v7.n12.2026

REVISTA CIENTÍFICA - RECIMA21 ISSN 2675-6218

A JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE E SEUS IMPACTOS NA GESTÃO MUNICIPAL: A RESPONSABILIDADE DOS MUNICÍPIOS NO FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS DE ALTO CUSTO À LUZ DO TEMA 6 DO SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL

HEALTH JUDICIALIZATION AND ITS IMPACTS ON MUNICIPAL MANAGEMENT: THE RESPONSIBILITY OF MUNICIPALITIES IN PROVIDING HIGH-COST MEDICATIONS IN LIGHT OF THEME 6 OF THE BRAZILIAN SUPREME FEDERAL COURT

LA JUDICIALIZACIÓN DE LA SALUD Y SUS IMPACTOS EN LA GESTIÓN MUNICIPAL: LA RESPONSABILIDAD DE LOS MUNICIPIOS EN EL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS DE ALTO COSTO A LA LUZ DEL TEMA 6 DEL SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL

Larice Rodrigues Vieira[1], Rafael Rodrigues Alves[2], Pedro Henrique Oliveira[3], Marina Teodoro[4], Valdivino José Ferreira[5]

https://doi.org/10.47820/recima21.v7i12.9954

PUBLICADO: 12/2026

RESUMO

A judicialização da saúde consolidou-se como fenômeno relevante no cenário jurídico brasileiro, sobretudo em razão do crescente número de demandas voltadas ao fornecimento de medicamentos de alto custo não incorporados ao Sistema Único de Saúde (SUS). Nessas ações, os municípios figuram frequentemente como parte, o que pode gerar impactos significativos na gestão administrativa e orçamentária das políticas públicas locais. O presente artigo tem como objetivo analisar a responsabilidade dos municípios no fornecimento de medicamentos de alto custo não incorporados ao SUS, à luz dos critérios estabelecidos pelo Supremo Tribunal Federal no julgamento do Tema 6 da repercussão geral. Adotou-se pesquisa de natureza qualitativa, de caráter descritivo e analítico, por meio de revisão bibliográfica e análise documental da legislação e da jurisprudência pertinentes. Examinam-se o direito fundamental à saúde e a organização do SUS, o fenômeno da judicialização e seus impactos na gestão municipal e os parâmetros fixados pelo Supremo para a concessão judicial de medicamentos não incorporados, em articulação com os Temas 793 e 1.234. Conclui-se que os municípios possuem responsabilidade na efetivação do direito à saúde, mas que essa responsabilidade encontra limites na organização do SUS e nos precedentes vinculantes, de modo que seu alcance financeiro e administrativo depende da condição do medicamento, do valor do tratamento, das regras de competência, das pactuações interfederativas e dos mecanismos de ressarcimento aplicáveis ao caso concreto.

PALAVRAS-CHAVE: Direito à saúde. Judicialização da saúde. Medicamentos de alto custo. Responsabilidade municipal. Políticas públicas.

[1] Graduanda em Direito pela Universidade Evangélica de Goiás (UniEVANGÉLICA), Campus Ceres, Goiás.
[2] Graduado em Direito pelo Centro Universitário de Anápolis (UniEVANGÉLICA). Mestre em Sociedade, Tecnologia e Meio Ambiente pela Universidade Evangélica de Goiás (UniEVANGÉLICA). Docente na Universidade Evangélica de Goiás (UniEVANGÉLICA), Campus Ceres, Goiás.
[3] Graduado em Direito pelo Centro Universitário de Anápolis (UniEVANGÉLICA). Especialista em Docência Universitária pela Faculdade de Ciências e Educação de Rubiataba (FACER). Docente na Universidade Evangélica de Goiás (UniEVANGÉLICA), Campus Ceres, Goiás.
[4] Graduada em Direito pelo Centro Universitário de Anápolis (UniEVANGÉLICA). Especialista em Advocacia Trabalhista. Mestre em Ciências Ambientais pelo Centro Universitário de Anápolis (UniEVANGÉLICA). Doutora em Ciências Ambientais pela Universidade Evangélica de Goiás (UniEVANGÉLICA). Docente na Universidade Evangélica de Goiás (UniEVANGÉLICA), Campus Ceres, Goiás.
[5] Graduado em Pedagogia pela Faculdade de Filosofia do Vale de São Patrício, Ceres-GO (UniEVANGÉLICA). Especialista em Administração Educacional e Língua Portuguesa pela ASOEC/RJ. Mestre e Doutor em Ciências da Religião pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC Goiás). Professor adjunto e Coordenador Pedagógico do curso de Direito da Universidade Evangélica de Goiás (UniEVANGÉLICA), Campus Ceres, Goiás.

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

REVISTA CIENTÍFICA - RECIMA21 ISSN 2675-6218

ABSTRACT
The judicialization of health has become a significant phenomenon in the Brazilian legal system, particularly due to the increasing number of lawsuits seeking high-cost medications not incorporated into the Brazilian Unified Health System (SUS). Municipalities frequently appear as defendants in these proceedings, which may generate significant administrative and budgetary impacts on local public health management. This article aims to analyze the responsibility of municipalities in providing high-cost medications not incorporated into the SUS, considering the criteria established by the Brazilian Supreme Federal Court in the judgment of Theme 6 of general repercussion. A qualitative, descriptive and analytical approach was adopted, based on bibliographic review and documentary analysis of relevant legislation and case law. The study examines the fundamental right to health and the organization of the SUS, the phenomenon of health judicialization and its impacts on municipal administration, and the parameters established by the Supreme Federal Court for the judicial provision of medications not incorporated into the SUS, in connection with Themes 793 and 1,234. It concludes that municipalities bear responsibility for ensuring the right to health, but that this responsibility is limited by the organization of the SUS and by binding precedents, so that its financial and administrative scope depends on the status of the medication, the cost of treatment, the rules of jurisdiction, intergovernmental agreements and the reimbursement mechanisms applicable to each case.

KEYWORDS: *Right to health. Health judicialization. High-cost medications. Municipal responsibility. Public policies.*

RESUMEN
La judicialización de la salud se ha consolidado como un fenómeno relevante en el escenario jurídico brasileño, debido al creciente número de demandas dirigidas al suministro de medicamentos de alto costo no incorporados al Sistema Único de Salud (SUS). En esas acciones, los municipios figuran con frecuencia como parte, lo que puede generar impactos significativos en la gestión administrativa y presupuestaria de las políticas públicas locales. El presente artículo tiene como objetivo analizar la responsabilidad de los municipios en el suministro de medicamentos de alto costo no incorporados al SUS, a la luz de los criterios establecidos por el Supremo Tribunal Federal en el juzgamiento del Tema 6 de repercusión general. Se adoptó una investigación cualitativa, descriptiva y analítica, mediante revisión bibliográfica y análisis documental de la legislación y la jurisprudencia pertinentes. Se examinan el derecho fundamental a la salud y la organización del SUS, el fenómeno de la judicialización y sus impactos en la gestión municipal, así como los parámetros fijados por el Supremo para la concesión judicial de medicamentos no incorporados, en articulación con los Temas 793 y 1.234. Se concluye que los municipios tienen responsabilidad en la efectividad del derecho a la salud, pero que dicha responsabilidad encuentra límites en la organización del SUS y en los precedentes vinculantes, de modo que su alcance financiero y administrativo depende de la condición del medicamento, del valor del tratamiento, de las reglas de competencia, de los acuerdos interfederativos y de los mecanismos de resarcimiento aplicables al caso concreto.

