

A JUDICIALIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS APÓS O TEMA 1234 DO SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL: GOVERNANÇA SANITÁRIA, FEDERALISMO COOPERATIVO E EFETIVAÇÃO DO DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE

THE JUDICIALIZATION OF MEDICINES FOLLOWING TOPIC 1234 OF THE
SUPREME FEDERAL COURT: SANITARY GOVERNANCE, COOPERATIVE
FEDERALISM, AND THE REALIZATION OF THE FUNDAMENTAL RIGHT TO
HEALTH

Ciências Sociais Aplicadas • 02/08/2026

REGISTRO DOI: [10.70773/revistatopicos/785451934](https://doi.org/10.70773/revistatopicos/785451934)

Flavio Cavalcante de Assis¹

Gustavo Paschoal Teixeira de Castro Oliveira²

RESUMO

A crescente judicialização de medicamentos tem provocado relevantes debates acerca dos limites da atuação do Poder Judiciário na efetivação do direito fundamental à saúde e na organização das políticas públicas do Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse contexto, o presente artigo analisa os impactos jurídicos, sanitários e institucionais do Tema 1234 da Repercussão Geral do Supremo Tribunal Federal, com enfoque na governança sanitária, no federalismo cooperativo e na proteção do direito à saúde. A pesquisa parte da seguinte problemática: em que medida o Tema 1234 inaugura um novo modelo de governança sanitária na judicialização de medicamentos e quais são seus reflexos para a efetivação do direito fundamental à saúde? Adotou-se abordagem qualitativa, de natureza aplicada, mediante pesquisa bibliográfica e documental, com análise da Constituição Federal de 1988, da legislação sanitária, dos precedentes do Supremo Tribunal Federal e da literatura especializada em Direito Constitucional e Direito Sanitário. Os resultados evidenciam que o Tema 1234 representa uma evolução da jurisprudência constitucional ao fortalecer a cooperação entre os entes federativos, valorizar as instâncias técnico-científicas do SUS e incorporar critérios relacionados à medicina baseada em evidências na solução das demandas judiciais envolvendo medicamentos. Conclui-se que o precedente contribui para uma judicialização mais racional, uniforme e institucionalmente coordenada, sem afastar a necessidade de preservação do acesso à justiça e da proteção das pessoas em situação de vulnerabilidade, reafirmando o equilíbrio entre a efetividade do direito à saúde e a sustentabilidade das políticas públicas.

Palavras-chave: judicialização da saúde; Tema 1234; Supremo Tribunal Federal; direito à saúde.

ABSTRACT

The growing judicialization of access to medicines has intensified debates regarding the limits of judicial intervention in the enforcement of the fundamental right to health and in the organization of public health policies within the Brazilian Unified Health System (SUS). This article analyzes the legal, institutional, and public health impacts of Theme 1234 of the Brazilian Supreme Federal Court, focusing on health governance, cooperative federalism, and the protection of the fundamental right to health. The study addresses the following research question: to what extent does Theme 1234 establish a new model of health governance in pharmaceutical litigation, and what are its implications for the realization of the fundamental right to health? A qualitative and applied approach was adopted through bibliographical and documentary research based on the 1988 Federal Constitution, health legislation, Supreme Federal Court precedents, and specialized literature on Constitutional Law and Health Law. The findings indicate that Theme 1234 represents an important evolution in Brazilian constitutional jurisprudence by strengthening intergovernmental cooperation, enhancing the role of the technical bodies of the SUS, and incorporating evidence-based medicine into judicial decision-making involving medicines. It is concluded that the precedent contributes to a more rational, consistent, and institutionally coordinated model of health litigation while preserving access to justice and safeguarding vulnerable individuals, thereby promoting a balance between the effectiveness of the right to health and the sustainability of public health policies.

Keywords: health judicialization; Theme 1234; Brazilian Supreme Federal Court; right to health.

1. INTRODUÇÃO

A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 reconheceu a saúde como direito fundamental social e dever do Estado. Conforme o art. 196, sua garantia deve ocorrer por meio de políticas sociais e econômicas destinadas à redução do risco de doenças e ao acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde (Brasil, 1988). Trata-se de obrigação jurídica vinculada à dignidade da pessoa humana, à igualdade material e à proteção da vida.

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) concretizou institucionalmente esse dever constitucional. Organizado com base na universalidade, na integralidade, na descentralização e na participação social, o sistema atende uma população marcada por desigualdades econômicas, territoriais e epidemiológicas. Essa responsabilidade exige planejamento, financiamento, organização administrativa e avaliação criteriosa das tecnologias incorporadas às políticas públicas.

A assistência farmacêutica constitui uma das áreas mais sensíveis do SUS. O desenvolvimento de medicamentos de alto custo, de terapias para doenças raras e de novas tecnologias ampliou as possibilidades de tratamento, mas também aumentou as dificuldades relacionadas à avaliação, à incorporação, ao financiamento e à distribuição. Em muitos casos, a necessidade clínica não encontra resposta imediata nas listas oficiais, nos protocolos terapêuticos ou nos procedimentos administrativos, levando pacientes a recorrer ao Poder Judiciário.

A judicialização de medicamentos situa-se, portanto, entre a exigibilidade do direito à saúde e os limites institucionais da política pública. A intervenção judicial pode corrigir omissões administrativas, assegurar a continuidade de tratamentos e evitar o

agravamento de quadros clínicos. Entretanto, decisões individuais também podem alterar prioridades sanitárias, comprometer o planejamento orçamentário e determinar a aquisição de tecnologias cuja eficácia, segurança ou custo-efetividade ainda não foram adequadamente avaliadas.

Esse fenômeno não pode ser interpretado apenas como interferência judicial na Administração Pública nem como solução suficiente para as deficiências do sistema de saúde. A judicialização envolve desigualdades de acesso à justiça, assimetrias de informação, interesses econômicos, falhas administrativas e dificuldades na incorporação de tecnologias. Barroso (2008), Aith (2017), Ferraz (2011) e Wang et al. (2014), embora adotem perspectivas distintas, convergem quanto à necessidade de compatibilizar a proteção individual com a segurança científica, a justiça distributiva e a sustentabilidade das políticas públicas.

