao

contrário, depende de capitais sociais e jurídicos que reproduzem assimetrias estruturais.

3. Vulnerabilidade social e barreiras estruturais de acesso

3.1 Conceito jurídico de vulnerabilidade

A noção de vulnerabilidade ocupa papel central na concretização de direitos fundamentais em sociedades marcadas por desigualdades estruturais. No plano jurídico, vulnerabilidade não se confunde com fragilidade individual (Fineman, 2022), mas refere-se a condições sociais, econômicas e institucionais que limitam a capacidade concreta de determinados grupos exercerem direitos formalmente assegurados. Trata-se de categoria relacional e contextual, que demanda análise das circunstâncias estruturais que condicionam o acesso a bens e serviços públicos (Sarlet, 2022).

A vulnerabilidade socioeconômica manifesta-se quando renda, escolaridade (Nussbaum, 2011), inserção no mercado de trabalho e condições habitacionais impactam diretamente a capacidade de um indivíduo compreender seus direitos, buscar informações e mobilizar mecanismos institucionais de proteção, evidenciando a distinção entre direito formal e capacidade real (Sen, 2022). No campo das tecnologias em saúde de maior complexidade, como sensores de monitorização contínua de glicose e bombas de insulina, tais fatores influenciam tanto o conhecimento sobre a existência dessas ferramentas quanto a possibilidade de reivindicá-las administrativa ou judicialmente (Wang, 2013).

A vulnerabilidade racial, por sua vez, deve ser compreendida à luz de processos históricos de exclusão e desigualdade que repercutem no acesso a serviços públicos e ao sistema de justiça (Almeida, 2019). Dados estruturais sobre renda, escolaridade e inserção profissional evidenciam que desigualdades raciais frequentemente se articulam com desigualdades econômicas, produzindo camadas cumulativas de desvantagem. Nesse contexto, o acesso a tecnologias de alto custo pode refletir não apenas critérios clínicos, mas também dinâmicas sociais que favorecem determinados grupos em detrimento de outros.

A análise jurídica contemporânea também reconhece a importância do capital social e informacional. Capital social refere-se às redes de apoio, contatos profissionais e capacidade de mobilização institucional que facilitam o trânsito por estruturas burocráticas (Bourdieu, 1998). Capital informacional, por sua vez, diz respeito ao conhecimento sobre direitos, políticas públicas disponíveis e estratégias de reivindicação. Em matéria de judicialização da saúde, esses capitais tornam-se decisivos: saber que determinado tratamento pode ser pleiteado judicialmente, conhecer precedentes favoráveis ou ter acesso a orientação jurídica especializada constitui diferencial relevante no exercício do direito de ação.

A vulnerabilidade social no campo da saúde não opera de maneira isolada, mas frequentemente assume caráter interseccional, combinando fatores econômicos, raciais, de gênero e territoriais. Mulheres cuidadoras (Hirata; Kergoat, 2007) de crianças com diabetes tipo 1, por exemplo, podem enfrentar dupla sobrecarga — clínica e econômica — ao tentar acessar tecnologias terapêuticas, especialmente em contextos de precarização do trabalho informal. A análise da judicialização deve, portanto, considerar tais camadas superpostas de desvantagem estrutural.

3.2 Barreiras institucionais no acesso às tecnologias

Além das vulnerabilidades estruturais, o acesso a tecnologias em saúde é condicionado por barreiras institucionais que se situam no interior da própria organização administrativa e judicial. A burocracia administrativa (Pires, 2011) figura como obstáculo recorrente. Procedimentos complexos, exigência de documentação extensa, demora na análise de pedidos e ausência de protocolos claros dificultam a obtenção de tratamentos não padronizados ou ainda não incorporados formalmente às políticas públicas.

A falta de informação adequada constitui outra barreira significativa. Muitos pacientes desconhecem a existência de tecnologias disponíveis, os critérios clínicos para sua indicação ou os canais administrativos para solicitação. A assimetria informacional entre usuários do sistema e estruturas administrativas contribui para que apenas parte dos indivíduos potencialmente elegíveis consiga formular pedidos adequados ou reunir documentação compatível com as exigências institucionais.

A dependência de laudos técnicos especializados representa barreira adicional. A obtenção de relatório médico detalhado, com fundamentação clínica consistente e alinhamento às exigências administrativas ou judiciais, pressupõe acesso a profissionais capacitados e disponibilidade de tempo para acompanhamento contínuo. Na prática, a qualidade e a precisão do laudo podem influenciar decisivamente o deferimento administrativo ou judicial do pedido, o que reforça a importância do capital técnico envolvido no processo.