PALABRAS CLAVE: *Derecho a la salud. Judicialización de la salud. Medicamentos de alto costo. Responsabilidad municipal. Políticas públicas.*

1. INTRODUÇÃO

A saúde é consagrada pela Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 como direito fundamental 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

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação, conforme estabelece o art. 196. Para viabilizar essa garantia, instituiu-se o Sistema Único de Saúde (SUS), caracterizado pela descentralização político-administrativa e pelo atendimento integral, nos termos do art. 198 (Brasil, 1988). No entanto, o crescimento expressivo das demandas judiciais voltadas ao fornecimento de medicamentos de alto custo não incorporados aos atos regulamentares do SUS tem gerado o fenômeno conhecido como judicialização da saúde, impondo severos desafios administrativos e financeiros aos municípios, entes responsáveis pela execução direta dos serviços básicos de saúde, nos termos do art. 18 da Lei nº 8.080/1990 (Brasil, 1990). Diante dessa tensão entre a garantia do direito fundamental à saúde e a escassez de recursos públicos, o Supremo Tribunal Federal, no julgamento do Recurso Extraordinário nº 566.471, sob a sistemática da repercussão geral, definiu os requisitos cumulativos para a concessão judicial de fármacos não constantes das listas oficiais de dispensação do SUS, conforme tese firmada no Tema 6 (Brasil, 2024a).

Nesse contexto, surge a necessidade de investigar a responsabilidade dos municípios no fornecimento de medicamentos de alto custo não incorporados ao SUS, delimitando-se o problema que orienta esta pesquisa: quais são os limites dessa responsabilidade à luz dos critérios estabelecidos pelo Supremo Tribunal Federal no Tema 6? A relevância do estudo reside na necessidade de compreender tais limites frente ao fenômeno da judicialização da saúde, que se consolidou como uma das principais vias de acesso a tratamentos de elevado valor financeiro.

O objetivo geral consiste em analisar a responsabilidade dos municípios no fornecimento de medicamentos de alto custo não incorporados ao SUS, à luz dos critérios estabelecidos pelo Supremo Tribunal Federal no julgamento do Tema 6, examinando os limites da atuação judicial e os impactos dessa obrigação na gestão das políticas públicas municipais de saúde. Como objetivos específicos, busca-se examinar o direito fundamental à saúde e a organização do SUS, especialmente quanto à repartição de competências entre os entes federativos; analisar o fenômeno da judicialização da saúde no Brasil, com ênfase nas demandas relacionadas a medicamentos de alto custo; e estudar os critérios estabelecidos pelo Supremo Tribunal Federal no Tema 6 relativos ao fornecimento de medicamentos não incorporados ao SUS.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1. O direito fundamental à saúde e os princípios estruturantes do SUS

A compreensão contemporânea do direito à saúde exige a superação de uma visão restrita à ausência de doença, pois as condições de vida, trabalho, renda, moradia, educação, saneamento, alimentação e acesso aos serviços públicos influenciam diretamente o processo

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

saúde-doença. Conforme destacam Buss e Pellegrini Filho (2007), os determinantes sociais da saúde estão relacionados aos fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população.

Com a Constituição Federal de 1988, passou-se a assegurar o acesso universal a condições de vida digna, atribuindo-se ao Estado a responsabilidade pela organização e implementação dos direitos sociais, entre os quais se insere o direito à saúde, em busca de maior equidade social e de condições institucionais para a efetivação desses direitos (Piola, 2009). Conforme observa Slaibi (2010), o direito à saúde encontra-se expressamente inserido no rol dos direitos sociais do art. 6º, localizado no Título II, que trata dos direitos e garantias fundamentais; essa posição topográfica evidencia que a saúde não constitui mera diretriz programática, mas prerrogativa fundamental vinculada à proteção da dignidade da pessoa humana, que impõe ao Poder Público atuação normativa, administrativa e prestacional (Brasil, 1988). Trata-se, ademais, de direito individual subjetivo, de modo que cada cidadão pode exigir do Estado o acesso às prestações básicas dos serviços de saúde, especialmente às prestações mínimas asseguradas pelo sistema público (Gonçalves, 2011 *apud* Rodrigueiro; Moreira, 2016).

A constitucionalização do direito à saúde possibilitou, assim, que os cidadãos recorressem ao Poder Judiciário para exigir do Estado tratamentos, cirurgias e medicamentos. Contudo, apesar de o Brasil ter sido um dos primeiros países a prever o acesso universal à saúde em sua legislação, o financiamento necessário para cumprir plenamente o art. 196 da Constituição ainda não é integralmente assegurado, resultando em problemas como filas de espera e atendimento inadequado (Pontes, 2024).

Os princípios estruturantes do SUS decorrem do processo histórico vinculado à Reforma Sanitária Brasileira e encontram positivação central na Constituição de 1988 e na Lei nº 8.080/1990 (Oliveira *et al.*, 2025). Sob uma perspectiva jurídica, configuram normas de elevada densidade valorativa e verdadeiros vetores normativos vinculantes, identificando-se três princípios que compõem o núcleo do sistema: a universalidade, a integralidade e a equidade (Prado; Matias, 2026). A universalidade representa uma ruptura com o modelo previdenciário anteriormente vigente, baseado na lógica contributiva e excludente, e implica o reconhecimento do acesso às ações e serviços de saúde como direito público subjetivo, independentemente de critérios de elegibilidade econômica ou laboral (Serrano, 2009). A integralidade traduz-se na exigência de um conjunto articulado e contínuo de ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, em todos os níveis de complexidade do sistema (Matta *et al.*, 2007). A equidade, embora não explicitamente denominada no texto constitucional, deriva da interpretação material

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

do princípio da igualdade e busca promover justiça distributiva, mediante a alocação de recursos e a priorização de políticas conforme as demandas específicas de determinados segmentos populacionais (Barbosa, 2014).

2.2. A repartição de competências entre União, Estados e Municípios no SUS

A Constituição Federal, ao estabelecer nos arts. 196 a 200 as bases normativas da política pública de saúde, concebeu o SUS como um sistema único, integrado por ações e serviços organizados em rede, com direção única em cada esfera de governo, atendimento integral e participação da comunidade (Brasil, 1988). A Lei nº 8.080/1990 regulamenta esse desenho e determina a observância da descentralização político-administrativa, com ênfase na descentralização dos serviços para os Municípios, bem como da regionalização e hierarquização da rede (Brasil, 1990).