Diante dessa complexidade, o Supremo Tribunal Federal passou a estabelecer parâmetros para a solução das demandas sanitárias. A Corte examinou questões relativas à responsabilidade dos entes federativos, ao fornecimento de medicamentos sem registro sanitário, às tecnologias não incorporadas ao SUS e aos requisitos para a concessão judicial de tratamentos. Esse percurso jurisprudencial demonstra a tentativa de substituir decisões fragmentadas por critérios mais uniformes e compatíveis com a organização do sistema público de saúde.

O Tema 1234 da repercussão geral representa etapa relevante desse processo. Ao examinar demandas por medicamentos registrados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária, mas não incorporados ao SUS, o Supremo Tribunal Federal definiu parâmetros relacionados à

competência jurisdicional, à legitimidade dos entes federativos, ao financiamento e ao cumprimento das decisões judiciais. A controvérsia passou, assim, a ser analisada para além da relação individual entre paciente e Estado, alcançando a articulação entre jurisdição constitucional, administração sanitária e federalismo cooperativo.

A particularidade do Tema 1234 está na adoção de uma lógica de governança sanitária. A definição de responsabilidades entre União, estados, Distrito Federal e municípios, a organização de fluxos administrativos e a valorização das avaliações técnico-científicas indicam uma mudança no tratamento da judicialização. A tutela jurisdicional permanece disponível, mas passa a integrar uma estrutura de coordenação institucional entre o Poder Judiciário, os gestores do SUS e os órgãos técnicos.

Esse modelo pode ampliar a uniformidade das decisões, qualificar a fundamentação judicial e reduzir a concessão de medicamentos sem respaldo científico. Contudo, o aumento das exigências documentais, técnicas e processuais também pode dificultar o acesso à justiça, sobretudo para pacientes em situação de vulnerabilidade econômica e social. O problema torna-se mais grave em localidades com atendimento especializado insuficiente, assistência jurídica limitada e dificuldades para a produção das provas exigidas.

A discussão não se restringe, portanto, à identificação do ente responsável pelo fornecimento do medicamento. Ela envolve a forma como o Estado organiza a proteção do direito à saúde em um sistema federativo, descentralizado e submetido a restrições financeiras. Também exige a articulação entre conhecimentos

jurídicos, clínicos, econômicos e sanitários, sem transformar a racionalidade administrativa em justificativa automática para negar tratamentos indispensáveis ou reduzir a política de saúde a sucessivas decisões judiciais individuais.

Diante disso, formula-se a seguinte questão de pesquisa: em que medida o Tema 1234 do Supremo Tribunal Federal estabelece um modelo de governança sanitária na judicialização de medicamentos e quais são seus efeitos sobre o federalismo cooperativo e a efetivação do direito fundamental à saúde?

Parte-se da tese de que o Tema 1234 promove uma inflexão na jurisprudência constitucional brasileira ao deslocar o tratamento das demandas por medicamentos de um modelo predominantemente individual para uma lógica de governança sanitária cooperativa. O precedente fortalece a coordenação federativa, amplia a relevância das instâncias técnico-científicas do SUS e procura racionalizar a atuação judicial. Sua efetividade, porém, depende da capacidade institucional de impedir que os novos procedimentos se transformem em obstáculos desproporcionais ao acesso à saúde.

O objetivo geral consiste em analisar os impactos jurídicos, sanitários e institucionais do Tema 1234 sobre a judicialização de medicamentos no SUS, considerando sua relação com a governança sanitária, o federalismo cooperativo e a proteção constitucional da saúde. Especificamente, examinam-se os fundamentos constitucionais do direito à saúde, a expansão da judicialização, os precedentes que antecederam o Tema 1234, os fundamentos do julgamento e os desafios decorrentes de sua aplicação.

A pesquisa adota abordagem qualitativa, natureza aplicada e caráter descritivo-analítico. O estudo fundamenta-se em pesquisa bibliográfica e documental, abrangendo a Constituição Federal de 1988, a legislação sanitária, os precedentes do Supremo Tribunal Federal e documentos institucionais do Conselho Nacional de Justiça, da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde e do Ministério da Saúde. O material é analisado por perspectiva crítico-interpretativa, com o propósito de identificar as mudanças produzidas pelo Tema 1234 na organização das demandas judiciais e na atuação dos entes responsáveis pela assistência farmacêutica.

Além desta introdução, o artigo está estruturado em quatro seções. A primeira apresenta os fundamentos constitucionais do direito à saúde e a expansão da judicialização de medicamentos. A segunda examina a evolução da jurisprudência do Supremo Tribunal Federal, com destaque para os Temas 500, 793, 6 e 1234. A terceira analisa o Tema 1234 como expressão de um modelo de governança sanitária cooperativa. A quarta discute os desafios desse arranjo para a equidade, a sustentabilidade do SUS, a segurança jurídica e a proteção dos pacientes em situação de vulnerabilidade.

2. O DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE E A EXPANSÃO DA JUDICIALIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS

O reconhecimento da saúde como direito fundamental social redefiniu a relação entre o Estado e os destinatários das políticas sanitárias. A Constituição Federal de 1988 atribuiu ao poder público não apenas a prestação de serviços, mas também a responsabilidade pela organização de políticas universais e igualitárias. Conforme o art. 196, a saúde é “direito de todos e dever

do Estado” e deve ser garantida mediante políticas sociais e econômicas voltadas à redução de riscos e ao acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde (Brasil, 1988, art. 196).

O direito à saúde não se limita ao fornecimento individual de medicamentos ou à realização de procedimentos médicos. Seu conteúdo compreende ações preventivas, vigilância sanitária e epidemiológica, atenção básica, assistência hospitalar, saneamento e enfrentamento dos determinantes sociais do adoecimento. Possui, portanto, dimensões individual e coletiva: protege a pessoa que necessita de tratamento e impõe ao Estado o dever de organizar uma política pública destinada a toda a população.

Essa dupla dimensão impede que a efetivação do direito seja analisada apenas como relação entre paciente e poder público. A satisfação de uma necessidade individual pode ser indispensável à preservação da vida e da integridade física, mas ocorre dentro de um sistema universal, financiado por recursos públicos e responsável por demandas sanitárias diversas. O problema constitucional consiste em estabelecer critérios capazes de proteger o indivíduo sem comprometer a dimensão coletiva da política de saúde.

