ECONSTOR
Make Your Publications Visible.

A Service of

ZBW Leibniz-Informationszentrum Wirtschaft
Leibniz Information Centre for Economics

Vieira, Fabiola Sulpino et al.

Working Paper

Pesquisa assistência farmacêutica no SUS: Gasto em medicamentos judicializados de estados e municípios participantes (2019-2023)

Texto para Discussão, No. 3119

Provided in Cooperation with:
Institute of Applied Economic Research (ipea), Brasília

Suggested Citation: Vieira, Fabiola Sulpino et al. (2025) : Pesquisa assistência farmacêutica no SUS: Gasto em medicamentos judicializados de estados e municípios participantes (2019-2023), Texto para Discussão, No. 3119, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), Brasília, https://doi.org/10.38116/td3119-port

This Version is available at:
https://hdl.handle.net/10419/322146

Standard-Nutzungsbedingungen:

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

Terms of use:

Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.

You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.

If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.

https://creativecommons.org/licenses/by/2.5/br/

WWW.ECONSTOR.EU

Mitglied der Leibniz-Gemeinschaft

TEXTO PARA DISCUSSÃO

3119

PESQUISA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO SUS: GASTO EM MEDICAMENTOS JUDICIALIZADOS DE ESTADOS E MUNICÍPIOS PARTICIPANTES (2019-2023)

FABIOLA SULPINO VIEIRA
ELTON DA SILVA CHAVES
KAREN SARMENTO COSTA
HEBER DOBIS BERNARDE
LILIANE CRISTINA GONÇALVES BERNARDES
FILIPE MATHEUS SILVA CAVALCANTI
BLENDA LEITE SATURNINO PEREIRA

60 ipea

TEXTO PARA DISCUSSÃO

3119
Brasília, maio de 2025

PESQUISA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO SUS: GASTO EM MEDICAMENTOS JUDICIALIZADOS DE ESTADOS E MUNICÍPIOS PARTICIPANTES (2019-2023)

FABIOLA SULPINO VIEIRA[1]
ELTON DA SILVA CHAVES[2]
KAREN SARMENTO COSTA[3]
HEBER DOBIS BERNARDE[4]
LILIANE CRISTINA GONÇALVES BERNARDES[5]
FILIPE MATHEUS SILVA CAVALCANTI[6]
BLENDA LEITE SATURNINO PEREIRA[7]

1. Especialista em políticas públicas e gestão governamental na Diretoria de Estudos e Políticas Sociais do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Disoc/Ipea). *E-mail*: fabiola.vieira@ipea.gov.br. Orcid: 0000-0001-7377-7302.

2. Assessor técnico em assistência farmacêutica do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems). *E-mail*: elton@conasems.org.br. Orcid: 0009-0007-5359-9466.

3. Consultora em assistência farmacêutica do Conasems. *E-mail*: karen.costa@gmail.com. Orcid: 0000-0002-2218-6024.

4. Assessor técnico em assistência farmacêutica do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass). *E-mail*: heber.bernarde@conass.org.br. Orcid: 0000-0002-3162-3513.

5. Especialista em políticas públicas e gestão governamental na Disoc/Ipea. *E-mail*: liliane.bernardes@ipea.gov.br. Orcid: 0009-0008-1359-6540.

6. Técnico em planejamento e pesquisa na Disoc/Ipea. *E-mail*: filipe.cavalcanti@ipea.gov.br. Orcid: 0000-0001-5661-4333.

7. Assessora técnica em economia da saúde do Conasems. *E-mail*: blenda@conasems.org.br. Orcid: 0000-0002-7831-0258.

Governo Federal

Ministério do Planejamento e Orçamento
Ministra Simone Nassar Tebet

ipea Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

Fundação pública vinculada ao Ministério do Planejamento e Orçamento, o Ipea fornece suporte técnico e institucional às ações governamentais – possibilitando a formulação de inúmeras políticas públicas e programas de desenvolvimento brasileiros – e disponibiliza, para a sociedade, pesquisas e estudos realizados por seus técnicos.