Nesse modelo, a repartição de competências constitui uma distribuição funcional de responsabilidades dentro de uma rede pública integrada. A União exerce papel normativo, coordenador, planejador e financiador em âmbito nacional; os Estados coordenam redes regionalizadas, apoiam técnica e financeiramente os Municípios e estruturam serviços de média e alta complexidade; aos Municípios compete, em regra, a execução direta das ações e serviços locais, especialmente na atenção básica, na vigilância em saúde e na promoção e prevenção, sem que isso signifique atribuição ilimitada de responsabilidade por todos os níveis de atenção (Brasil, 1988; Brasil, 1990). A descentralização, portanto, não se confunde com municipalização absoluta ou transferência integral dos encargos sanitários aos Municípios (Brasil, 1988). Pela hierarquização, a atenção básica funciona como porta de entrada preferencial, enquanto os serviços especializados e de alta densidade tecnológica são organizados em pontos de atenção próprios, muitas vezes sob gestão estadual, regional ou pactuada (Brasil, 1990); pela regionalização, detalhada pelo Decreto nº 7.508/2011, as Regiões de Saúde integram municípios próximos para a organização, o planejamento e a execução das ações e serviços públicos de saúde (Brasil, 2011). As Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite, por sua vez, pactuam aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS (Brasil, 1990).

No plano do financiamento, a Constituição prevê o custeio do SUS com recursos da seguridade social da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios (Brasil, 1988), disciplina complementada pela Lei Complementar nº 141/2012, que regulamentou os valores mínimos a serem aplicados anualmente em ações e serviços públicos de saúde (Brasil, 2012). Todavia, a existência de financiamento tripartite não autoriza a conclusão de que qualquer ente

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

possa ser indistintamente responsabilizado, no plano administrativo, por toda e qualquer prestação de saúde. É necessário distinguir a solidariedade constitucional do dever de garantir o direito à saúde da organização administrativa interna do SUS, que distribui funções, define fluxos, estabelece protocolos e atribui responsabilidades específicas conforme o nível de complexidade da demanda (Brasil, 1988; Brasil, 1990).

2.3. A judicialização da saúde e as demandas por medicamentos de alto custo

A judicialização da saúde associa-se à centralidade assumida pela Constituição de 1988 na proteção dos direitos fundamentais (Barroso, 2012) e à ampliação do acesso ao Poder Judiciário como meio de reivindicação de prestações estatais (Ventura *et al.*, 2010). Ela ocorre quando o usuário recorre ao Judiciário para obter prestações não atendidas adequadamente pela via administrativa, cabendo ao julgador analisar a necessidade do caso sem desconsiderar os critérios técnicos, sanitários e orçamentários do SUS (Barroso, 2012). Segundo Vieira (2023), o fenômeno resulta de uma combinação de fatores, entre eles a insuficiência da oferta pública, a dificuldade de organização das redes assistenciais, a demora na incorporação de tecnologias e a maior circulação de informações sobre tratamentos disponíveis.

Pepe *et al.* (2010, p. 2405) identificam uma das faces desse fenômeno como o “intenso uso da via judicial para fornecimento de medicamentos”. Com a Constituição de 1988, a saúde passou a ser compreendida como prestação vinculada à dignidade humana e ao mínimo existencial, criando um campo de tensão entre a proteção individual urgente e a organização coletiva das políticas públicas (Sarlet; Figueiredo, 2008; Barroso, 2012). Quando a política pública já prevê determinado medicamento e a negativa decorre de desabastecimento, demora indevida ou falha de organização local, a atuação judicial pode servir para corrigir a omissão administrativa (Pepe *et al.*, 2010). De outro lado, as ações judiciais também podem gerar dificuldades quando determinam o fornecimento de medicamentos sem registro sanitário, sem indicação prevista em protocolo público, sem avaliação de incorporação ou sem análise adequada das alternativas terapêuticas já oferecidas pelo SUS. Figueiredo, Pepe e Osorio-de-Castro (2010) defendem que a demanda judicial de medicamentos deve ser observada também sob um enfoque sanitário, pois a prescrição individual precisa ser examinada à luz da segurança, da eficácia, da efetividade, da necessidade terapêutica e da racionalidade do uso de medicamentos.

Há, ainda, o possível efeito desigual da judicialização. Ferraz (2009) sustenta que o acesso aos tribunais pode favorecer grupos com maior capacidade de mobilização jurídica e acesso à informação, e Chieffi e Barata (2009) indicam que as decisões individuais podem

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

deslocar recursos públicos para demandas específicas, sem que haja, necessariamente, análise do impacto dessa destinação sobre as necessidades coletivas. Diante da necessidade de informações técnicas que vão além da formação jurídica tradicional, o Conselho Nacional de Justiça (2019) passou a estimular a criação de estruturas de apoio técnico aos magistrados, como os Núcleos de Apoio Técnico do Poder Judiciário.

No âmbito das demandas por medicamentos de alto custo, a própria expressão exige cuidado conceitual, pois não há definição única e consolidada: o termo pode se referir ao valor unitário elevado, ao impacto financeiro do tratamento contínuo, à relação com doenças raras, ao uso de tecnologias inovadoras ou à ausência de incorporação às políticas públicas, razão pela qual a análise jurídica precisa ir além do preço e considerar a necessidade clínica, a evidência disponível, a possibilidade de incorporação ao SUS e os efeitos da decisão sobre a política pública (Caetano *et al.*, 2025). Vieira e Zucchi (2007) apontam que as decisões individuais podem gerar distorções na política de medicamentos ao obrigarem o Poder Público a adquirir produtos fora da programação administrativa, com preços superiores e menor possibilidade de negociação. Osorio-de-Castro *et al.* (2025), em revisão de escopo, evidenciam que esse grupo de demandas concentra forte apelo individual e alto potencial de impacto financeiro; quando o medicamento ainda não foi incorporado, a decisão judicial pode deslocar para o caso individual a análise que o SUS realiza por procedimentos próprios de avaliação de tecnologias, de modo que a proteção do paciente deve ser compatibilizada com a distribuição coletiva dos recursos (Vieira, 2023; Osorio-de-Castro *et al.*, 2025).

3. METODOLOGIA

O estudo foi desenvolvido por meio de pesquisa de natureza qualitativa, com abordagem bibliográfica e documental, de caráter descritivo e analítico. A pesquisa bibliográfica foi realizada a partir da leitura e análise de obras doutrinárias, artigos científicos e publicações acadêmicas relacionadas ao direito fundamental à saúde, à judicialização das políticas públicas e à responsabilidade dos entes federativos na prestação dos serviços de saúde, com autores do direito constitucional e do direito administrativo, além de estudos voltados especificamente à judicialização da saúde no contexto brasileiro.