A criação do Sistema Único de Saúde materializou a opção constitucional por um modelo público, descentralizado e orientado pela integralidade. A Lei nº 8.080/1990 reconheceu a saúde como direito fundamental do ser humano e atribuiu ao Estado a formulação e a execução de políticas destinadas à redução dos riscos de doenças e de outros agravos (Brasil, 1990). Também organizou a atuação integrada da União, dos estados, do Distrito

Federal e dos municípios, cuja efetividade depende de cooperação administrativa e financeira.

Os princípios da universalidade, da integralidade e da igualdade condicionam a formulação das políticas sanitárias. Eles impedem que o acesso ao SUS dependa de contribuição previdenciária, renda ou vínculo formal de trabalho. A integralidade exige articulação entre prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, mas não significa que toda tecnologia disponível no mercado deva ser automaticamente incorporada ao sistema público.

A assistência farmacêutica integra essa estrutura. Sua execução envolve seleção, aquisição, financiamento, armazenamento, distribuição, prescrição, dispensação e acompanhamento dos resultados terapêuticos. Não se limita, portanto, à compra de medicamentos. A política farmacêutica deve identificar as necessidades da população, avaliar as tecnologias disponíveis e definir prioridades com base em evidências científicas e na capacidade de financiamento do SUS.

A Lei nº 12.401/2011 conferiu maior precisão a esse processo ao disciplinar a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologias no sistema público. As alterações introduzidas na Lei nº 8.080/1990 vincularam a dispensação de medicamentos aos protocolos clínicos e às diretrizes terapêuticas, sem excluir a análise de situações não contempladas pelas listas oficiais (Brasil, 2011). O objetivo foi submeter as escolhas administrativas a critérios sanitários verificáveis, e não apenas à disponibilidade comercial dos produtos.

A criação da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde reforçou essa orientação. A CONITEC

assessora o Ministério da Saúde nas decisões de incorporação, exclusão ou alteração de medicamentos, produtos e procedimentos, além de colaborar na elaboração e na revisão dos protocolos clínicos. Sua avaliação considera eficácia, segurança, efetividade e impacto econômico comparativo, confrontando os benefícios da tecnologia com as alternativas já oferecidas pelo SUS.

A avaliação de tecnologias em saúde não constitui apenas mecanismo de contenção de despesas. Ela protege os usuários contra medicamentos ineficazes, inseguros ou apoiados em evidências insuficientes. Também evita que preços definidos por agentes privados sejam transferidos ao orçamento público sem avaliação dos benefícios clínicos produzidos. Essa racionalidade contribui para a proteção do direito à saúde, desde que os procedimentos sejam transparentes, céleres, fundamentados e abertos à participação social.

Apesar da existência dessas instâncias, persistem lacunas assistenciais. A demora na atualização dos protocolos, o desabastecimento, as desigualdades regionais, as falhas de diagnóstico e a ausência de resposta administrativa adequada levam usuários ao Poder Judiciário. Outras demandas envolvem medicamentos recentemente registrados, tratamentos de alto custo ou tecnologias que receberam recomendação desfavorável de incorporação. A judicialização da saúde reúne, portanto, conflitos com fundamentos e consequências distintas.

A intervenção judicial pode corrigir falhas administrativas. Quando o medicamento já integra a política pública, mas não é disponibilizado, a ordem judicial exige o cumprimento de obrigação assumida pelo próprio Estado. O controle jurisdicional também se

justifica diante de negativas sem fundamentação, demora incompatível com a gravidade do quadro clínico ou omissões que coloquem em risco a vida e a integridade do paciente.

A controvérsia torna-se mais complexa quando o pedido envolve tecnologia não incorporada, tratamento sem superioridade terapêutica demonstrada ou medicamento sustentado por evidências incertas. Nesses casos, a prescrição individual confronta a avaliação coletiva realizada pelas instâncias sanitárias. A decisão judicial deve considerar a condição do paciente, mas também examinar o registro sanitário, a qualidade das evidências científicas, as alternativas disponibilizadas pelo SUS e os fundamentos da decisão administrativa.

A literatura indica que o Poder Judiciário brasileiro foi historicamente receptivo às demandas individuais de saúde. Wang *et al.* (2014, p. 1193) observam que “o Judiciário brasileiro tem sido muito receptivo a demandas individuais” relacionadas a medicamentos, insumos e tratamentos. Essa orientação permitiu assegurar prestações negadas pela Administração, mas também favoreceu decisões apoiadas predominantemente na prescrição médica e na afirmação abstrata da prevalência da vida sobre considerações orçamentárias.

As limitações desse entendimento tornam-se evidentes quando são examinados os efeitos distributivos das decisões. Estudo realizado no município de São Paulo identificou despesas com tratamentos externos às políticas regulares do SUS e com prestações atribuídas a outros entes federativos. A ausência de coordenação pode transferir encargos aos governos locais e desorganizar a repartição administrativa da política de saúde (Wang *et al.*, 2014, p. 1206).

A desigualdade no acesso à justiça também influencia a distribuição das prestações obtidas judicialmente. Pesquisa realizada em Minas Gerais constatou que mais de 70% dos autores das ações analisadas haviam sido atendidos no sistema privado e que 60,3% eram representados por advogados particulares (Machado *et al.*, 2011, p. 590). Embora esses dados não permitam afirmar que toda judicialização favoreça grupos economicamente privilegiados, demonstram que o acesso a médicos, advogados e documentos clínicos interfere na capacidade de formular a demanda.

Chieffi e Barata (2009) encontraram resultados semelhantes ao analisarem ações relativas à assistência farmacêutica em São Paulo. As autoras identificaram concentração das demandas entre “pacientes residentes em áreas de menor vulnerabilidade social, indicando que a via judicial pode reproduzir desigualdades já presentes no acesso à informação e aos serviços especializados” (Chieffi; Barata, 2009, p. 1839). A equidade depende, portanto, não apenas do resultado do processo, mas também das condições efetivas de acesso à jurisdição.