A contratação de advogado particular, por sua vez, depende de recursos financeiros e redes de contato que não se distribuem de forma homogênea na sociedade. Diversos estudos recentes destacam que, apesar de seu caráter essencial, a Defensoria Pública enfrenta limitações estruturais que afetam sua capacidade de atendimento abrangente, o que resulta em desigualdades no acesso à representação jurídica e limita a paridade de armas no processo judicial, especialmente em matérias complexas (Cruz et al., 2025).

A experiência prática no acompanhamento de pacientes com diabetes tipo 1 evidencia que o percurso até a obtenção de tecnologias de maior complexidade frequentemente envolve múltiplas etapas: negativa administrativa, elaboração de laudo técnico minucioso, busca por orientação jurídica e, em muitos casos, ingresso de ação judicial. Observa-se que pacientes com maior escolaridade, melhor inserção socioeconômica ou redes de apoio mais estruturadas tendem a percorrer esse caminho com maior celeridade e eficácia. Essa constatação empírica reforça a hipótese de que vulnerabilidades sociais e barreiras institucionais interagem, condicionando de maneira diferenciada o exercício concreto do direito à saúde e preparando o terreno para a análise da judicialização como possível mecanismo compensatório ou reprodutor de desigualdades (Santos, 2013).

3.3 Vulnerabilidade informacional como forma contemporânea de exclusão

A dinâmica contemporânea de acesso a direitos fundamentais revela que a vulnerabilidade não se limita a fatores econômicos ou materiais. No contexto das políticas públicas complexas, especialmente no campo da saúde, emerge uma dimensão adicional de desigualdade: a vulnerabilidade informacional. Trata-se da

limitação concreta de acesso, compreensão e capacidade de mobilização de informações juridicamente relevantes para o exercício de direitos formalmente assegurados.

No campo das tecnologias aplicadas ao diabetes tipo 1, a assimetria informacional manifesta-se em múltiplos níveis. Primeiramente, muitos pacientes desconhecem a existência de alternativas terapêuticas, como sensores de monitorização contínua de glicose ou sistemas automatizados de infusão de insulina. Em segundo lugar, mesmo quando têm ciência dessas tecnologias, não dispõem de informações claras acerca dos critérios clínicos de indicação, dos protocolos administrativos de solicitação ou da existência de precedentes judiciais favoráveis. Por fim, a própria linguagem técnica — médica e jurídica — pode funcionar como barreira cognitiva que dificulta a formulação adequada de demandas.

A vulnerabilidade informacional assume relevância jurídica na medida em que afeta diretamente a capacidade de exercício do direito de ação e do direito de petição perante a Administração Pública. O acesso à justiça, embora formalmente universal, depende da capacidade de identificar a violação de um direito e de compreender os meios institucionais disponíveis para sua reivindicação. Nesse sentido, o déficit informacional pode operar como mecanismo silencioso de exclusão, produzindo desigualdade material mesmo na ausência de discriminação explícita (Lotta, 2019).

A teoria contemporânea dos direitos fundamentais reconhece que a efetividade normativa não se esgota na previsão constitucional, exigindo condições estruturais para seu exercício. Quando o acesso à informação qualificada se concentra em determinados estratos sociais — em razão de maior escolaridade, inserção em centros urbanos especializados ou participação em redes associativas — o exercício do direito à saúde passa a depender de capitais cognitivos e relacionais distribuídos de forma desigual. A judicialização, nesse cenário, tende a refletir não apenas necessidades clínicas, mas também a distribuição social do conhecimento sobre direitos.

Assim, a vulnerabilidade informacional pode ser compreendida como categoria analítica autônoma no estudo da judicialização da saúde. Ela evidencia que a universalidade normativa do direito não garante, por si só, universalidade de acesso

aos instrumentos de sua exigibilidade. A redução dessa forma de exclusão demanda políticas públicas de transparência ativa, educação em direitos, simplificação de procedimentos administrativos e fortalecimento de canais institucionais de orientação jurídica. Somente mediante tais medidas será possível mitigar o impacto das assimetrias informacionais na concretização do direito fundamental à saúde.

4. Judicialização da saúde no Brasil

4.1 Evolução jurisprudencial

A judicialização da saúde consolidou-se, nas últimas décadas, como fenômeno estrutural do constitucionalismo brasileiro, especialmente a partir do reconhecimento do direito à saúde como direito fundamental de eficácia imediata. A jurisprudência do Supremo Tribunal Federal passou a admitir a intervenção judicial destinada a assegurar prestações estatais quando configurada omissão ou insuficiência das políticas públicas, particularmente em demandas envolvendo o fornecimento de medicamentos e tratamentos indispensáveis à preservação da vida e da dignidade da pessoa humana.