A pesquisa documental consistiu no exame da legislação pertinente, especialmente da Constituição da República de 1988, da Lei nº 8.080/1990, do Decreto nº 7.508/2011 e da Lei Complementar nº 141/2012, bem como da jurisprudência dos tribunais superiores, com destaque para as decisões do Supremo Tribunal Federal relativas ao fornecimento judicial de medicamentos não incorporados ao SUS, em especial o julgamento do Recurso Extraordinário

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

nº 566.471, submetido à sistemática da repercussão geral no Tema 6. Por meio dessa metodologia, buscou-se compreender os critérios fixados pela jurisprudência constitucional e analisar seus reflexos na atuação dos municípios, especialmente no que se refere aos impactos administrativos, financeiros e orçamentários decorrentes da judicialização do fornecimento de medicamentos de alto custo.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1. Impactos da judicialização da saúde na gestão administrativa e orçamentária dos municípios

A judicialização da saúde produz efeitos diretos sobre a gestão municipal porque os municípios ocupam posição de proximidade com a população e costumam ser acionados judicialmente, inclusive quando a demanda envolve medicamentos de alto custo, tecnologias não incorporadas ao SUS ou tratamentos cuja responsabilidade administrativa pertence a outro ente federativo. Essa situação decorre da compreensão constitucional de que a saúde constitui dever do Estado em sentido amplo, somada à interpretação judicial da responsabilidade solidária entre os entes federativos (Barroso, 2009; Vieira, 2023).

No plano administrativo, a decisão judicial impõe providências a serem cumpridas em prazo curto, sob pena de multa, bloqueio de valores ou responsabilização do gestor, exigindo compra emergencial, abertura de processo administrativo, verificação de fornecedores e organização da entrega ao paciente, o que desloca a gestão de atividades previamente planejadas para o cumprimento de determinações individuais (Pepe *et al.*, 2010; Wang *et al.*, 2014). Como a assistência farmacêutica envolve etapas sucessivas e interdependentes — seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação —, a entrada de ordens judiciais fora dessa cadeia pode criar compras fragmentadas, menos econômicas e de difícil acompanhamento (Pepe *et al.*, 2010). Pinto e Osorio-de-Castro (2015), ao estudarem pequenos municípios brasileiros, demonstram que a assistência farmacêutica local sofre impactos importantes quando precisa responder a ordens judiciais sem estrutura suficiente para avaliação técnica e planejamento de compras, o que indica que a judicialização afeta de forma mais intensa os municípios com menor capacidade administrativa e financeira.

No plano orçamentário, quando uma decisão determina a aquisição imediata de medicamento de valor elevado, a gestão precisa realocar recursos, alterar prioridades e, por vezes, reduzir a margem destinada a ações planejadas para um número maior de usuários (Wang *et al.*, 2014; Vieira, 2023). Wang *et al.* (2014), em estudo sobre o Município de São Paulo, apresentam dados que evidenciam a dimensão do problema:

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

> De acordo com as estimativas do presente trabalho, o gasto do município com judicialização da saúde em 2011 é o equivalente a 6% do que o município gastou com sua política de assistência farmacêutica e 10% do total gasto com fornecimento de medicamentos e material hospitalar, ambulatorial e odontológico. Além do mais, cerca de 55% do gasto com judicialização da saúde são destinados ao fornecimento de medicamentos de responsabilidade de estados ou União, distorcendo a organização federativa do sistema, e 45% para tratamentos não contemplados pelo SUS (Wang *et al.*, 2014, p. 1204).

Esse dado demonstra que a judicialização municipal não se limita ao aumento de despesas, pois também desloca encargos entre os entes federativos e fragiliza os fluxos administrativos pactuados no SUS, podendo concentrar no ente local obrigações que exigem financiamento, estrutura e responsabilidade definidos em outra esfera de governo (Wang *et al.*, 2014; Vieira, 2023). Os dados mais recentes reforçam a permanência do problema: pesquisa divulgada pelo Ipea em 2025, com base em informações de 2023, indicou que os gastos com medicamentos judicializados corresponderam, em média, a 32,9% do total gasto com medicamentos pelos estados que informaram dados, enquanto nos municípios esse percentual chegou a 8,4% da despesa com assistência farmacêutica (Vieira *et al.*, 2025). Além do gasto direto, o cumprimento das decisões gera custos administrativos que nem sempre aparecem nos levantamentos financeiros, embora reduzam o tempo disponível para ações de prevenção, organização da atenção básica e planejamento coletivo (Wang *et al.*, 2014; Pinto; Osorio-de-Castro, 2015).

A judicialização também pode provocar desigualdades no acesso aos recursos públicos, pois as ações individuais podem beneficiar usuários com maior acesso à informação, médicos, advogados e canais institucionais de reivindicação, tensionando o princípio da equidade (Chieffi; Barata, 2009), enquanto usuários mais vulneráveis permanecem dependentes das filas, dos protocolos e da oferta ordinária do SUS (Ferraz, 2009). Ainda assim, a ação judicial pode representar a única alternativa concreta para pessoas com doenças graves, negativa administrativa e impossibilidade financeira de adquirir medicamentos, o que exige, no caso dos municípios, equilíbrio entre a proteção do paciente e a manutenção de uma política pública capaz de atender a coletividade (Vieira, 2023). Nesse cenário, o diálogo institucional entre gestores, Ministério Público, Defensoria Pública, Judiciário, conselhos de saúde e profissionais da rede pode ajudar a identificar demandas repetitivas, corrigir falhas administrativas e encaminhar pedidos mais complexos às instâncias competentes (Asensi; Pinheiro, 2016). Essa realidade

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

justifica a análise dos critérios fixados pelo Supremo Tribunal Federal no Tema 6, que busca orientar a atuação judicial e delimitar os efeitos dessas decisões sobre os entes federativos, inclusive os municípios.

4.2. O Tema 6 e os requisitos cumulativos para o fornecimento judicial de medicamentos não incorporados

O Tema 6 teve origem no Recurso Extraordinário nº 566.471/RN, interposto pelo Estado do Rio Grande do Norte contra decisão que determinara o fornecimento de medicamento de alto custo a paciente que alegava não possuir condições financeiras de adquiri-lo. A formulação definitiva da tese foi concluída em 26 de setembro de 2024, com publicação do acórdão em 28 de novembro de 2024, e ampliou o alcance da discussão inicialmente identificada pela expressão “medicamentos de alto custo”, pois passou a alcançar medicamentos ausentes das listas de dispensação do SUS independentemente do preço, de modo que a condição de incorporação da tecnologia passou a integrar diretamente a análise judicial (Brasil, 2024a).

Como regra, o Supremo estabeleceu que a ausência do medicamento nas listas oficiais de dispensação do SUS impede sua concessão judicial, ainda que exista prescrição médica. O fornecimento ficou reservado às hipóteses excepcionais em que o medicamento possua registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e sejam demonstradas, cumulativamente, as seguintes condições: negativa administrativa de fornecimento; ilegalidade do ato de não incorporação pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (Conitec), ausência de pedido de incorporação ou demora indevida na sua apreciação; inexistência de substituto terapêutico incorporado ao SUS; evidências científicas qualificadas sobre o medicamento; imprescindibilidade para o paciente; e incapacidade financeira para custear o tratamento. O ônus de demonstrar esses requisitos foi expressamente atribuído à parte que solicita o medicamento (Brasil, 2024a).