Presidenta
LUCIANA MENDES SANTOS SERVO

Diretor de Desenvolvimento Institucional
FERNANDO GAIGER SILVEIRA

Diretora de Estudos e Políticas do Estado, das Instituições e da Democracia
LUSENI MARIA CORDEIRO DE AQUINO

Diretor de Estudos e Políticas Macroeconômicas
CLÁUDIO ROBERTO AMITRANO

Diretor de Estudos e Políticas Regionais, Urbanas e Ambientais
ARISTIDES MONTEIRO NETO

Diretora de Estudos e Políticas Setoriais, de Inovação, Regulação e Infraestrutura
FERNANDA DE NEGRI

Diretora de Estudos e Políticas Sociais (substituta)
JOANA SIMÕES DE MELO COSTA

Diretora de Estudos Internacionais
KEITI DA ROCHA GOMES

Chefe de Gabinete
ALEXANDRE DOS SANTOS CUNHA

Coordenadora-Geral de Imprensa e Comunicação Social
GISELE AMARAL DE SOUZA

Ouvidoria: https://www.ipea.gov.br/ouvidoria
URL: https://www.ipea.gov.br

Texto para Discussão

Publicação seriada que divulga resultados de estudos e pesquisas em desenvolvimento pelo Ipea com o objetivo de fomentar o debate e oferecer subsídios à formulação e avaliação de políticas públicas.

© Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – **ipea** 2025

Pesquisa assistência farmacêutica no SUS : gasto em medicamentos judicializados de estados e municípios participantes (2019-2023) / Fabiola Sulpino Vieira ... [et al.]. – Rio de Janeiro: Ipea, 2025.
49 p.: il., gráfs. – (Texto para Discussão ; n. 3119).

Inclui Bibliografia.

ISSN 1415-4765

1. Judicialização da Saúde. 2. Assistência Farmacêutica. 3. Gastos em Medicamentos. 4. Gastos em Saúde. 5. Sistema Único de Saúde. I. Vieira, Fabiola Sulpino. II. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada.

CDD 362.1068

Ficha catalográfica elaborada por Elizabeth Ferreira da Silva CRB-7/6844.

Como citar:

VIEIRA, Fabiola Sulpino *et al*. **Pesquisa assistência farmacêutica no SUS**: gasto em medicamentos judicializados de estados e municípios participantes (2019-2023). Brasília, DF: Ipea, maio 2025. 49 p.: il. (Texto para Discussão, n. 3119). DOI: https:// dx.doi.org/10.38116/td3119-port

Versão atualizada em 23 de junho de 2025.

JEL: H51.

DOI: https://dx.doi.org/10.38116/td3119-port

As publicações do Ipea estão disponíveis para *download* gratuito nos formatos PDF (todas) e ePUB (livros e periódicos).

Acesse: https://www.ipea.gov.br/portal/publicacoes

As opiniões emitidas nesta publicação são de exclusiva e inteira responsabilidade dos autores, não exprimindo, necessariamente, o ponto de vista do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada ou do Ministério do Planejamento e Orçamento.

É permitida a reprodução deste texto e dos dados nele contidos, desde que citada a fonte. Reproduções para fins comerciais são proibidas.

ERRATA

Prezados/as leitores/as,

Após a publicação original deste texto em 27 de maio de 2025, foram identificados pontos que necessitaram de correção. Em 23 de junho de 2025, foram realizados ajustes nas páginas 10 (terceiro parágrafo) e 33 (terceiro parágrafo).

Agradecemos a compreensão e pedimos desculpas pelos eventuais transtornos causados.

SUMÁRIO

SINOPSE

ABSTRACT

1 INTRODUÇÃO 8

2 MÉTODOS 11

3 RESULTADOS 14

3.1 Judicialização de medicamentos nos municípios 14

3.2 Judicialização de medicamentos nos estados e no Distrito Federal 25

4 DISCUSSÃO 29

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS 40

REFERÊNCIAS 43

APÊNDICE A 50

SINOPSE

Este texto tem os objetivos de analisar os gastos em medicamentos judicializados dos municípios e dos estados participantes da Pesquisa Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde (SUS), bem como de discutir o processo de judicialização de medicamentos nesse sistema. As questões analisadas, relativas à judicialização de medicamentos, integram o questionário da referida pesquisa, conduzida pelo Ipea em 2024, em parceria com o Conasems e o Conass. A investigação coletou dados dos municípios, do Distrito Federal e dos estados sobre a gestão e o financiamento dessa área no período de 2019 a 2023. Os dados acerca do gasto em medicamentos judicializados foram tratados para a exclusão de outliers e analisados por esfera de governo e região geográfica, por meio de estatísticas descritivas básicas para sumarizar os principais achados. Os resultados revelam elevada prevalência de demandas judiciais de medicamentos entre os municípios (58,7%) e os estados (100%), assim como de fornecimento de produtos farmacêuticos sem registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), uso *off label* e utilização de via administrativa para dispensação de medicamentos não incorporados ao SUS. Em 2023, os medicamentos judicializados corresponderam, em média, a 8,4% do gasto total em medicamentos dos municípios e a 32,9% do gasto dos estados participantes da pesquisa. Os achados evidenciam a ampla disseminação da judicialização no SUS, com impactos expressivos sobre o orçamento público dos entes subnacionais, especialmente dos estados, e com potencial para acentuar desigualdades no acesso a medicamentos e agravar as iniquidades em saúde no Brasil.