Em precedentes paradigmáticos, a Corte assentou que o direito à saúde possui dimensão subjetiva exigível em juízo, não se restringindo a enunciado programático. No julgamento do Recurso Extraordinário nº 566.471/RS, discutiu-se a responsabilidade estatal pelo fornecimento de medicamentos não incorporados às listas oficiais, estabelecendo-se parâmetros para a atuação judicial em hipóteses excepcionais (BRASIL, 2019). Posteriormente, no julgamento do Tema 793 da repercussão geral, o Supremo Tribunal Federal firmou entendimento quanto à responsabilidade solidária dos entes federativos na prestação de serviços de saúde, reconhecendo que União, Estados e Municípios podem ser demandados conjuntamente para assegurar a efetividade do direito fundamental (Brasil, 2020).

Esses marcos jurisprudenciais evidenciam a consolidação de uma compreensão ampliada da proteção jurisdicional à saúde, ao mesmo tempo em que introduzem critérios de racionalização da intervenção judicial. Nesse contexto, o debate entre a reserva do possível e o mínimo existencial ganhou centralidade. A

reserva do possível é frequentemente invocada como limite decorrente de restrições orçamentárias e da necessidade de planejamento administrativo. Por outro lado, o conceito de mínimo existencial afirma a existência de um núcleo essencial de direitos que não pode ser negado sob o argumento genérico de insuficiência de recursos.

A tensão entre esses dois polos revela o desafio de equilibrar proteção individual e sustentabilidade sistêmica. A jurisprudência evoluiu no sentido de exigir demonstração concreta de inviabilidade financeira e de considerar a essencialidade do tratamento pleiteado, afastando alegações abstratas de limitação orçamentária. Assim, a atuação judicial passou a ser compreendida como mecanismo de controle da omissão estatal, sem que isso implique substituição integral do planejamento das políticas públicas.

4.2 A judicialização como instrumento de efetivação de direitos

Sob a perspectiva pró-equidade, a judicialização da saúde pode ser compreendida como instrumento de concretização do direito fundamental à saúde em contextos de falha ou insuficiência administrativa. Ao permitir que indivíduos busquem tutela jurisdicional para assegurar tratamentos indispensáveis, o Poder Judiciário atua como instância de garantia do mínimo existencial, especialmente em situações de urgência ou risco à integridade física.

Esse argumento sustenta que a intervenção judicial pode corrigir assimetrias produzidas pela morosidade administrativa, pela ausência de protocolos atualizados ou pela demora na incorporação de novas tecnologias ao sistema público de saúde. Em determinadas circunstâncias, a decisão judicial funciona como mecanismo de inclusão, assegurando acesso a terapias que, embora clinicamente indicadas, não se encontram disponíveis no âmbito das políticas públicas vigentes.

Além das decisões individuais, a judicialização também pode produzir efeitos estruturantes. Determinados precedentes contribuem para uniformizar entendimentos, estimular a revisão de protocolos administrativos e induzir o poder público ao aprimoramento dos critérios de incorporação tecnológica. A atuação coordenada entre magistrados, órgãos técnicos e instâncias administrativas pode, nesse sentido,

favorecer maior racionalidade e transparência na formulação de políticas públicas de saúde.

Contudo, a compreensão da judicialização como instrumento de efetivação de direitos não exclui a necessidade de análise crítica quanto aos seus efeitos distributivos. Se, por um lado, ela opera como mecanismo de proteção individual, por outro, seus impactos sistêmicos dependem das condições concretas de acesso ao sistema de justiça. É nesse ponto que se insere o debate central deste estudo: a judicialização pode representar ferramenta relevante de promoção da equidade, mas sua capacidade de cumprir tal função deve ser examinada à luz das desigualdades estruturais que permeiam tanto o sistema de saúde quanto o próprio acesso à justiça.

5. TECNOLOGIAS EM DIABETES TIPO 1 E ACESSO DIFERENCIADO

5.1 Sensores e bombas de insulina como tratamento essencial

O diabetes mellitus tipo 1 caracteriza-se por deficiência absoluta de insulina, exigindo terapia intensiva e monitorização glicêmica contínua para prevenção de complicações agudas e crônicas. Nas últimas duas décadas, tecnologias como os sistemas de monitorização contínua de glicose e as bombas de infusão contínua de insulina passaram a integrar o padrão de cuidado em diversos países, especialmente em pacientes com maior risco de hipoglicemia, elevada variabilidade glicêmica ou dificuldade persistente de controle metabólico.

Os sensores de glicose permitem acompanhamento praticamente contínuo dos níveis glicêmicos, com emissão de alertas preditivos e identificação de tendências glicêmicas, contribuindo para a redução de episódios graves de hipoglicemia e de internações associadas. As bombas de insulina, por sua vez, possibilitam administração basal ajustável e bolus programáveis, aproximando o tratamento do padrão fisiológico de secreção insulínica e favorecendo maior estabilidade metabólica. A literatura científica descreve melhora do controle glicêmico, redução de eventos agudos e menor sobrecarga terapêutica quando comparadas a esquemas convencionais em perfis específicos de pacientes.