Quanto à incorporação, o controle jurisdicional restringe-se ao exame da legalidade do ato administrativo e deve considerar o procedimento conduzido pela Conitec, cuja avaliação abrange eficácia, segurança, efetividade e avaliação econômica da tecnologia, nos termos dos arts. 19-Q e 19-R da Lei nº 8.080/1990 (Brasil, 1990), preservando a esfera técnica da avaliação realizada pela Administração (Brasil, 2024a). Essa delimitação ganha relevo diante da complexidade do processo de incorporação: em estudo que examinou 34 relatórios de recomendação da Conitec referentes a dez medicamentos altamente judicializados, Lima, Andrietta e Scheffer (2025) identificaram variações nas avaliações e situações em que contribuições de consultas públicas modificaram a recomendação preliminar.

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

A tese exige, ainda, comprovação de eficácia, acurácia, efetividade e segurança com base em evidências de alto nível, como ensaios clínicos randomizados, revisões sistemáticas ou metanálises; a imprescindibilidade deve constar de laudo médico fundamentado, que permita avaliar se as alternativas oferecidas pelo SUS foram consideradas; e a incapacidade financeira deve ser analisada considerando o valor efetivo do tratamento e a situação econômica apresentada no processo (Brasil, 2024a). No AgInt no RMS nº 74.840/GO, a Primeira Turma do Superior Tribunal de Justiça manteve a negativa de fornecimento porque a documentação não demonstrava suficientemente a imprescindibilidade do medicamento nem a ineficácia das alternativas oferecidas pelo SUS; embora fundado no Tema 106 daquela Corte, o julgado evidencia a continuidade da exigência de prova clínica individualizada (Brasil, 2025c).

O caráter cumulativo dessas condições impede que a gravidade da enfermidade, a existência de uma prescrição ou a insuficiência financeira sejam utilizadas isoladamente como fundamento suficiente para o fornecimento (Brasil, 2024a). Na Reclamação nº 75.049 AgR, o Supremo reafirmou que cabe à parte autora demonstrar o preenchimento cumulativo das exigências (Brasil, 2025a); na Reclamação nº 75.471, reforçou que o controle judicial deve considerar os fundamentos técnicos utilizados pelas instâncias responsáveis pela avaliação e incorporação de tecnologias em saúde (Brasil, 2025b).

O Tema 6 também estabeleceu deveres para o Poder Judiciário: o magistrado deve examinar a negativa administrativa e a situação do medicamento perante a Conitec e recorrer ao apoio técnico disponível, sendo afastada a concessão baseada exclusivamente no relatório ou na prescrição do médico assistente. O cumprimento desses parâmetros foi vinculado ao art. 489, § 1º, e ao art. 927 do Código de Processo Civil, com possibilidade de nulidade quando desconsiderados; e, concedido o medicamento, o órgão jurisdicional deve comunicar os órgãos competentes para que seja avaliada sua incorporação ao SUS (Brasil, 2024a). O Guia Prático para os Temas 6 e 1.234 organiza essa análise em fluxos destinados a orientar a verificação da situação do medicamento, da competência jurisdicional e dos requisitos exigidos, com consulta ao Núcleo de Apoio Técnico do Poder Judiciário sempre que a estrutura estiver disponível (Conselho Nacional de Justiça, 2025).

A obrigatoriedade desses parâmetros foi reforçada pela Súmula Vinculante nº 61, segundo a qual a concessão judicial de medicamento registrado na Anvisa e não incorporado às listas de dispensação do SUS deve observar as teses do Tema 6 (Brasil, 2024b). Gomes, Moraes e Meneghim (2025) apontam que a articulação entre o Tema 6, o Tema 1.234 e a Súmula Vinculante nº 61 tende a uniformizar a análise das demandas por medicamentos, exigindo maior atenção à produção da prova, à incorporação tecnológica e às informações das estruturas

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

técnicas que auxiliam a decisão judicial. O Judiciário permanece, assim, autorizado a reconhecer situações excepcionais de acesso, desde que a pretensão seja submetida aos critérios administrativos, clínicos, científicos e econômicos estabelecidos pelo Supremo (Brasil, 2024a). Verificados esses requisitos, contudo, resta identificar qual ente deve responder pela demanda e como o custo será distribuído na organização federativa do SUS.

4.3. A responsabilidade dos municípios após os Temas 793 e 1.234: competência, custeio e ressarcimento interfederativo

A definição da responsabilidade municipal exige distinguir o dever constitucional compartilhado de proteção à saúde da atribuição concreta do cumprimento e do custeio de cada prestação. O Tema 793 reconheceu a responsabilidade solidária dos entes federativos e determinou que a autoridade judicial direcione o cumprimento conforme as regras de repartição de competências do SUS, assegurando o ressarcimento ao ente que suportar encargo atribuído administrativamente a outro; assim, o simples fato de o Município figurar entre os entes responsáveis pela garantia da saúde não determina, por si só, que deva financiar toda prestação reconhecida judicialmente (Brasil, 2019).

O Tema 1.234, julgado no Recurso Extraordinário nº 1.366.243/SC, conferiu parâmetros mais específicos a essa orientação, definindo o juízo competente, o custeio e o ressarcimento nas ações relativas a medicamentos registrados na Anvisa e não incorporados ao SUS, a partir do custo anual do tratamento, calculado com base no Preço Máximo de Venda ao Governo divulgado pela Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (Brasil, 2024c).

Nos tratamentos de custo anual igual ou superior a 210 salários mínimos, a ação tramita na Justiça Federal e o custeio cabe integralmente à União, o que delimita objetivamente a responsabilidade financeira dos municípios nos tratamentos de maior expressão econômica; eventual inclusão de Estado ou Município para viabilizar o cumprimento da decisão possui natureza operacional e não transfere a responsabilidade financeira, sendo devido o ressarcimento integral quando houver desembolso de recursos próprios (Brasil, 2024c), sem ônus sucumbencial para esses entes (Conselho Nacional de Justiça, 2025). Na faixa superior a 7 e inferior a 210 salários mínimos, a demanda tramita na Justiça Estadual e a União deve ressarcir 65% dos gastos (Brasil, 2024c); os 35% restantes, contudo, não são automaticamente atribuídos aos municípios, pois o custeio remanescente pertence, em regra, ao Estado, ficando eventual responsabilidade municipal condicionada a pactuação específica na Comissão Intergestores Bipartite. Nos medicamentos oncológicos, o ressarcimento pela União é de 80% (Brasil, 2024c), percentual mantido, provisoriamente, para as ações ajuizadas após 10 de junho

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

de 2024 por acordo referendado pelo Supremo em fevereiro de 2026 (Brasil, 2026). Nos tratamentos de até 7 salários mínimos, o custeio é indicado como responsabilidade estadual. O novo regime deixou, portanto, de utilizar a presença do Município no sistema público como fundamento suficiente para imputar a ele o financiamento de medicamentos que permanecem fora da política de assistência farmacêutica (Conselho Nacional de Justiça, 2025).

Situação diversa ocorre com os medicamentos já incorporados, cujo ente responsável deve ser identificado conforme o componente da assistência farmacêutica a que pertencem e a repartição de financiamento previamente pactuada; o modelo apresentado pelo CNJ atribui, por exemplo, determinados medicamentos do Componente Básico e do Grupo 3 do Componente Especializado aos municípios, enquanto outros grupos cabem predominantemente aos Estados ou à União (Conselho Nacional de Justiça, 2025).