A crítica distributiva não elimina a legitimidade da tutela individual. Parte das ações é proposta por defensorias públicas, ministérios públicos e organizações representativas de pessoas sem condições de custear tratamentos ou assistência jurídica. Também existem demandas resultantes do descumprimento de políticas já instituídas. Presumir que toda ordem judicial prejudica o SUS seria tão inadequado quanto considerar que toda prescrição médica produz automaticamente direito ao medicamento solicitado.

A análise da judicialização deve considerar as causas que conduzem o usuário ao sistema de justiça. Demandas decorrentes de

desabastecimento, demora administrativa ou descumprimento de protocolos diferem dos pedidos de medicamentos não incorporados. No primeiro caso, o Judiciário exige a execução da política existente; no segundo, interfere na definição do conteúdo da assistência farmacêutica. Essa distinção é necessária para avaliar a legitimidade e os efeitos institucionais da decisão.

A escassez de recursos também não pode ser invocada de forma genérica. O argumento orçamentário exige dados sobre disponibilidade financeira, prioridades sanitárias, alternativas terapêuticas e impacto da prestação requerida. A simples referência à reserva do possível não afasta o dever estatal de fundamentar suas escolhas. Do mesmo modo, a afirmação abstrata do direito à vida não dispensa a análise da eficácia, da segurança e da efetividade do tratamento.

O desafio consiste em preservar a exigibilidade do direito à saúde sem retirar das instâncias sanitárias a capacidade de organizar políticas universais. Isso requer decisões fundamentadas em evidências científicas, respeito ao contraditório, exame das razões administrativas e consideração das condições sociais e clínicas do paciente. Também exige mecanismos de cooperação que impeçam conflitos federativos de atrasar o tratamento ou transferir ao usuário os efeitos da desorganização estatal.

A trajetória da judicialização demonstra a passagem de um modelo centrado na concessão individual, frequentemente sustentada apenas pela prescrição médica, para uma atuação jurisdicional mais atenta às avaliações sanitárias e à repartição de responsabilidades. Essa transformação não eliminou a tensão entre proteção individual e planejamento coletivo, mas criou condições para que o Supremo

Tribunal Federal estabelecesse critérios mais definidos para o fornecimento judicial de medicamentos.

A compreensão dessa evolução é indispensável à análise do Tema 1234. O julgamento integra um processo jurisprudencial no qual o Supremo Tribunal Federal examinou o fornecimento de medicamentos sem registro sanitário, a responsabilidade dos entes federativos e os requisitos para a concessão de tecnologias não incorporadas ao SUS.

3. A CONSTRUÇÃO JURISPRUDENCIAL DO SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL NA JUDICIALIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS

A jurisprudência do Supremo Tribunal Federal sobre o direito à saúde passou por um processo gradual de definição de critérios para a intervenção judicial. A Corte procurou conciliar a proteção da vida e da dignidade humana com a segurança sanitária, a organização administrativa do Sistema Único de Saúde e a continuidade das políticas públicas.

Inicialmente, prevaleceu uma interpretação ampla da exigibilidade do direito à saúde, com decisões voltadas à garantia individual de medicamentos e tratamentos prescritos. Essa orientação permitiu corrigir omissões estatais e assegurar prestações essenciais, mas também favoreceu respostas judiciais pouco articuladas com os protocolos clínicos, as avaliações técnico-científicas e a repartição de competências do SUS.

Posteriormente, o STF passou a reconhecer que a proteção judicial da saúde não pode desconsiderar a estrutura normativa e institucional da política sanitária. A efetivação do direito fundamental exige a análise das condições clínicas do paciente, das

evidências científicas disponíveis, das alternativas terapêuticas oferecidas pelo SUS e das razões apresentadas pela Administração Pública. Trata-se de preservar a tutela individual sem comprometer a capacidade do sistema de atender coletivamente a população.

Barroso (2008) sustenta que a intervenção judicial deve distinguir as situações em que se exige o cumprimento de uma política pública já estabelecida daquelas em que o magistrado determina prestação não prevista nas escolhas administrativas. Essa diferenciação é relevante porque o controle de uma omissão estatal não produz os mesmos efeitos institucionais da imposição de uma tecnologia ainda não incorporada ao SUS.

Nesse percurso, quatro precedentes assumiram especial relevância. O Tema 500 tratou do fornecimento de medicamentos sem registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária. O Tema 793 reconheceu a responsabilidade solidária dos entes federativos, admitindo o direcionamento do cumprimento da obrigação conforme a repartição administrativa do SUS. O Tema 6 estabeleceu requisitos para a concessão judicial de medicamentos não incorporados. Por sua vez, o Tema 1234 definiu parâmetros relacionados à competência jurisdicional, à legitimidade passiva, ao custeio e à organização do cumprimento das decisões.

A análise conjunta desses julgamentos demonstra a passagem de uma jurisprudência predominantemente centrada na concessão individual para um modelo que incorpora critérios sanitários, cooperação federativa e coordenação institucional. O Tema 1234 integra esse processo e amplia seus efeitos ao propor uma reorganização da judicialização de medicamentos, para além da definição de regras estritamente processuais.

3.1. Tema 500: Medicamentos Sem Registro na Anvisa

O Tema 500 da Repercussão Geral, julgado no Recurso Extraordinário nº 657.718/MG, constitui marco relevante na jurisprudência do Supremo Tribunal Federal sobre o fornecimento judicial de medicamentos. A controvérsia examinou a possibilidade de o Estado ser obrigado a fornecer produtos sem registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), colocando em tensão a proteção individual do paciente e a observância das normas de controle sanitário.

O STF estabeleceu que, como regra, o Estado não pode ser compelido a fornecer medicamentos sem registro na ANVISA. O registro sanitário constitui requisito necessário para a verificação da qualidade, da segurança e da eficácia do produto. A concessão judicial foi admitida apenas em situações excepcionais, especialmente diante de demora irrazoável da agência reguladora, existência de pedido de registro no Brasil e ausência de substituto terapêutico registrado no país (STF, RE 657.718/MG, Tema 500, julgado em 22 maio 2019a).

A decisão limitou a concessão de tratamentos fundamentada exclusivamente na prescrição médica ou na necessidade clínica alegada. O Tribunal reconheceu que o direito à saúde também é protegido pelos mecanismos de vigilância sanitária, cuja função consiste em impedir a utilização de medicamentos sem comprovação suficiente de segurança e eficácia.