Além dos indicadores clínicos, o impacto sobre a qualidade de vida constitui elemento relevante. A redução do medo de hipoglicemia, a maior previsibilidade no manejo cotidiano da doença e a diminuição da necessidade de intervenções invasivas frequentes repercutem diretamente na autonomia, na inserção social e no desempenho acadêmico ou profissional dos indivíduos. Em pacientes pediátricos e adolescentes, tais tecnologias também influenciam a dinâmica familiar, reduzindo a ansiedade dos cuidadores e ampliando a segurança em ambientes escolares e sociais.

Nesse contexto, embora nem todos os casos demandem obrigatoriamente tais recursos, existem situações clínicas nas quais a indicação técnica ultrapassa o caráter meramente adjuvante, assumindo natureza potencialmente essencial para a preservação da saúde e prevenção de eventos adversos graves. A definição do caráter essencial ou complementar da tecnologia assume relevância jurídica na análise da legitimidade da intervenção judicial.

5.2 A judicialização para acesso ao fornecimento de Sensores e bombas de insulina como tratamento essencial no SUS

O direito à saúde constitui direito fundamental social expressamente previsto no artigo 196 da Constituição Federal, sendo dever do Estado assegurar o acesso universal e igualitário às ações e serviços necessários à sua promoção, proteção e recuperação. Trata-se de norma de eficácia imediata, que confere ao cidadão verdadeiro direito público subjetivo à prestação estatal, podendo ser exigido judicialmente quando não assegurado pelas políticas públicas existentes (Sarlet; Figueiredo, 2014).

Nesse contexto, a discussão acerca do fornecimento judicial de medicamentos e insumos evoluiu significativamente no âmbito doutrinário e jurisprudencial. Se, em momento anterior, o debate concentrava-se na oposição entre as teses do mínimo existencial e da reserva do possível, atualmente a controvérsia deslocou-se para a análise dos critérios técnicos relacionados à incorporação de tecnologias ao Sistema Único de Saúde, bem como para a distinção entre medicamentos e insumos e a observância dos requisitos fixados pelos tribunais superiores. Conforme observa Barroso (2009), a judicialização da saúde constitui fenômeno decorrente da própria

constitucionalização dos direitos sociais, cabendo ao Poder Judiciário atuar como garantidor desses direitos quando evidenciada a omissão ou insuficiência da atuação estatal.

Sob essa ótica, o Supremo Tribunal Federal consolidou entendimento no sentido de que o direito à saúde constitui direito fundamental de aplicação imediata, sendo possível ao cidadão pleitear judicialmente o fornecimento de tratamentos, medicamentos e insumos necessários à preservação de sua saúde, desde que demonstradas a necessidade clínica e a incapacidade financeira para custeá-los. Ademais, reconheceu-se a responsabilidade solidária dos entes federativos na prestação de serviços de saúde, facultando ao jurisdicionado demandar qualquer deles para assegurar o tratamento necessário (Brasil, 2019).

Especificamente quanto ao fornecimento de tecnologias não incorporadas ao SUS, o Supremo Tribunal Federal, ao julgar o Recurso Extraordinário nº 566.471/RS, sob o regime da repercussão geral, fixou entendimento no sentido de que o fornecimento judicial constitui medida excepcional, condicionada ao preenchimento cumulativo de requisitos, dentre os quais se destacam o registro do produto na Agência Nacional de Vigilância Sanitária, a inexistência de substituto terapêutico disponível no SUS, a comprovação de eficácia científica, a apresentação de laudo médico circunstanciado e a demonstração da incapacidade financeira do paciente (Brasil, 2019).

No mesmo sentido, o Superior Tribunal de Justiça reafirmou que a concessão judicial de medicamentos ou insumos não incorporados ao SUS exige a comprovação inequívoca de sua imprescindibilidade clínica, bem como a ausência de alternativas terapêuticas eficazes já disponibilizadas pela rede pública, evitando-se a substituição indevida das políticas públicas pelo Poder Judiciário (Brasil, 2017).

No âmbito dos tribunais estaduais, a aplicação desses parâmetros ocorre de forma casuística, conforme as particularidades de cada caso concreto. O Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo, ao julgar a Apelação Cível nº 1000424-69.2022.8.26.0223, reconheceu a obrigatoriedade do fornecimento de sistema de infusão contínua de insulina e insumos correlatos diante da comprovação da

necessidade clínica do paciente e da ineficácia dos tratamentos convencionais disponibilizados pelo SUS (São Paulo, 2025).