Os acordos interfederativos homologados no Tema 1.234 receberam força vinculante por meio da Súmula Vinculante nº 60, de modo que o pedido administrativo, sua análise, a judicialização e seus desdobramentos devem observar os fluxos ali definidos, e a distribuição das obrigações deixa de depender exclusivamente da composição escolhida pelo autor da ação (Brasil, 2024d). Schwartz e Dias (2025), analisando o modelo sob a ótica da governança judicial colaborativa, destacam que ele favorece a racionalização da utilização dos recursos públicos ao relacionar a tutela jurisdicional às responsabilidades administrativas existentes no SUS. No plano administrativo, a Portaria GM/MS nº 6.212/2024 disciplinou os procedimentos de ressarcimento e previu que Estados e Municípios organizem, por meio das Comissões Intergestores Bipartite, regras, fluxos e prazos próprios, mecanismo especialmente significativo para os municípios de menor capacidade orçamentária, que podem realizar o desembolso imediato antes da regularização financeira entre os entes (Brasil, 2024e).

Deve-se observar, ainda, a modulação estabelecida pelo Supremo: os critérios de competência do Tema 1.234 alcançam as ações ajuizadas após a publicação do resultado do julgamento de mérito, em 19 de setembro de 2024, permanecendo os processos anteriores submetidos às regras vigentes no momento de sua propositura. A análise da responsabilidade atribuída a um Município deve observar, portanto, a data do ajuizamento, a condição do medicamento no SUS, o custo anual do tratamento e as regras interfederativas de financiamento aplicáveis (Brasil, 2024c).

A leitura conjunta dos precedentes exige distinguir seus efeitos. O Tema 6 disciplina o mérito da pretensão, ao definir em que condições o medicamento registrado na Anvisa e não incorporado pode ser concedido, sem indicar o ente que deve fornecê-lo ou custeá-lo (Brasil, 2024a); o Tema 793 afirma a solidariedade dos entes perante o cidadão e impõe o

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

direcionamento do cumprimento conforme a repartição de competências (Brasil, 2019); e o Tema 1.234, reforçado pela Súmula Vinculante nº 60, define a competência jurisdicional, o custeio e o ressarcimento (Brasil, 2024c, 2024d). Assim, a responsabilidade solidária, que garante ao cidadão a tutela do direito à saúde, não se confunde com a competência judicial, que identifica o órgão julgador, nem com o financiamento, que determina o ente que suportará o ônus econômico, o que afasta a transferência definitiva de qualquer obrigação financeira ao Município escolhido para integrar a demanda.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise desenvolvida permitiu compreender que a judicialização da saúde, especialmente nas demandas envolvendo medicamentos não incorporados ao SUS, apresenta reflexos que ultrapassam a situação individual levada ao Judiciário e alcançam a organização administrativa, o financiamento das políticas públicas e a distribuição de responsabilidades entre os entes federativos. Verificou-se que União, Estados, Distrito Federal e Municípios integram uma estrutura de responsabilidade compartilhada, organizada por competências, níveis de atendimento, formas de financiamento e mecanismos de cooperação, e que as decisões judiciais podem produzir efeitos expressivos sobre a gestão municipal, sobretudo quando determinam aquisições emergenciais fora do planejamento e deslocam recursos, com consequências mais intensas nos municípios de menor capacidade financeira e técnica.

O julgamento do Tema 6 estabeleceu que o fornecimento judicial de medicamentos não incorporados ao SUS possui caráter excepcional e depende do cumprimento cumulativo de requisitos ligados à negativa administrativa, à situação da tecnologia perante a Conitec, à inexistência de alternativa terapêutica adequada, à comprovação científica, à imprescindibilidade clínica e à incapacidade financeira do paciente, além de exigir fundamentação judicial baseada em elementos técnicos e científicos. Esses parâmetros contribuem para reduzir decisões baseadas exclusivamente na prescrição individual e para que a concessão de medicamentos fora das listas oficiais seja examinada de maneira mais uniforme.

Quanto à responsabilidade municipal, a análise conjunta dos Temas 793 e 1.234 demonstrou que a solidariedade entre os entes permanece como garantia do acesso à saúde, enquanto o cumprimento e o custeio das decisões devem observar a repartição administrativa de competências, as regras de financiamento e os mecanismos de ressarcimento. A resposta ao problema de pesquisa aponta, portanto, que os municípios possuem responsabilidade na efetivação do direito à saúde, porém essa responsabilidade encontra limites na própria organização do SUS e nos parâmetros fixados pelo Supremo Tribunal Federal, devendo a análise

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

de cada demanda considerar a condição do medicamento, a competência administrativa envolvida, a forma de financiamento da prestação e a possibilidade de ressarcimento entre os entes federativos.

Os objetivos propostos foram alcançados, e o estudo demonstra que o enfrentamento da judicialização da saúde exige maior integração entre os gestores públicos, os órgãos do sistema de justiça e as estruturas técnicas responsáveis pela avaliação das tecnologias em saúde, para que decisões urgentes atendam às necessidades concretas dos pacientes sem desorganizar os fluxos administrativos e financeiros que sustentam o atendimento coletivo. O aprimoramento desses mecanismos de cooperação, aliado à aplicação uniforme dos precedentes vinculantes, pode contribuir para uma atuação pública mais previsível e para uma distribuição mais adequada das responsabilidades decorrentes das demandas judiciais por medicamentos.

REFERÊNCIAS

ASENSI, Felipe Dutra; PINHEIRO, Roseni. Judicialização da saúde e diálogo institucional: a experiência de Lages (SC). **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 48-65, jul./out. 2016. Disponível em: https://revistas.usp.br/rdisan/article/view/122306. Acesso em: 21 maio 2026.

BARBOSA, Jeferson Ferreira. **Direito à saúde e solidariedade na Constituição brasileira**. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora, 2014.

BARROSO, Luís Roberto. Da falta de efetividade à judicialização excessiva: direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros para a atuação judicial. **Jurisprudência Mineira**, Belo Horizonte, v. 60, n. 188, p. 35-50, jan./mar. 2009. Disponível em: https://bd.tjmg.jus.br/jspui/handle/tjmg/516. Acesso em: 21 maio 2026.

BARROSO, Luís Roberto. Judicialização, ativismo judicial e legitimidade democrática. **(SYN)THESIS**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 23-32, 2012. Disponível em: https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/synthesis/article/view/7433. Acesso em: 21 maio 2026.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Presidência da República, 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.htm. Acesso em: 7 abr. 2026.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 7 abr. 2026.

BRASIL. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2011. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm. Acesso em: 9 set. 2026.