Barroso (2008) sustenta que a atuação judicial em matéria de saúde deve considerar os critérios técnicos e institucionais que orientam as políticas públicas. A proteção do paciente não autoriza o

afastamento automático das decisões produzidas pelas autoridades sanitárias, sobretudo quando envolvem a avaliação de riscos e benefícios de determinada tecnologia.

O Tema 500 consolidou, portanto, a necessidade de articulação entre a tutela jurisdicional e a regulação sanitária. Embora tenha preservado a possibilidade de intervenção judicial em situações excepcionais, o precedente estabeleceu que o fornecimento de medicamentos deve observar critérios técnicos e científicos. Essa orientação foi aprofundada nos julgamentos posteriores e contribuiu para o modelo de governança sanitária desenvolvido no Tema 1234.

3.2. Tema 793: Responsabilidade Solidária e Federalismo Cooperativo

O Tema 793 da Repercussão Geral, julgado no Recurso Extraordinário nº 855.178/SE, examinou a responsabilidade dos entes federativos pelo cumprimento das prestações de saúde. A controvérsia consistia em definir se União, estados, Distrito Federal e municípios poderiam ser demandados solidariamente para o fornecimento de medicamentos, tratamentos e procedimentos.

O Supremo Tribunal Federal reafirmou que os entes federativos são solidariamente responsáveis pela efetivação do direito à saúde, em razão da competência comum prevista no art. 23, II, da Constituição Federal. Entretanto, estabeleceu que o magistrado deve direcionar o cumprimento da obrigação conforme as regras de repartição de competências do SUS e determinar o ressarcimento ao ente que suportar encargo atribuído administrativamente a outro (STF, RE 855.178/SE, Tema 793, julgado em 23 maio 2019b).

A solidariedade protege o usuário contra a transferência dos conflitos federativos para o processo judicial. O paciente não pode ter o acesso ao tratamento retardado pela discussão sobre qual ente deve assumir a prestação. A repartição administrativa de competências organiza a atuação estatal, mas não pode ser utilizada como fundamento para afastar a responsabilidade constitucional pela garantia da saúde.

Aith (2017) destaca que a descentralização sanitária pressupõe atuação articulada entre os entes federativos. Desse modo, a autonomia administrativa não elimina a responsabilidade compartilhada, pois a efetividade do SUS depende de cooperação técnica, financeira e institucional entre os diferentes níveis de governo.

O Tema 793, contudo, não estabeleceu solidariedade sem critérios. Ao permitir o direcionamento da obrigação e o ressarcimento entre os entes, o STF procurou conciliar a proteção imediata do paciente com a organização administrativa e financeira do sistema. A decisão aproximou a judicialização da lógica do federalismo cooperativo, no qual responsabilidades comuns devem ser exercidas de forma coordenada.

Essa orientação foi aprofundada no Tema 1234. Embora a responsabilidade constitucional dos entes tenha sido preservada, o Supremo passou a definir critérios mais específicos de competência, custeio e cumprimento das decisões judiciais, com o objetivo de reduzir conflitos federativos e conferir maior racionalidade à assistência farmacêutica.

3.3. Tema 6: Critérios para o Fornecimento de Medicamentos Não Incorporados Ao SUS

O Tema 6 da Repercussão Geral, julgado no Recurso Extraordinário nº 566.471/RN, examinou o fornecimento judicial de medicamentos registrados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária, mas não incorporados ao Sistema Único de Saúde. A controvérsia envolveu a necessidade de conciliar a proteção individual do paciente com a organização e a sustentabilidade da assistência farmacêutica.

O Supremo Tribunal Federal reconheceu que a concessão judicial de medicamentos não incorporados possui caráter excepcional. Para o deferimento, devem ser demonstradas a inexistência de substituto terapêutico disponível no SUS, a imprescindibilidade clínica do medicamento e a incapacidade financeira do paciente para custear o tratamento, além dos demais requisitos definidos pela Corte (STF, RE 566.471/RN, Tema 6, julgado em 26 setembro 2024a).

O precedente afastou a compreensão de que a prescrição médica, isoladamente, seria suficiente para fundamentar o fornecimento. A decisão judicial deve considerar as evidências científicas disponíveis, as alternativas terapêuticas incorporadas, os fundamentos da decisão administrativa e as particularidades clínicas do paciente.

Esse entendimento fortaleceu a relação entre jurisdição e avaliação de tecnologias em saúde. A intervenção judicial permaneceu possível, mas passou a exigir fundamentação técnica capaz de demonstrar por que, no caso concreto, o tratamento oferecido pelo SUS é inadequado ou insuficiente.

Ferraz (2011) sustenta que a proteção judicial da saúde deve considerar os efeitos distributivos das decisões, pois a destinação de

recursos a uma prestação individual pode repercutir sobre o atendimento de outros usuários. A análise do caso concreto deve, portanto, compatibilizar a necessidade do paciente com a justiça distributiva e a preservação da política pública.

O Tema 6 consolidou uma etapa de maior rigor na jurisprudência constitucional sobre medicamentos não incorporados. Ao exigir critérios clínicos, científicos e econômicos, o STF aproximou a decisão judicial da medicina baseada em evidências e da organização da assistência farmacêutica. Essa orientação forneceu base imediata para a estrutura de governança definida no Tema 1234.

4. O TEMA 1234 E A EMERGÊNCIA DE UM PARADIGMA DE GOVERNANÇA SANITÁRIA COOPERATIVA

O Tema 1234 da Repercussão Geral introduziu uma nova forma de organização da judicialização de medicamentos. O precedente não se limitou a definir requisitos para o fornecimento de tecnologias não incorporadas ao Sistema Único de Saúde, mas estabeleceu parâmetros para a atuação coordenada do Poder Judiciário, dos entes federativos e das instâncias técnicas responsáveis pela política de assistência farmacêutica.

A controvérsia envolveu demandas por medicamentos registrados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária, mas não incorporados ao SUS. Ao julgar o tema, o Supremo Tribunal Federal disciplinou aspectos relacionados à competência jurisdicional, à legitimidade passiva, ao financiamento e ao cumprimento das decisões judiciais. Esses parâmetros buscaram reduzir conflitos federativos, uniformizar procedimentos e aproximar a tutela jurisdicional da organização

administrativa do sistema de saúde (STF, Tema 1234 da Repercussão Geral, 2024b).