Palavras-chave: judicialização da saúde; assistência farmacêutica; gastos em medicamentos; gastos em saúde; Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

This text aims to analyze the expenditures on litigated pharmaceuticals by the municipalities and states participating in the Unified Health System (SUS)' Pharmaceutical Service Research and to discuss the process of health judicialization in this system. Issues related to pharmaceuticals judicialization are included in the research questionnaire, which was conducted by Ipea in partnership with the National Council of Municipal Health Departments (Conasems) and National Council of Health Secretaries (Conass) in 2024. In this study, data were collected from municipalities, the Federal District, and states regarding the management and financing of this area between 2019 and 2023. The data on expenditures for litigated pharmaceuticals were processed to eliminate outliers, and the analysis was conducted by government sphere and geographical region, using basic descriptive statistics to summarize the main findings. A high prevalence of judicial demands for pharmaceuticals was found among municipalities (58.7%) and states (100%), as well as the provision of pharmaceutical products not registered with the National Health Surveillance Agency (Anvisa) and off-label, and the implementation of administrative procedures for dispensing pharmaceuticals not incorporated into the SUS. In 2023, on average, expenditure on litigated pharmaceuticals consumed 8.4% and

32.9% of the total pharmaceutical expenditure in the municipalities and states participating in the study, respectively. The results highlight the widespread judicialization in SUS, with significant impacts on the budgets of subnational entities, particularly the states, and the potential to exacerbate inequalities in access to pharmaceuticals and health inequities in Brazil.

Keywords: health' judicialization; pharmaceutical service; pharmaceutical expenditure; health expenditure; Unified Health System.

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, a busca de cidadãos e organizações não governamentais pelo Poder Judiciário para obter acesso a medicamentos teve início na década de 1990, fundamentada no dever do Estado de garantir o direito à saúde, previsto no art. 196 da Constituição Federal de 1988 (Brasil, 1988; 2005a; Miranda *et al*., 2021). As demandas judiciais visavam obrigar o Poder Executivo a fornecer tratamento integral às pessoas infectadas pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) e aos pacientes com aids, em um contexto no qual a assistência farmacêutica no Sistema Único de Saúde (SUS) ainda se concentrava no fornecimento de medicamentos utilizados na atenção primária à saúde. Isso ocorria com o governo federal adquirindo *kits*, centralizadamente, para distribuição aos municípios (Bermudez *et al*., 2018).

Desde então, as disputas nos tribunais relacionadas ao acesso a tecnologias em saúde[1] cresceu significativamente, não apenas na esfera pública, mas também na saúde suplementar. Esse fenômeno foi denominado judicialização da saúde e pode ser entendido como uma situação de frequente

> acionamento do Poder Judiciário por parte de indivíduos ou grupos de indivíduos, na condição de cidadãos ou de consumidores, com a finalidade de que este poder arbitre conflitos destes com o Poder Executivo, com empresas privadas e até mesmo com pessoas físicas, em matéria de saúde (Vieira, 2020, p. 25).

No SUS, o crescimento das demandas judiciais foi expressivo nas últimas décadas. Um estudo realizado a pedido do Conselho Nacional de Justiça (CNJ) constatou um aumento de 130% no número de demandas judiciais relativas à saúde entre 2008 e 2017 (Insper, 2019). Em outro levantamento, Schulze (2019) apontou que, até 31 de dezembro de 2018, o número de processos acumulados em temas de saúde no Judiciário brasileiro era de mais de 2,2 milhões. Dentre estes, aqueles voltados à obtenção de medicamentos (544.378) e à solicitação de tratamento médico-hospitalar e/ou fornecimento de medicamentos (259.334) na saúde pública representavam, respectivamente, 24,4% e 11,6%. Dados mais recentes do CNJ indicam que, em 2020, ingressaram nas instâncias de 1º grau do Poder Judiciário 76.836 novos casos relacionados à saúde pública, número que saltou para 162.046 em 2024, correspondendo a um aumento de 110,9% nesse período, ou seja, a quantidade de novos casos mais que dobrou em quatro anos.[2]

1. Tecnologias em saúde são: medicamentos; equipamentos e procedimentos técnicos; sistemas organizacionais, informacionais, educacionais e de suporte; e programas e protocolos assistenciais por meio dos quais a atenção e os cuidados com a saúde são prestados à população (Brasil, 2005b).

2. Estatísticas processuais de direito à saúde do CNJ. Disponível em: https://justica-em-numeros.cnj.jus.br/painel-saude/. Acesso em: 1º abr. 2025.