BRASIL. **Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012.** Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2012. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm. Acesso em: 9 set. 2026.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Recurso Extraordinário nº 855.178/SE**. Tema 793 da repercussão geral. Relator: Min. Luiz Fux. Redator para o acórdão: Min. Edson Fachin. Tribunal Pleno, julgado em 23 maio 2019. Brasília, DF: STF, 2019. Disponível em: https://portal.stf.jus.br/jurisprudenciaRepercussao/verAndamentoProcesso.asp?incidente=4678356&numeroProcesso=855178&numeroTema=793. Acesso em: 9 set. 2026.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Recurso Extraordinário nº 566.471/RN**. Tema 6 da repercussão geral. Relator: Min. Marco Aurélio. Redator para o acórdão: Min. Luís Roberto Barroso. Tribunal Pleno, tese fixada em 26 set. 2024, acórdão publicado em 28 nov. 2024. Brasília, DF: STF, 2024a. Disponível em: https://portal.stf.jus.br/jurisprudenciaRepercussao/verAndamentoProcesso.asp?classeProcesso=RE&incidente=2565078&numeroProcesso=566471&numeroTema=6. Acesso em: 9 set. 2026.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Súmula Vinculante nº 61**. A concessão judicial de medicamento registrado na Anvisa, mas não incorporado às listas de dispensação do Sistema Único de Saúde, deve observar as teses firmadas no julgamento do Tema 6 da repercussão geral (RE 566.471). Brasília, DF: STF, 2024b. Disponível em: https://portal.stf.jus.br/jurisprudencia/sumariosumulas.asp?base=26&sumula=9296. Acesso em: 9 set. 2026.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Recurso Extraordinário nº 1.366.243/SC**. Tema 1.234 da repercussão geral. Relator: Min. Gilmar Mendes. Tribunal Pleno, julgamento virtual finalizado em 13 set. 2024, acórdão publicado em 11 out. 2024. Brasília, DF: STF, 2024c. Disponível em: https://portal.stf.jus.br/jurisprudenciaRepercussao/tema.asp?num=1234. Acesso em: 9 set. 2026.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Súmula Vinculante nº 60**. O pedido e a análise administrativos de fármacos na rede pública de saúde, a judicialização do caso e seus desdobramentos devem observar os acordos interfederativos homologados no Tema 1.234 da repercussão geral. Brasília, DF: STF, 2024d. Disponível em: https://portal.stf.jus.br/jurisprudencia/sumariosumulas.asp?base=26&sumula=9260. Acesso em: 9 set. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 6.212, de 19 de dezembro de 2024**. Dispõe sobre regras procedimentais para o ressarcimento interfederativo relativo a valores financeiros despendidos decorrentes de ordens judiciais referentes a fornecimento de medicamentos. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024e. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt6212_20_12_2024.html. Acesso em: 9 set. 2026.

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Agravo Regimental na Reclamação nº 75.049/MG**. Relator: Min. Flávio Dino. Primeira Turma, julgado em 25 jun. 2025, DJe 30 jun. 2025. Brasília, DF: STF, 2025a. Disponível em: https://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=7136336. Acesso em: 9 set. 2026.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Reclamação nº 75.471/MG**. Relator: Min. Flávio Dino. Decisão monocrática de 25 fev. 2025. Brasília, DF: STF, 2025b. Disponível em: https://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=7146995. Acesso em: 9 set. 2026.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. **Agravo Interno no Recurso em Mandado de Segurança nº 74.840/GO**. Relator: Min. Sérgio Kukina. Primeira Turma, julgado em 14 abr. 2025, DJEN 23 abr. 2025. Brasília, DF: STJ, 2025c. Disponível em: https://sv03.stj.jus.br/SCON/GetInteiroTeorDoAcordao?dt_publicacao=23%2F04%2F2025&num_registro=202403864548. Acesso em: 9 set. 2026.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Referendo na homologação de acordo no Recurso Extraordinário nº 1.366.243/SC**. Tema 1.234 da repercussão geral. Relator: Min. Gilmar Mendes. Tribunal Pleno, julgado em 19 fev. 2026. Informativo STF, Brasília, DF, n. 1206, 9 mar. 2026. Disponível em: https://www.stf.jus.br/arquivo/informativo/documento/informativo1206.htm. Acesso em: 18 nov. 2026.

BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007. Disponível em: https://www.scielo.br/j/physis/a/msNmfGf74RqZsbpKYXxNKhm/?lang=pt. Acesso em: 9 set. 2026.

CAETANO, Rosângela; OLIVEIRA, Ione Ayala Gualandi de; MATTOS, Lívia; KRAUZE, Patrícia; OSORIO-DE-CASTRO, Claudia Garcia Serpa. Medicamentos de alto custo: definições presentes na produção científica e acadêmica brasileira sobre judicialização em saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 49, n. 144, 2025. Disponível em: https://www.saudeemdebate.org.br/sed/article/view/9329. Acesso em: 21 maio 2026.

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, ago. 2009. Disponível em: https://www.scielosp.org/article/csp/2009.v25n8/1839-1849/pt/. Acesso em: 21 maio 2026.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Judicialização da saúde no Brasil**: perfil das demandas, causas e propostas de solução. Brasília, DF: CNJ, 2019. Disponível em: https://bibliotecadigital.cnj.jus.br/jspui/handle/123456789/515. Acesso em: 21 maio 2026.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Guia prático para os Temas 6 e 1234**: fluxos para apreciação de concessão de medicamentos em face do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: CNJ, 2025. 171 p. ISBN 978-65-5972-200-6. Disponível em: https://bibliotecadigital.cnj.jus.br/jspui/handle/123456789/1073. Acesso em: 9 set. 2026.

FERRAZ, Octavio Luiz Motta. The right to health in the courts of Brazil: worsening health inequities? **Health and Human Rights**, Boston, v. 11, n. 2, p. 33-45, 2009. Disponível em: https://www.hhrjournal.org/2013/08/the-right-to-health-in-the-courts-of-brazil-worsening-health-inequities/. Acesso em: 21 maio 2026.

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

FIGUEIREDO, Tatiana Aragão; PEPE, Vera Lúcia Edais; OSORIO-DE-CASTRO, Claudia Garcia Serpa. Um enfoque sanitário sobre a demanda judicial de medicamentos. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 101-118, 2010. Disponível em: https://www.scielo.br/j/physis/a/qDL8vPXDS8bKdqdPyqsNP7G/. Acesso em: 21 maio 2026.

GOMES, Stefany de Lima; MORAES, Caroline Nogueira de; MENEGHIM, Marcelo de Castro. Judicialização e acesso a medicamentos: implicações da Súmula Vinculante 61 e dos Temas 6 e 1234 do STF. **Saúde, Ética & Justiça**, São Paulo, v. 30, n. 1, e-240484, 2025. DOI: 10.11606/issn.2317-2770.v30i1e-240484. Disponível em: https://revistas.usp.br/sej/article/view/240484. Acesso em: 9 set. 2026.

LIMA, Rafaella Dórea Santos; ANDRIETTA, Lucas Salvador; SCHEFFER, Mário César. Características da avaliação de medicamentos altamente judicializados: interações entre a judicialização do acesso e o processo de incorporação tecnológica no SUS. **Revista de Medicina**, São Paulo, v. 104, n. 3, e-227750, 2025. DOI: 10.11606/issn.1679-9836.v104i3e-227750. Disponível em: https://revistas.usp.br/revistadc/pt_BR/article/view/227750. Acesso em: 9 set. 2026.