Por outro lado, o mesmo tribunal, ao analisar a Apelação Cível nº 1088226-62.2024.8.26.0053, entendeu pela improcedência do pedido de fornecimento de bomba de infusão de insulina, sob o fundamento de ausência de comprovação inequívoca da superioridade clínica do insumo em relação às terapias já disponibilizadas pelo SUS (São Paulo, 2025).

No âmbito do Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro, verifica-se igualmente o reconhecimento do direito ao fornecimento de insumos necessários ao tratamento do diabetes mellitus tipo 1 quando demonstrada sua imprescindibilidade clínica. Em julgamento recente, reconheceu-se a responsabilidade solidária dos entes federativos e determinou-se o fornecimento de sistema de infusão contínua de insulina e insumos correlatos diante da comprovação da necessidade médica e do risco de agravamento do quadro clínico (Rio de Janeiro, 2025).

De igual modo, no âmbito da saúde suplementar, o Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro reconheceu a obrigatoriedade de cobertura de insumos necessários ao tratamento do diabetes tipo 1, incluindo sensor de monitoramento contínuo de glicose e insulinas prescritas, afastando alegação de exclusão contratual e reconhecendo a relevância terapêutica desses dispositivos (Rio de Janeiro, 2023).

A doutrina destaca que o critério determinante para a concessão judicial não consiste na mera existência de tecnologia mais moderna, mas na comprovação de sua necessidade concreta para a preservação da saúde do paciente. Nesse sentido, a intervenção judicial mostra-se legítima quando evidenciada a insuficiência das políticas públicas existentes e a necessidade de assegurar a efetividade do direito fundamental à saúde (Marques, 2018).

Destaca-se ainda a distinção jurídica entre medicamentos e insumos, frequentemente classificados como produtos para saúde. Tal distinção possui relevância jurídica significativa, uma vez que determinados parâmetros jurisprudenciais aplicam-se especificamente aos medicamentos, não abrangendo necessariamente os insumos, o que contribui para decisões divergentes sobre a matéria.

Dessa forma, verifica-se que o fornecimento judicial de insumos destinados ao tratamento do diabetes mellitus tipo 1, embora registrados perante órgãos reguladores e previstos no âmbito da saúde suplementar, mas ainda não incorporados ao SUS, permanece objeto de controvérsia jurisprudencial. A análise dessas demandas ocorre à luz das circunstâncias específicas de cada caso concreto, especialmente quanto à comprovação da necessidade clínica, à inexistência de alternativas terapêuticas eficazes no SUS e à incapacidade financeira do paciente.

Conclui-se, portanto, que a matéria ainda se encontra em processo de consolidação jurisprudencial, cabendo ao Poder Judiciário analisar cada caso individualmente à luz dos critérios fixados pelos tribunais superiores, de modo a assegurar a efetividade do direito fundamental à saúde sem comprometer a racionalidade e a sustentabilidade das políticas públicas sanitárias.

6. A JUDICIALIZAÇÃO PROMOVE EQUIDADE OU REPRODUZ DESIGUALDADES?

O debate acerca da judicialização da saúde não pode ser reduzido à dicotomia entre ativismo e deferência institucional. A questão central reside em compreender seus efeitos distributivos concretos: se opera como instrumento de realização da igualdade material ou se, em determinadas circunstâncias, reproduz desigualdades estruturais já existentes no sistema de saúde e no acesso à Justiça.

6.1 A tese da judicialização como ferramenta de justiça social

Sob a perspectiva da efetividade dos direitos fundamentais, a judicialização pode ser compreendida como mecanismo legítimo de concretização do mínimo existencial. Quando políticas públicas se mostram insuficientes ou excessivamente lentas na incorporação de novas tecnologias, o recurso ao Poder Judiciário funciona como via de correção de omissões estatais e de proteção imediata da dignidade da pessoa humana.

No contexto do diabetes tipo 1, especialmente em casos de risco aumentado de hipoglicemias graves ou de controle metabólico inadequado, a decisão judicial pode assegurar acesso tempestivo a tecnologias clinicamente indicadas, evitando danos

irreversíveis. Nesse sentido, a atuação jurisdicional assume caráter compensatório, buscando neutralizar desigualdades decorrentes da incapacidade administrativa de atender, de modo uniforme, às necessidades individuais (Wang, 2013).

Além disso, decisões reiteradas em determinado sentido podem exercer função indutiva sobre a administração pública, estimulando a revisão de protocolos e o aperfeiçoamento de critérios de incorporação tecnológica. Sob esse prisma, a judicialização não apenas resolve casos individuais, mas contribui para a expansão do padrão de proteção social, funcionando como instrumento de justiça distributiva em ambientes de escassez institucional.