Nas ações judiciais de saúde pública, os medicamentos estão entre as tecnologias mais demandadas. Por exemplo, do total de 164.587 acórdãos classificados como de judicialização da saúde, publicados por tribunais de justiça no período de 2008 a 2017, 69% tratavam de demandas de medicamentos. Considerando o total de acórdãos dos tribunais de justiça estaduais e dos Tribunais Regionais Federais da 1ª, 4ª e 5ª Regiões, a distribuição das demandas relacionadas à judicialização da saúde, conforme dados do Insper (2019), foi a seguinte: medicamentos (71,4%), órteses, próteses e materiais especiais (61,1%), exames (53,4%), leitos (45,6%) e procedimentos (45,2%).[3]

Desde 2010, por recomendação do CNJ, várias iniciativas de diálogo institucional vêm sendo implementadas para ampliar e melhorar a comunicação entre gestores públicos de saúde e operadores do direito. O objetivo é reduzir o número de ações judiciais no SUS (Anjos, Ribeiro e Morais, 2021; Calixto, Almeida e França, 2022) e direcionar o foco desse sistema para a formulação de políticas, de modo a contribuir para a efetivação das garantias constitucionais no Brasil (Ventura *et al*., 2016). Destacam-se entre tais iniciativas a criação de núcleos de mediação sanitária nas secretarias de saúde (Delduque e Castro, 2015), a implantação dos núcleos de apoio técnico do Poder Judiciário (NAT-JUS) e dos comitês de resolução administrativa de demandas de saúde (Figueiredo e Costa, 2022). Contudo, a efetividade dessas iniciativas ainda é incerta. Faltam estudos sobre seus resultados e a curva de novos casos de demandas judiciais no SUS permanece em trajetória ascendente, como demonstram os dados apresentados anteriormente.

As análises da literatura sobre a judicialização da saúde pública têm focado nas solicitações de fornecimento de medicamentos, o que reflete o fato de que estes constituem as tecnologias mais demandadas do SUS. Nessa temática, por um lado, há o reconhecimento dos efeitos positivos da judicialização da saúde, entre eles, a conscientização da população sobre seus direitos e o estímulo ao aprimoramento da assistência farmacêutica no SUS. Por outro lado, discutem-se também os efeitos negativos desse processo sobre o sistema de saúde, especialmente no que se refere aos impactos nos orçamentos públicos, à ampliação das iniquidades em saúde, à perda da capacidade estatal de gestão das compras públicas, à participação oculta da indústria farmacêutica na judicialização da saúde e à desorganização da oferta de serviços (Chieffi e Barata, 2009; Ventura *et al*., 2010; Wang, 2015; Gebran Neto, 2019; Oliveira, 2019; Vieira, 2020; Costa, Silva e Ogata, 2020; Borchio, Rezende e Zocratto, 2021).

3. A soma dos percentuais não totaliza 100%, porque um mesmo processo pode conter solicitação de mais de uma tecnologia.

A judicialização tem contribuído fortemente para a fragilização das políticas de saúde e isso tem um custo social relevante, que é o de não assegurar o direito de acesso a bens e serviços de saúde às pessoas mais socioeconomicamente vulneráveis. Isso ocorre porque, quando parte significativa do orçamento da assistência farmacêutica é alocada por via judicial, restam menos recursos financeiros para expandir o acesso a medicamentos para a população como um todo.

A despeito da preocupação com os possíveis impactos da judicialização sobre o orçamento do SUS, ainda não foram publicados estudos amplos, de abrangência nacional, sobre o assunto. As análises sobre os gastos em ações judiciais de medicamentos têm sido feitas, geralmente, como estudos de caso, seja de estados, municípios ou da União (Silva, Almeida e Pessoa, 2017; Braga, 2018; Braga, Oliveira e Ferreira, 2021; Leitão *et al*., 2022; Costa, 2022; Vieira, 2023).

Segundo dados de execução orçamentário-financeira do governo federal, somente em 2024 o Ministério da Saúde teve uma despesa de R$ 1,9 bilhão em decorrência de demandas judiciais de medicamentos.[4] No mesmo ano, havia previsão de ressarcimento de gastos das secretarias de saúde com medicamentos judicializados, contudo, não é possível discriminar as despesas correspondentes nos dados públicos de execução orçamentária (Brasil, 2023). Até aquele momento, não havia definição clara sobre a competência para o ressarcimento nem regras estabelecidas para a formalização dos pedidos ao Ministério da Saúde, o que pode ter limitado a solicitação de reembolso desses gastos por parte dos entes subnacionais.