MATTA, Gustavo Corrêa *et al.* Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. *In*: POLÍTICAS de saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2007. p. 61-80. Disponível em: https://materiais.ead.fiocruz.br/especializacao/gestao-de-risco-de-emergencias-e-desastres-em-saude-publica/percurso/documents/Principios_diretrizes_sus.pdf. Acesso em: 18 nov. 2026.

OLIVEIRA, Átila Jamil; REBOUÇAS, Fábio Augusto Costa Ferreira; DIAS, Daniel Almeida; XAVIER, Alexandre Ferreira. Saúde pública e Sistema Único de Saúde (SUS): caminhos para a universalidade e a integralidade dos serviços. **Revista DCS**, v. 22, n. 82, e3445, 2025. Disponível em: https://ojs.revistadcs.com/index.php/revista/article/view/3445. Acesso em: 7 abr. 2026.

OSORIO-DE-CASTRO, Claudia Garcia Serpa; MATTOS, Lívia Teixeira de; KRAUZE, Patrícia; OLIVEIRA, Ione Ayala Gualandi de; CAETANO, Rosângela. Judicialização de medicamentos de alto custo no Brasil: uma revisão de escopo. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 3, e350309, 2025. Disponível em: https://www.scielo.br/j/physis/a/mMMLv5zGPp8bW77hKbztHwp/. Acesso em: 21 maio 2026.

PEPE, Vera Lúcia Edais; FIGUEIREDO, Tatiana Aragão; SIMAS, Luciana; OSORIO-DE-CASTRO, Claudia Garcia Serpa; VENTURA, Miriam. A judicialização da saúde e os novos desafios da gestão da assistência farmacêutica. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2405-2414, 2010. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/L4m7NMGV397wCRGnZthwJrD/. Acesso em: 21 maio 2026.

PINTO, Claudia Du Bocage Santos; OSORIO-DE-CASTRO, Claudia Garcia Serpa. Gestão da assistência farmacêutica e demandas judiciais em pequenos municípios brasileiros: um estudo em Mato Grosso do Sul. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. esp., p. 171-183, 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/j/sdeb/a/7V8hF93tRJNRXJfXzg55MCq/. Acesso em: 21 maio 2026.

PIOLA, Sérgio Francisco. **Vinte anos da Constituição de 1988**: o que significaram para a saúde da população brasileira? Brasília, DF: Ipea, 2009. Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/4349. Acesso em: 10 mar. 2026.

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

PONTES, Fabíola Pedrosa. **Judicialização no âmbito do SUS**: avaliação da garantia de direitos individuais pela via do Poder Judiciário em Maracanaú-CE. 2024. 117 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Avaliação de Políticas Públicas) — Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2024. Disponível em: https://repositorio.ufc.br/handle/riufc/79338. Acesso em: 7 abr. 2026.

PRADO, Ana Carolina Jansen Pereira Cirino; MATIAS, Jefferson Ortiz. A saúde suplementar como dimensão autônoma do Sistema Único de Saúde: fundamentos constitucionais do artigo 197 da Constituição Federal e a atuação integradora da ANS. **Nova Hileia: Revista Eletrônica de Direito Ambiental da Amazônia**, Manaus, v. 20, n. 1, 2026. Disponível em: http://periodicos.uea.edu.br/index.php/novahileia/article/view/5170. Acesso em: 18 nov. 2026.

RODRIGUEIRO, Daniela Aparecida; MOREIRA, José Cláudio Domingues. O direito social à saúde na perspectiva da Constituição de 1988: um direito individual, coletivo e em construção. **RIPE – Revista do Instituto de Pesquisas e Estudos**, Bauru, v. 50, n. 66, p. 143-159, jul./dez. 2016. Disponível em: https://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/documentacao_e_divulgacao/doc_biblioteca/bibli_servicos_produtos/bibli_informativo/bibli_inf_2006/RIPE_n.66.07.pdf. Acesso em: 7 abr. 2026.

SARLET, Ingo Wolfgang; FIGUEIREDO, Mariana Filchtiner. Algumas considerações sobre o direito fundamental à proteção e promoção da saúde aos 20 anos da Constituição Federal de 1988. **Revista de Direito do Consumidor**, São Paulo, n. 67, p. 125-172, jul./set. 2008. Disponível em: https://www.stf.jus.br/arquivo/cms/processoAudienciaPublicaSaude/anexo/O_direito_a_saude_nos_20_anos_da_CF_coletanea_Tania_10_04_09.pdf. Acesso em: 21 maio 2026.

SCHWARTZ, Hamilton Rafael Marins; DIAS, Gustavo Formes. Governança judicial colaborativa: uma análise a partir do julgamento do Tema 1.234. **Revista Jurídica Gralha Azul**, Curitiba, v. 1, n. 29, 2025. DOI: 10.62248/570t6w77. Disponível em: https://revista.tjpr.jus.br/gralhaazul/article/view/274. Acesso em: 18 nov. 2026.

SERRANO, Mônica de Almeida Magalhães. **O Sistema Único de Saúde e suas diretrizes constitucionais**. São Paulo: Editora Verbatim, 2009.

SLAIBI, Maria Cristina Barros Gutiérrez. O direito fundamental à saúde. **Boletim do Instituto de Saúde – BIS**, São Paulo, v. 12, n. 3, p. 227-233, 2010. Disponível em: https://periodicos.saude.sp.gov.br/bis/article/view/33756. Acesso em: 18 nov. 2026.

VENTURA, Miriam; SIMAS, Luciana; PEPE, Vera Lúcia Edais; SCHRAMM, Fermin Roland. Judicialização da saúde, acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 77-100, 2010. Disponível em: https://www.scielo.br/j/physis/a/35xXdQXR9JrdvpPmtkktL9F/. Acesso em: 21 maio 2026.

VIEIRA, Fabiola Sulpino. Judicialização e direito à saúde no Brasil: uma trajetória de encontros e desencontros. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 57, p. 1, 2023. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rsp/a/VJQ34GLNDB49xYVrGVKgDVF/. Acesso em: 21 maio 2026.

VIEIRA, Fabiola Sulpino; CHAVES, Elton da Silva; COSTA, Karen Sarmento; BERNARDE, Heber Dobis; BERNARDES, Liliane Cristina Gonçalves; CAVALCANTI, Filipe Matheus Silva; PEREIRA, Blenda Leite Saturnino. **Pesquisa assistência farmacêutica no SUS**: gasto em medicamentos judicializados de estados e municípios participantes (2019-2023). Brasília, DF:

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

Ipea, maio 2025. 49 p. (Texto para Discussão, n. 3119). Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/17238. Acesso em: 21 maio 2026.

VIEIRA, Fabiola Sulpino; ZUCCHI, Paola. Distorções causadas pelas ações judiciais à política de medicamentos no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 2, p. 214-222, 2007. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rsp/a/DdFrCJXWq5kg3934MPp3kNB/. Acesso em: 21 maio 2026.

WANG, Daniel Wei Liang; VASCONCELOS, Natália Pires de; OLIVEIRA, Vanessa Elias de; TERRAZAS, Fernanda Vargas. 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, set./out. 2014. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rap/a/5YcctKRJTVmQnp5mRHkBBcj/. Acesso em: 21 maio 2026.

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.