O precedente adotou uma lógica de governança sanitária ao reconhecer que a efetivação do direito à saúde depende da articulação entre instituições com competências distintas. A decisão judicial deixou de ser tratada como resposta isolada e passou a integrar uma estrutura que envolve gestores públicos, órgãos técnicos, entes federativos e mecanismos de cooperação institucional.

Bucci (2013) sustenta que a execução das políticas públicas exige coordenação entre instituições, competências e processos decisórios. Essa perspectiva aplica-se à judicialização da saúde, pois o fornecimento de medicamentos envolve avaliação científica, planejamento administrativo, repartição de responsabilidades e financiamento público.

O Tema 1234 deslocou, portanto, o centro da discussão. A análise deixou de se limitar à existência do direito individual ao medicamento e passou a considerar a forma como a prestação deve ser integrada à política pública. A decisão judicial permanece possível, mas deve observar as evidências científicas, os fluxos administrativos e a divisão de atribuições no âmbito do SUS.

Essa reorganização busca conferir maior uniformidade, previsibilidade e segurança às decisões. Também procura preservar a tutela dos casos excepcionais sem desconsiderar a capacidade institucional do sistema de saúde. O Tema 1234 expressa, desse modo, um paradigma de governança sanitária cooperativa, baseado

na articulação entre proteção individual, racionalidade técnica e coordenação federativa.

4.1. Governança Sanitária e Reorganização Institucional da Judicialização

O Tema 1234 estabeleceu nova orientação para a judicialização de medicamentos ao reconhecer que a efetivação do direito à saúde depende da articulação entre o Poder Judiciário, os entes federativos e as instituições responsáveis pela gestão do Sistema Único de Saúde. O precedente afastou uma atuação jurisdicional isolada e fortaleceu mecanismos de coordenação institucional.

A governança sanitária corresponde à organização integrada de competências, instituições e processos decisórios voltados à execução das políticas de saúde. Bucci (2013) destaca que a implementação de políticas públicas complexas exige coordenação entre órgãos, níveis de governo e instrumentos administrativos. Na assistência farmacêutica, essa articulação é necessária porque o fornecimento de medicamentos envolve dimensões jurídicas, clínicas, regulatórias, econômicas e administrativas.

O Tema 1234 incorporou essa lógica ao definir parâmetros relativos à competência jurisdicional, ao custeio e ao cumprimento das decisões judiciais. A atuação do magistrado passou a ser relacionada à estrutura administrativa do SUS, à repartição de responsabilidades entre os entes federativos e às avaliações produzidas pelas instâncias técnico-científicas (STF, 2024b).

Essa reorganização não afasta o controle judicial nem reduz a proteção constitucional da saúde. Seu objetivo é qualificar a decisão jurisdicional, reduzir soluções contraditórias e assegurar maior

coerência entre a tutela individual e a política pública. A racionalidade técnica funciona, nesse contexto, como instrumento de proteção do paciente e de preservação da assistência universal.

O Tema 1234 deslocou, portanto, a judicialização de um modelo predominantemente reativo para uma estrutura baseada em cooperação institucional. A decisão judicial permanece como mecanismo de proteção dos direitos fundamentais, mas passa a considerar os fluxos administrativos, as competências federativas e os fundamentos técnicos da política de assistência farmacêutica.

4.2. O Fortalecimento do Federalismo Cooperativo na Assistência Farmacêutica

O Tema 1234 reforçou o federalismo cooperativo como fundamento da organização da assistência farmacêutica no Sistema Único de Saúde. Embora a Constituição Federal atribua competência comum à União, aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios para cuidar da saúde (art. 23, II), a efetividade dessa atribuição depende da coordenação entre os entes federativos na formulação, no financiamento e na execução das políticas públicas.

Ao disciplinar o processamento das ações relativas a medicamentos não incorporados ao SUS, o Supremo Tribunal Federal preservou a responsabilidade solidária dos entes federativos, mas determinou que o cumprimento das decisões observe a organização administrativa da assistência farmacêutica. O precedente buscou reduzir conflitos de competência, racionalizar a execução das ordens judiciais e assegurar maior integração entre a atuação jurisdicional e a estrutura do SUS (STF, 2024b).

Essa orientação é compatível com o modelo de federalismo cooperativo adotado pela Constituição de 1988. Mendes e Branco (2024) destacam que a concretização dos direitos fundamentais exige atuação articulada entre os diferentes níveis de governo, especialmente nas políticas públicas cuja execução depende do compartilhamento de competências e recursos financeiros.

Na assistência farmacêutica, a cooperação federativa contribui para definir responsabilidades, evitar sobreposição de encargos e conferir maior previsibilidade ao cumprimento das decisões judiciais. Também favorece a integração entre as políticas nacionais de incorporação de tecnologias, os protocolos clínicos, os mecanismos de financiamento e a logística de distribuição de medicamentos.

O Tema 1234 evidencia, portanto, que a efetivação do direito à saúde não depende apenas da atuação do Poder Judiciário, mas da capacidade dos entes federativos de executar políticas públicas de forma coordenada. Ao fortalecer a cooperação interfederativa, o precedente amplia a eficiência administrativa, reduz conflitos institucionais e contribui para uma assistência farmacêutica mais coerente com os princípios constitucionais do Sistema Único de Saúde.

4.3. A Valorização das Instâncias Técnico-Científicas e da Medicina Baseada em Evidências

O Tema 1234 reforçou a importância das instâncias técnico-científicas na análise das demandas por medicamentos não incorporados ao Sistema Único de Saúde. A decisão judicial deve considerar as evidências disponíveis, os fundamentos da política pública e as avaliações produzidas pelos órgãos especializados,

evitando que a prescrição médica constitua o único elemento de convencimento.

A Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde assessora o Ministério da Saúde nas decisões de incorporação, exclusão ou alteração de medicamentos, produtos e procedimentos. Instituída pela Lei nº 12.401/2011, sua atuação considera critérios de eficácia, segurança, efetividade e avaliação econômica comparativa das tecnologias em saúde (Brasil, 2011).