6.2 A tese crítica: seletividade estrutural do acesso à Justiça

Entretanto, a análise empírica e estrutural do fenômeno revela elementos que tensionam essa narrativa. O acesso ao Poder Judiciário pressupõe condições que não se distribuem de forma homogênea na sociedade. A primeira questão é informacional: quem sabe que pode judicializar? O conhecimento acerca da possibilidade de reivindicação judicial, da existência de precedentes favoráveis e dos caminhos processuais disponíveis depende de capital informacional frequentemente concentrado em determinados estratos sociais.

A segunda dimensão é econômica e organizacional: quem possui advogado ou acesso efetivo à Defensoria Pública? Embora a assistência jurídica gratuita represente avanço institucional relevante, sua capacidade estrutural mostra-se limitada diante da demanda crescente e da complexidade técnica envolvida em litígios de saúde. A contratação de advogado particular, por sua vez, depende de recursos financeiros e redes de contato que não se distribuem de forma equânime na sociedade.

Há ainda barreiras práticas relevantes: quem consegue organizar documentação clínica detalhada, reunir exames, obter laudos técnicos consistentes e acompanhar o trâmite processual? A judicialização exige tempo, disponibilidade e, em muitos casos, comparecimento a audiências ou diligências. Indivíduos inseridos em ocupações precárias ou informais podem enfrentar maior dificuldade para se ausentar do trabalho ou dedicar-se às exigências processuais, sob pena de prejuízo econômico imediato.

Esses fatores indicam que a judicialização, embora formalmente aberta a todos, pode operar como mecanismo seletivo na prática. A efetividade do direito de ação depende de capitais sociais, jurídicos e informacionais acumulados de maneira desigual. A consequência possível é a formação de um padrão de acesso diferenciado às tecnologias em saúde, no qual aqueles mais aptos a mobilizar o sistema de justiça obtêm respostas mais céleres ou eficazes.

6.3 O paradoxo da universalidade

É nesse ponto que emerge o paradoxo central deste estudo. A Constituição Federal de 1988 estabelece a saúde como direito de todos, assegurando acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde. Contudo, o mecanismo de exigibilidade mais efetivo em situações de negativa administrativa — a via judicial — não é acessado em condições equivalentes por todos os titulares do direito.

O direito fundamental possui vocação universal; entretanto, o percurso institucional necessário para torná-lo concreto pode revelar-se estruturalmente desigual. A universalidade normativa não garante, por si só, universalidade de acesso ao instrumento responsável por assegurar sua realização. Assim, a judicialização pode simultaneamente funcionar como mecanismo de inclusão individual e como filtro distributivo coletivo.

A contribuição teórica proposta consiste no reconhecimento dessa ambivalência. Não se trata de negar a legitimidade da intervenção judicial, tampouco de sustentar sua supressão, mas de compreender que sua capacidade de promover equidade depende das condições estruturais de acesso ao sistema de justiça. Quando tais condições reproduzem desigualdades sociais preexistentes, a judicialização corre o risco de consolidar assimetrias sob a aparência de neutralidade formal.

A resposta à pergunta central — se a judicialização promove equidade ou reproduz desigualdades — não é, portanto, binária. Ela depende da interação entre o desenho institucional, as políticas públicas de incorporação tecnológica e os mecanismos de ampliação do acesso à Justiça. Reconhecer o paradoxo da universalidade constitui passo fundamental para avançar em direção a soluções

estruturais capazes de aproximar a promessa constitucional de igualdade material de sua efetiva realização.

7. PROPOSTAS PARA UMA JUDICIALIZAÇÃO MAIS EQUITATIVA

O reconhecimento da ambivalência da judicialização da saúde impõe a formulação de respostas institucionais capazes de preservar sua função de garantia do direito fundamental à saúde, ao mesmo tempo em que reduzam seus potenciais efeitos distributivos indesejados. A construção de uma judicialização mais equitativa demanda medidas articuladas tanto no âmbito do sistema de justiça quanto no campo das políticas públicas de saúde.

A criação e o fortalecimento de núcleos públicos especializados em demandas de saúde constituem passo relevante nesse sentido. Estruturas técnicas vinculadas ao Poder Judiciário, com apoio multiprofissional qualificado, podem contribuir para decisões mais uniformes, fundamentadas em critérios clínicos e científicos transparentes, reduzindo disparidades decorrentes de interpretações isoladas. A especialização institucional favorece maior racionalidade decisória e diminui a dependência exclusiva da capacidade argumentativa das partes.