A lacuna de estudos abrangentes sobre o gasto em medicamentos judicializados (GMJUD) justifica o empreendimento de esforços para ampliar o conhecimento sobre as despesas dos entes da federação com esses produtos, especialmente de municípios e estados. Nesse contexto, no âmbito da Pesquisa Assistência Farmacêutica no SUS, conduzida pelo Ipea em 2024, em colaboração com o Conasems e o Conass,[5] buscou-se não apenas obter dados do gasto total em medicamentos (GTM) desses entes, analisados em documento específico (Vieira *et al*., [2025]), mas também do GMJUD, foco deste trabalho. Assim, os objetivos deste texto são analisar o GMJUD dos municípios e dos estados participantes da Pesquisa Assistência Farmacêutica no SUS e discutir o processo de judicialização de medicamentos nesse sistema de saúde.

4. Dados obtidos do Siga Brasil. O Siga Brasil é um sistema de acesso público que contém informações acerca da execução orçamentário-financeira da União. Os relatórios da execução de despesas por demandas judiciais de medicamentos podem ser construídos a partir da interface "Acesso Especialista" desse sistema. Disponível em: https://www12.senado.leg.br/orcamento/sigabrasil. Acesso em: 7 abr. 2025.

5. A realização da pesquisa consta do plano de trabalho do acordo de cooperação técnica (ACT) nº 4/2023, firmado entre o Ipea e o Conasems (processo SEI nº 03001.002103/2023-97).

Este texto foi dividido em cinco seções, incluindo esta introdução. Na seção 2, apresentam-se os métodos aplicados à análise do GMJUD, coletados na referida pesquisa. Na seção 3, constam os resultados obtidos, organizados em duas subseções: uma dedicada aos municípios e outra, aos estados e ao Distrito Federal. Na sequência, na seção 4, discutem-se esses resultados na perspectiva dos gestores do SUS. Por fim, na seção 5, tecem-se algumas considerações sobre as perspectivas em torno da judicialização da saúde no Brasil, à luz de decisões recentes do Supremo Tribunal Federal (STF) no julgamento dos temas de repercussão geral 1.234 e 6.

2 MÉTODOS

Como mencionado anteriormente, as questões relativas à judicialização de medicamentos abordadas neste texto integram a Pesquisa Assistência Farmacêutica no SUS, um estudo retrospectivo, de abrangência nacional, conduzido pelo Ipea em parceria com o Conasems e o Conass em 2024. A pesquisa coletou dados sobre a gestão e o financiamento dessa área dos municípios, do Distrito Federal e dos estados no período de 2019 a 2023. Os métodos adotados na realização desta pesquisa e no tratamento do banco de dados gerado, especialmente no que se refere às informações sobre gasto em medicamentos, encontram-se detalhados em publicação específica (Vieira *et al.*, [2025]). Nesta seção, apresentam-se os aspectos metodológicos do tratamento das informações sobre o GMJUD, bem como outras questões relativas à análise da judicialização da assistência farmacêutica nos municípios e nos estados participantes.

O questionário da pesquisa e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido utilizados podem ser consultados no Repositório do Conhecimento do Ipea.[6] Foram trabalhadas neste texto as respostas às perguntas do questionário, descritas a seguir.

1) O município ou estado tem fornecido medicamentos por causa de ações judiciais?

2) Qual foi a despesa liquidada do seu município ou do seu estado em medicamentos por causa de ações judiciais nos seguintes anos: 2019, 2020, 2021, 2022 e 2023 (em R$)?

6. Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/13634.

3) O município ou estado tem fornecido medicamentos não incorporados ao SUS[7] por via administrativa?[8]

4) Em 2023, o município/estado forneceu medicamento não registrado pela Anvisa[9] por causa de ação judicial?

5) Em 2023, o município/estado forneceu medicamento *off label*[10] *por causa de ação judicial?*

6) Qual foi a despesa total liquidada do seu município ou do seu estado em medicamentos nos seguintes anos: 2019, 2020, 2021, 2022 e 2023 (em R$)?

O tratamento das respostas relativas ao GMJUD foi feito em duas etapas. Na primeira etapa, calculou-se a amplitude interquartis (IQR) do GMJUD como participação do GTM, a cada ano, a fim de identificar os limites para consideração de um valor como *outlier*.[11] Ambos os valores foram informados pelos respondentes no questionário da pesquisa. Em todos os anos, os limites inferiores resultaram em valores menores que zero. Assim, foram registrados como *outliers* os valores superiores aos limites, conforme o ano, descritos a seguir.