A medicina baseada em evidências oferece parâmetros para examinar a qualidade científica dos tratamentos solicitados. Guyatt *et al.* (1992) defendem que a decisão clínica não deve se apoiar exclusivamente na intuição, na experiência não sistematizada ou no raciocínio fisiopatológico. No âmbito judicial, essa abordagem exige a análise crítica da eficácia, da efetividade e da segurança do medicamento, bem como de sua comparação com as alternativas disponibilizadas pelo SUS.

Os Núcleos de Apoio Técnico do Poder Judiciário (NATJus) também exercem função relevante nesse processo. Criados no âmbito da política judiciária de saúde instituída pela Resolução CNJ nº 238/2016 e posteriormente disciplinados por outros atos do Conselho Nacional de Justiça, esses núcleos elaboram notas técnicas baseadas em evidências científicas para subsidiar os magistrados. A Resolução CNJ nº 388/2021 atribuiu aos Comitês Estaduais de Saúde o dever de auxiliar os tribunais na criação dos NATJus e definiu que suas manifestações devem examinar eficácia, acurácia, efetividade e segurança.

A consulta técnica, contudo, não substitui a função jurisdicional nem vincula automaticamente o magistrado. Sua finalidade é ampliar a base informacional da decisão e permitir o confronto entre a prescrição individual, as evidências científicas, as alternativas terapêuticas e os fundamentos da negativa administrativa.

A valorização dessas instâncias aproxima a judicialização da estrutura técnica do SUS e qualifica a fundamentação das decisões. O Tema 1234 contribui, assim, para uma atuação jurisdicional mais articulada com a avaliação de tecnologias em saúde, preservando a proteção individual sem afastar os critérios de segurança sanitária e racionalidade científica.

4.4. Os Desafios Constitucionais do Novo Paradigma

Embora o Tema 1234 tenha contribuído para a organização institucional da judicialização de medicamentos, sua aplicação apresenta desafios constitucionais. A adoção de critérios processuais, administrativos e técnico-científicos pode conferir maior coerência às decisões, mas não deve produzir obstáculos desproporcionais ao acesso à justiça, especialmente para pacientes em situação de vulnerabilidade.

A interpretação do precedente deve permanecer vinculada à dignidade da pessoa humana, à igualdade material, à inafastabilidade da jurisdição e ao direito fundamental à saúde. Sarlet (2024) destaca que os direitos fundamentais possuem eficácia vinculante e impõem ao Estado deveres de proteção e de prestação. Por essa razão, exigências procedimentais não podem ser aplicadas de maneira automática quando estiverem demonstrados a urgência

clínica, o risco de agravamento da doença e a imprescindibilidade do tratamento.

Outro desafio consiste em conciliar a proteção individual com a distribuição equitativa dos recursos públicos. O fornecimento judicial de medicamentos de elevado custo pode produzir efeitos sobre o financiamento e o planejamento da assistência farmacêutica. Entretanto, a limitação orçamentária, considerada isoladamente, não constitui fundamento suficiente para afastar uma prestação essencial cuja necessidade tenha sido comprovada no caso concreto.

A solução dessas controvérsias exige fundamentação capaz de examinar tanto a situação clínica do paciente quanto os efeitos institucionais da decisão. Devem ser considerados a inexistência de alternativa terapêutica incorporada ao SUS, a qualidade das evidências científicas, a justificativa da negativa administrativa e a capacidade financeira do demandante. A ponderação desses elementos reduz o risco de decisões baseadas exclusivamente na prescrição médica ou em argumentos genéricos de escassez financeira.

A efetividade do novo modelo também depende do aperfeiçoamento das instâncias técnico-científicas. A legitimidade das avaliações produzidas pela CONITEC, pelos NATJus e pelos demais órgãos de assessoramento requer transparência, atualização das evidências, fundamentação adequada e possibilidade de controle. Pareceres desatualizados ou insuficientemente motivados não devem ser utilizados como justificativa automática para a negativa do tratamento.

Além disso, a padronização dos procedimentos não pode desconsiderar as desigualdades regionais de acesso à assistência jurídica, aos especialistas e aos exames necessários à demonstração dos requisitos estabelecidos pela jurisprudência. A exigência de documentação técnica complexa pode afetar de forma mais intensa pacientes economicamente vulneráveis e residentes em localidades com menor estrutura sanitária.

O Tema 1234 não encerrou, portanto, o debate constitucional sobre a judicialização de medicamentos. O principal desafio de sua implementação consiste em compatibilizar coordenação federativa, racionalidade científica e proteção jurisdicional efetiva. A legitimidade desse modelo dependerá de sua capacidade de qualificar as decisões sem transformar critérios técnicos e processuais em barreiras à tutela de pacientes cuja excepcionalidade esteja devidamente demonstrada.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise demonstrou que o Tema 1234 da Repercussão Geral representa uma etapa relevante da evolução jurisprudencial sobre a judicialização de medicamentos. O precedente não se restringiu à definição de aspectos processuais e administrativos, pois estabeleceu parâmetros destinados a aproximar a atuação jurisdicional da organização do Sistema Único de Saúde e das instâncias responsáveis pela avaliação de tecnologias em saúde.

A reconstrução da jurisprudência do Supremo Tribunal Federal evidenciou que o Tema 1234 integra um processo gradual de aperfeiçoamento da tutela judicial do direito à saúde. Os Temas 500, 793 e 6 contribuíram, respectivamente, para a definição de limites

relacionados ao registro sanitário, à responsabilidade dos entes federativos e ao fornecimento excepcional de medicamentos não incorporados ao SUS.

A hipótese formulada foi confirmada. O Tema 1234 consolidou um modelo de governança sanitária cooperativa, fundamentado na coordenação federativa, na valorização das instâncias técnico-científicas e na articulação entre a decisão judicial e a política de assistência farmacêutica. Esse modelo não afasta o controle jurisdicional, mas exige decisões mais fundamentadas, uniformes e compatíveis com a estrutura institucional do SUS.

A efetividade dessa orientação dependerá, contudo, de sua aplicação pelo Poder Judiciário e pela Administração Pública. Os critérios técnicos e procedimentais não podem ser convertidos em obstáculos desproporcionais ao acesso à justiça, sobretudo para pacientes em situação de vulnerabilidade social e econômica. As avaliações especializadas devem subsidiar a decisão, sem afastar o exame das circunstâncias clínicas e das particularidades do caso concreto.