Paralelamente, a adequada estruturação da Defensoria Pública revela-se essencial para assegurar acesso equânime ao sistema de justiça. A ampliação de equipes, a capacitação técnica específica em temas relacionados à saúde e a integração com serviços públicos especializados podem mitigar assimetrias decorrentes da contratação de advocacia privada. Uma Defensoria fortalecida amplia a possibilidade de que indivíduos em situação de vulnerabilidade socioeconômica exerçam, de modo efetivo, o direito de ação.

No plano administrativo, a adoção de protocolos claros, objetivos e publicamente acessíveis para solicitação de tecnologias em saúde tende a reduzir a necessidade de judicialização. Critérios transparentes de indicação clínica, prazos definidos para análise de pedidos e canais administrativos eficazes diminuem a opacidade do processo decisório e conferem maior previsibilidade ao usuário do sistema. A redução da incerteza administrativa constitui elemento central para a promoção da equidade.

A ampliação da incorporação tecnológica no Sistema Único de Saúde, quando respaldada por análise técnica e avaliação econômica consistentes, também representa estratégia estrutural relevante. A atualização periódica de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas, acompanhada de planejamento orçamentário adequado, reduz a defasagem entre inovação científica e política pública. Quanto mais abrangente e tempestiva for a incorporação de tecnologias com benefício comprovado, menor tende a ser a necessidade de soluções individuais por via judicial.

Por fim, a consolidação de políticas públicas baseadas em evidências deve orientar tanto a administração pública quanto o Poder Judiciário. A articulação entre avaliação de tecnologias em saúde, análise de custo-efetividade e transparência decisória contribui para harmonizar proteção individual e sustentabilidade sistêmica. A judicialização não deve substituir a política pública, mas funcionar como instância de controle e aperfeiçoamento institucional.

Uma judicialização mais equitativa não decorre da restrição do acesso à justiça, mas do fortalecimento simultâneo das estruturas administrativas e jurisdicionais responsáveis pela concretização do direito à saúde. Ao integrar especialização técnica, ampliação do acesso jurídico e políticas públicas fundamentadas em evidências, torna-se possível aproximar a promessa constitucional de universalidade de sua efetiva realização material no campo das tecnologias em saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo partiu da indagação central acerca do papel da judicialização da saúde no acesso a tecnologias em diabetes tipo 1: trata-se de mecanismo de promoção da equidade material ou de reprodução de desigualdades estruturais? A análise desenvolvida demonstrou que a resposta não comporta simplificações reducionistas. A judicialização consolidou-se como instrumento relevante de concretização do direito fundamental à saúde, especialmente em contextos marcados por omissão administrativa ou pela demora na incorporação de tecnologias clinicamente indicadas. Em situações individuais, a intervenção judicial

pode representar garantia efetiva do mínimo existencial e mecanismo de proteção à dignidade da pessoa humana.

Todavia, a investigação teórica e empírica evidencia que o acesso ao sistema de justiça não se distribui de maneira homogênea entre os diferentes grupos sociais. A mobilização da via judicial depende, em grande medida, da disponibilidade de capital informacional, suporte técnico especializado, redes de apoio institucional e condições materiais que não se encontram igualmente acessíveis a todos os titulares do direito. Desse modo, embora a universalidade do direito à saúde esteja constitucionalmente assegurada, o mecanismo destinado à sua exigibilidade pode revelar assimetrias estruturais persistentes, configurando o paradoxo da universalidade identificado ao longo do trabalho.

Conclui-se, portanto, que a judicialização constitui instrumento necessário, porém insuficiente. Necessário, na medida em que atua como instância de controle das omissões estatais e como mecanismo de proteção diante de situações concretas de vulnerabilidade e risco à saúde. Insuficiente, entretanto, porque não substitui a formulação e implementação de políticas públicas estruturais capazes de assegurar acesso amplo, previsível e equânime às tecnologias em saúde.

A superação das desigualdades no acesso às tecnologias relacionadas ao diabetes tipo 1 exige respostas institucionais integradas, envolvendo o aprimoramento dos processos de incorporação tecnológica no Sistema Único de Saúde, o fortalecimento das estruturas públicas de assistência jurídica e a adoção de protocolos administrativos transparentes, objetivos e fundamentados em evidências científicas. Somente por meio da articulação entre políticas públicas estruturais, racionalidade decisória e ampliação do acesso institucional será possível aproximar a promessa constitucional de universalidade e equidade de sua efetiva concretização no plano material.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Silvio Luiz de. Racismo estrutural. São Paulo: Pólen, 2019.

BARROSO, Luís Roberto. Da falta de efetividade à judicialização excessiva: direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros para a atuação judicial. *Revista de Direito Administrativo*, Rio de Janeiro, v. 243, p. 199–227, 2006.