1) Municípios:

   a) 2019: GMJUD > 48,62% do GTM;

   b) 2020: GMJUD > 46,40% do GTM;

7. Medicamentos não incorporados ao SUS são aqueles não incluídos na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename), nas seguintes situações: i) sem registro na Anvisa; ii) com recomendação desfavorável pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec); iii) previstos em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDTs) para outras finalidades (Classificação Internacional de doenças – CID – ou critérios diferentes); iv) com recomendação favorável pela Conitec e decisão pendente ou negativa de incorporação; v) *off label* (sem previsão na bula de indicação para tratamento da doença do paciente); e vi) sem PCDT ou que não integre listas dos componentes da assistência farmacêutica (básico, estratégico e especializado). Medicamentos incluídos de forma complementar à Rename, na Relação Estadual de Medicamentos Essenciais (Resme) e na Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (Remume), são considerados incorporados ao SUS.

8. A via administrativa ou política complementar é criada pelo município ou pelo estado para viabilizar o fornecimento de medicamentos não incorporados ao SUS.

9. Um medicamento é considerado registrado pela Anvisa quando recebe autorização dessa agência para que seja comercializado no país para usos específicos, descritos na bula, por meio de um registro sanitário.

10. Os *off label* são medicamentos registrados pela Anvisa, mas prescritos para indicações não previstas em suas bulas.

11. Foi aplicada a "regra do 1,5 x IQR", em que um dado é *outlier* quando está: a) abaixo de Q1 (primeiro quartil) - 1,5 x IQR; e b) acima de Q3 (terceiro quartil) + 1,5 x IQR (Farias, 2020).

c) 2021: GMJUD > 44,26% do GTM;

d) 2022: GMJUD > 41,78% do GTM; e

e) 2023: GMJUD > 40,87% do GTM.

2) Estados:

a) 2019: GMJUD > 75,05% do GTM;

b) 2020: GMJUD > 76,41% do GTM;

c) 2021: GMJUD > 137,58% do GTM;

d) 2022: GMJUD > 93,76% do GTM; e

e) 2023: GMJUD > 69,44% do GTM.

Adicionalmente, na segunda etapa, foram considerados *outliers* os valores de participação do GMJUD na despesa com recursos próprios (DRP) em medicamentos inferiores a zero e superiores a 100%.[12] A DRP foi estimada subtraindo-se do GTM os repasses para a assistência farmacêutica realizados pelo Fundo Nacional de Saúde aos fundos estaduais e municipais de saúde, no caso dos estados e dos municípios, respectivamente, e os repasses estaduais estimados no caso dos municípios (Vieira *et al*., [2025]). As respostas que não atenderam a esses parâmetros foram consideradas na análise, sendo incluídas no grupo de municípios e estados com dados de GTM e GMJUD consistentes, em todo o período de 2019 a 2023. Ou seja, as respostas consistentes nos cinco anos da pesquisa são aquelas não classificadas como *outliers* em qualquer ano.

12. Na ausência de um parâmetro que pudesse ser adotado, os pesquisadores arbitraram esses limites considerando que: i) por um lado, uma participação do GMJUD na DRP em medicamentos inferior a zero indica inconsistência da DRP ou uma situação em que o GTM foi financiado apenas por recursos transferidos de outras esferas; e ii) por outro lado, uma participação do GMJUD na DRP em medicamentos superior a 100% indica inconsistência da DRP ou uma situação crítica em que todo o recurso próprio do ente está financiando a oferta de medicamentos judicializados.

Os indicadores "participação do GMJUD no GTM" e "participação do GMJUD na despesa com recursos próprios em medicamentos" foram calculados para avaliar o peso das despesas em decorrência da judicialização desses produtos nas despesas totais e naquelas financiadas apenas com fontes próprias de recursos.

A análise dos dados foi feita por esfera de governo e região geográfica, por meio de estatísticas descritivas básicas para resumir os principais resultados. No caso dos municípios, os dados também foram analisados por porte populacional, considerando a população residente estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para 2023.[13] O GTM e o GMJUD foram corrigidos monetariamente para preços de 2023 pela aplicação do Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) médio.[14]

Quanto aos aspectos éticos, o projeto de pesquisa recebeu o Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAEE) nº 77218623.4.0000.5553 e foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde da Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal, tendo sido aprovado em 14 de março de 2024 (Parecer nº 6.701.494).

3 RESULTADOS

3.1 Judicialização de medicamentos nos municípios

Dentre os 2.817 municípios cujos secretários municipais de saúde concordaram em participar da pesquisa, 1.865 tiveram o questionário respondido pelo informante-chave indicado pelo secretário. Destes, 1.094 (58,4%) declararam fornecer medicamentos em decorrência de ações judiciais (tabela 1). A frequência de municípios com fornecimento de medicamentos judicializados foi maior nas regiões Centro-Oeste (80,5%) e Sudeste (73,3%), e menor nas regiões Nordeste (46,3%) e Norte (49,0%). A soma da população dos municípios com ações judiciais de medicamentos é apresentada na tabela A.1 do apêndice A.