Também será necessário assegurar transparência, atualização e fundamentação adequada às manifestações produzidas pela CONITEC, pelos NATJus e por outros órgãos de assessoramento. A legitimidade do novo modelo depende da qualidade das evidências utilizadas e da possibilidade de controle das decisões administrativas e judiciais.

Conclui-se que o Tema 1234 contribui para uma judicialização de medicamentos mais qualificada e institucionalmente coordenada. Seu principal avanço consiste em reconhecer que a efetivação do

direito fundamental à saúde requer não apenas a apreciação das pretensões individuais, mas também a cooperação entre o Poder Judiciário, os gestores públicos, os entes federativos e as instâncias técnico-científicas. A adequada articulação desses elementos pode fortalecer a proteção dos pacientes, a segurança jurídica e a organização das políticas públicas de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALTH, Fernando. **Curso de direito sanitário: a proteção do direito à saúde no Brasil**. São Paulo: Quartier Latin, 2017.

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. 247, p. 31-61, jan./abr. 2008.

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. **Resolução nº 388, de 13 de abril de 2021**. Dispõe sobre a criação dos Comitês Estaduais de Saúde e fortalece a Política Judiciária Nacional de Saúde. Brasília: CNJ, 2021.

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

BRASIL. **Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011**. Altera a Lei nº 8.080/1990 para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologias em saúde no SUS. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 29 abr. 2011.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde.

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

BUCCI, Maria Paula Dallari. **Fundamentos para uma teoria jurídica das políticas públicas**. São Paulo: Saraiva, 2013.

CHIEFFI, Ana Luiza; BARATA, Rita Barradas. Judicialização da política pública de assistência farmacêutica e equidade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 8, p. 1839-1849, 2009.

FERRAZ, Octávio Luiz Motta. Direito à saúde, escassez e o Judiciário. **Revista de Direito Administrativo**, Rio de Janeiro, v. 257, p. 11-34, 2011.

GUYATT, Gordon et al. Evidence-based medicine: a new approach to teaching the practice of medicine. **JAMA**, Chicago, v. 268, n. 17, p. 2420-2425, 1992.

MACHADO, Marina Amaral de Ávila et al. Judicialização do acesso a medicamentos no Estado de Minas Gerais, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 3, p. 590-598, 2011.

MENDES, Gilmar Ferreira; BRANCO, Paulo Gustavo Gonet. **Curso de direito constitucional**. 19. ed. São Paulo: SaraivaJur, 2024.

SARLET, Ingo Wolfgang; MARINONI, Luiz Guilherme; MITIDIERO, Daniel. **Curso de direito constitucional**. 14. ed. São Paulo: SaraivaJur, 2024.

SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL (STF). **Recurso Extraordinário nº 566.471/RN**. Tema 6 da Repercussão Geral. Julgamento em 26 set. 2024.

SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL (STF). **Recurso Extraordinário nº 657.718/MG**. Tema 500 da Repercussão Geral. Julgamento em 22 maio 2019a.

SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL (STF). **Recurso Extraordinário nº 855.178/SE**. Tema 793 da Repercussão Geral. Julgamento em 23 maio 2019b.

SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL (STF). **Tema 1234 da Repercussão Geral**. Brasília: Supremo Tribunal Federal, 2024b.

WANG, Daniel Wei Liang *et al.* Os impactos da judicialização da saúde no município de São Paulo: gasto público e organização federativa. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 48, n. 5, p. 1191-1206, 2014.

¹ Mestrando em em Prestação Jurisdicional e Direitos Humanos pela Universidade Federal do Tocantins. Médico do Tribunal de Justiça do Estado do Tocantins. Coordenador Médico da Central de Regulação Médica do Município de Palmas. Médico equipe Núcleo de Apoio Técnico do Poder Judiciário (NAT-JUS TO) coordenando o setor de medicamentos. Supervisor do programa MM e Tutor do curso especialização do Programa MM. Professor supervisor do curso medicina da Faculdade Afya - disciplina Integração Ensino Serviço e Comunidade IESC - com foco em Gestão em Saúde e redes de atenção - 8 período. Médico no Instituto Médico Vittá - atendendo exclusivamente casos de obesidade morbidade, pré e pós bariátricos, oncológicos, diabéticos e doenças intestinais. Já atuei no Hospital Geral de Palmas, central de regulação de leitos de UTI e portas de entrada dos hospitais sob gestão da da Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Tocantins - SES-TO. Coordenei por 6 anos a

regulação médica ambulatorial, terapia renal substitutiva e setor de tratamento fora do domicílio - TFD do Estado do Tocantins da SES-TO. Desde 2019 realizo melhora da capacitação da APS promovendo otimização da conexão dos níveis de atenção e redes junto ao município de Palmas e secretaria do estado.

² Doutor e Mestre em Direito. Professor efetivo no curso de Direito da Universidade Federal do Tocantins (UFT), câmpus Palmas; professor e ex-coordenador no Programa de Pós-Graduação Profissional em Prestação Jurisdicional e Direitos Humanos da UFT, em parceria com a Escola Superior da Magistratura Tocantinense Esmat (PPGPJDH/UFT-ESMAT). Professor efetivo no curso de Direito da Universidade Estadual do Tocantins (Unitins), câmpus Paraíso do Tocantins. Professor da Escola Superior da Magistratura Tocantinense (Esmat). Ex-professor e ex-coordenador do curso de Direito da Universidade Luterana do Brasil, câmpus Palmas/TO (ULBRA Palmas). Desenvolve atividades de pesquisa e extensão em Direito Ambiental, Direito Agrário, Direito Internacional e Direitos Humanos. Membro dos seguintes grupos de pesquisa, vinculados ao Diretório de Grupos de Pesquisa no Brasil Lattes: Direito, Cidadania e Justiça Social, linha de pesquisa Sustentabilidade e justiça social no campo; Sustentabilidade na produção agrícola e nos recursos naturais, linha de pesquisa Sociedade de risco e meio ambiente. Ex-Presidente da Comissão de Bioética e Biodireito, OAB Seccional Tocantins (OAB/TO). Ex-membro da Comissão Especial de Bioética e Biodireito, Conselho Nacional da OAB. Advogado.