BARROSO, Luís Roberto. Judicialização, ativismo judicial e legitimidade democrática. *Revista de Direito Administrativo*, Rio de Janeiro, v. 244, p. 1–38, 2009.

BARROSO, Luís Roberto. Curso de direito constitucional contemporâneo: os conceitos fundamentais e a construção do novo modelo. 10. ed. São Paulo: Saraiva, 2023.

BOURDIEU, Pierre. O capital social: notas provisórias. In: NOGUEIRA, Maria Alice; CATANI, Afrânio (org.). *Escritos de educação*. Petrópolis: Vozes, 1998. p. 65–69.

Brasil. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 20 set. 1990.

Brasil. Supremo Tribunal Federal. Tema 793 da repercussão geral. Responsabilidade solidária dos entes federativos no dever de prestar assistência à saúde. Brasília, DF.

BULOS, Uadi Lammêgo. Curso de direito constitucional. 11. ed. São Paulo: Saraiva, 2022.

CANOTILHO, J. J. Gomes. *Direito constitucional e teoria da Constituição*. 7. ed. Coimbra: Almedina, 2003.

CRUZ, Maria Marta Pires Batista; FREITAS, Giselle Karolina Gomes; SAMPAIO, Daniel Carvalho et al. *The Public Defender's Office: a function essential for access to justice and for guaranteeing equality of arms in legal proceedings*. São Paulo: Editora Impacto Científico, 2025.

HIRATA, Helena; KERGOAT, Danièle. Novas configurações da divisão sexual do trabalho. *Cadernos de Pesquisa*, São Paulo, v. 37, n. 132, p. 595–609, 2007.

LOTTA, Gabriela Spanghero. *Implementação de políticas públicas: teoria e prática*. Belo Horizonte: PUC Minas, 2019.

MARQUES, Silvia Badim. *Judicialização da saúde e políticas públicas*. São Paulo: Saraiva, 2018.

MENDES, Gilmar Ferreira; BRANCO, Paulo Gustavo Gonet. Curso de direito constitucional. 16. ed. São Paulo: Saraiva, 2021.

NUSSBAUM, Martha C. *Creating capabilities: the human development approach*. Cambridge: Harvard University Press, 2011.

PIRES, Roberto Rocha C. *Burocracias, discricionariedade e democracia: alternativas para o dilema entre controle do poder administrativo e capacidade de implementação*. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, São Paulo, v. 26, n. 77, p. 5–21, 2011.

Rio de Janeiro (Estado). Tribunal de Justiça. *Apelação Cível nº 0807160-14.2023.8.19.0202*. Relator: Des. Mauro Pereira Martins. Rio de Janeiro: Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro, 2023.

SARLET, Ingo Wolfgang. *A eficácia dos direitos fundamentais: uma teoria geral dos direitos fundamentais na perspectiva constitucional*. 13. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2018.

SARLET, Ingo Wolfgang; FIGUEIREDO, Mariana Filchtiner. *Direito fundamental à saúde: aspectos teóricos e práticos*. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2014.

SARLET, Ingo Wolfgang; FIGUEIREDO, Mariana Filchtiner. *Reserva do possível, mínimo existencial e direito à saúde: algumas aproximações*. *Revista de Direito Administrativo*, Rio de Janeiro, v. 253, p. 27–52, 2010.

SANTOS, Boaventura de Sousa. *Pela mão de Alice: o social e o político na pós-modernidade*. 14. ed. São Paulo: Cortez, 2013.

SANTOS, Lenir. *Direito à saúde e judicialização: fundamentos e limites*. Campinas: Saberes Editora, 2010.

São Paulo (Estado). Tribunal de Justiça. *Apelação Cível nº 1020381-13.2024.8.26.0053*. Relator: Des. Spoladore Dominguez. São Paulo: Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo, 2025.

SÃO PAULO (Estado). Tribunal de Justiça. *Apelação Cível nº 1088226-62.2024.8.26.0053*. Relator: Des. Fausto Dalmaschino Ferreira. São Paulo: Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo, 2025.

SEN, Amartya. *Desenvolvimento como liberdade*. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.

VENTURA, Deisy de Freitas Lima; SIMAS, Luciana; PEPE, Vera Lúcia Edais. *Judicialização da saúde, acesso à justiça e efetivação do direito à saúde*. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 77–98, 2010.

*JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE E TECNOLOGIAS EM DIABETES:
MECANISMO DE EQUIDADE OU REPRODUÇÃO DE
DESIGUALDADES?*

*Rodrigo de Azeredo Siqueira
Matheus Manzoli Neves
Isabelle Duarte da Rocha
Patricia Maria Dusek*

WANG, Daniel Wei Liang. *Direito à saúde e judicialização: análise da atuação do Judiciário nas demandas por medicamentos*. São Paulo: Saraiva, 2013.