13. População estimada para o Tribunal de Contas da União (TCU). Disponível em: https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao.html.

14. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/estatisticas/economicas/precos-e-custos/9256-indice-nacional-de-precos-ao-consumidor-amplo.html?=&t=series-historicas.

TABELA 1
Municípios participantes da pesquisa com fornecimento de medicamentos por causa de ações judiciais – Grandes Regiões (2024)

Regiões	Número de municípios respondentes (A)	Número de municípios com ações judiciais (B)	Frequência de municípios com ações judiciais (C) = (B) / (A) (em %)
Centro-Oeste	164	132	80,5
Nordeste	643	298	46,3
Norte	200	98	49,0
Sudeste	457	335	73,3
Sul	401	231	57,6
Total	**1.865**	**1.094**	**58,7**

Fonte: Pesquisa Assistência Farmacêutica no SUS – 2024 (Ipea, Conasems e Conass).
Elaboração dos autores.

A tabela 2 apresenta a frequência de municípios com fornecimento de medicamentos judicializados, segundo grupos de porte populacional. Nesse contexto, destacam-se dois achados principais. O primeiro é a ampla disseminação das demandas judiciais de medicamentos no SUS nos municípios, independentemente do tamanho de sua população. Nesse caso, chama a atenção o fato de o fenômeno afetar 36,5% dos municípios participantes da pesquisa com até 5 mil habitantes e mais de 50% daqueles com população entre 5 mil e 20 mil habitantes, que são considerados de pequeno porte populacional. O segundo achado é o crescimento da frequência de municípios que reportaram fornecimento de medicamentos judicializados conforme o aumento do porte populacional, alcançando 100% entre os municípios com mais de 500 mil habitantes.

TABELA 2
Municípios participantes da pesquisa com fornecimento de medicamentos por causa de ações judiciais, segundo grupos de porte populacional (2024)

Grupos de porte populacional (número de habitantes)	Número de municípios respondentes (A)	Número de municípios com ações judiciais (B)	Frequência de municípios com ações judiciais (C) = (B) / (A) (em %)
Grupo I – Até 5.000	386	141	36,5
Grupo II – De 5.001 a 10.000	368	197	53,5
Grupo III – De 10.001 a 20.000	465	256	55,1
Grupo IV – De 20.001 a 50.000	389	268	68,9

(Continua)

(Continuação)

Grupos de porte populacional (número de habitantes)	Número de municípios respondentes (A)	Número de municípios com ações judiciais (B)	Frequência de municípios com ações judiciais (C) = (B) / (A) (em %)
Grupo V – De 50.001 a 100.000	126	111	88,1
Grupo VI – De 100.001 a 500.000	113	103	91,2
Grupo VII – Acima de 500.000	18	18	100,0
Total	**1.865**	**1.094**	**58,7**

Fonte: Pesquisa Assistência Farmacêutica no SUS – 2024 (Ipea, Conasems e Conass).
Elaboração dos autores.

Na tabela 3, apresenta-se a frequência de municípios com fornecimento, por via administrativa, de medicamentos não incorporados ao SUS, bem como daqueles que, além dessa via, também atendem a essas demandas por meio de ações judiciais. Nota-se que a maioria dos municípios participantes da pesquisa com população de até 10 mil habitantes ou entre 20 mil e 100 mil habitantes adotou a via administrativa para solução de demandas de medicamentos não incorporados ao SUS. Também se observa que a frequência de municípios que utilizavam esse mecanismo e que possuíam demanda judicial é elevada e aumenta conforme o porte populacional, visto que passou de 39,2% entre municípios com até 5 mil habitantes e alcançou 100% dos municípios com mais de 500 mil habitantes.

TABELA 3

Municípios participantes da pesquisa com fornecimento de medicamentos não incorporados ao SUS[1] por via administrativa[2] e em decorrência de ações judiciais, segundo grupos de porte populacional (2024)

Grupos de porte populacional (número de habitantes)	Número de municípios			Frequência de municípios (D) = (B) / (C) (em %)
	Não (A)	Sim (B)	Total (C)	
Fornecimento de medicamentos por via administrativa				
Grupo I – Até 5.000	169	217	386	56,2
Grupo II – De 5.001 a 10.000	176	192	368	52,2
Grupo III – De 10.001 a 20.000	238	227	465	48,8
Grupo IV – De 20.001 a 50.000	176	213	389	54,8
Grupo V – De 50.001 a 100.000	61	65	126	51,6
Grupo VI – De 100.001 a 500.000	60	53	113	46,9
Grupo VII – Acima de 500.000	14	4	18	22,2
Total	894	971	1.865	52,1

(Continua)

(Continuação)

Grupos de porte populacional (número de habitantes)	Número de municípios			Frequência de municípios (D) = (B) / (C) (em %)
	Não (A)	Sim (B)	Total (C)	
Fornecimento de medicamentos por via administrativa e judicial				
Grupo I – Até 5.000	132	85	217	39,2
Grupo II – De 5.001 a 10.000	78	114	192	59,4
Grupo III – De 10.001 a 20.000	92	135	227	59,5
Grupo IV – De 20.001 a 50.000	56	157	213	73,7
Grupo V – De 50.001 a 100.000	6	59	65	90,8
Grupo VI – De 100.001 a 500.000	8	45	53	84,9
Grupo VII – Acima de 500.000	0	4	4	100,0
Total	372	599	971	61,7

Fonte: Pesquisa Assistência Farmacêutica no SUS – 2024 (Ipea, Conasems e Conass).
Elaboração dos autores.
Notas: [1] Medicamentos não incorporados ao SUS são aqueles não incluídos na Rename, nas seguintes situações: i) sem registro na Anvisa; ii) com recomendação desfavorável pela Conitec; iii) previstos em PCDTs para outras finalidades (CID ou critérios diferentes); iv) com recomendação favorável pela Conitec e decisão pendente ou negativa de incorporação; v) *off label* (sem previsão na bula de indicação para tratamento da doença do paciente); e vi) sem PCDT ou que não integre listas dos componentes da assistência farmacêutica (básico, estratégico e especializado). Medicamentos incluídos de forma complementar à Rename, na Resme e na Remume, são considerados incorporados ao SUS.
[2] A via administrativa ou política complementar é criada pelo município ou pelo estado para viabilizar o fornecimento de medicamentos não incorporados ao SUS.

O teste qui-quadrado para verificação da independência entre a adoção da via administrativa e o fornecimento de medicamentos judicializados para todos os municípios respondentes resultou em *p-valor* < 0,001, refutando a hipótese nula. Em outras palavras, o teste mostra que essas variáveis estão associadas ao nível de significância estatística inferior a 0,1%. A hipótese explicativa que parece mais plausível para essa associação é que os municípios, em um contexto de judicialização, adotaram a via administrativa para atender solicitações de medicamentos não incorporados ao SUS e, com isso, evitar demandas judiciais desses produtos.

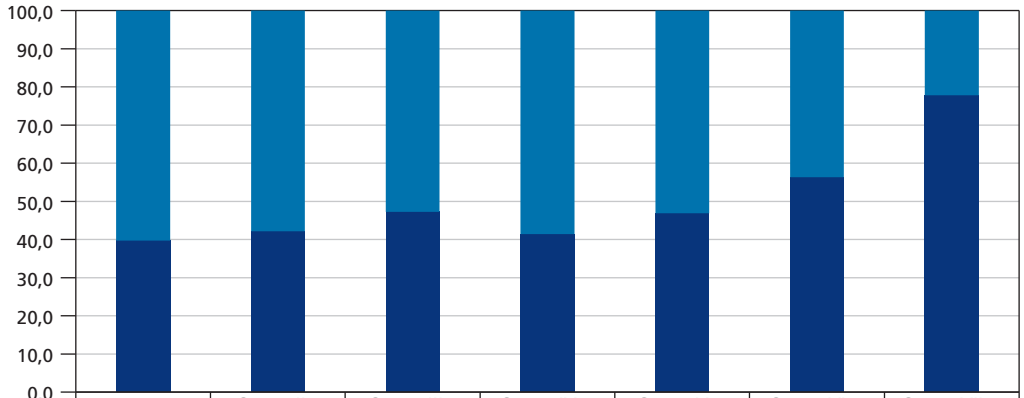
Na sequência, o gráfico 1, que apresenta a frequência dos municípios com fornecimento de medicamentos judicializados, segundo a implantação ou não da via administrativa, mostra que essa estratégia parece ser mais importante para aqueles de

menor porte populacional em comparação aos de maior porte. Observa-se que 60,3% dos municípios com até 5 mil habitantes adotaram a via administrativa, enquanto apenas 22,2% dos municípios com mais de 500 mil habitantes o fizeram.

GRÁFICO 1

Municípios participantes da pesquisa com fornecimento de medicamentos judicializados, segundo a situação de implantação da via administrativa[1] (2024)

(Em %)



	Grupo I – Até 5.000	Grupo II – De 5.001 a 10.000	Grupo III – De 10.001 a 20.000	Grupo IV – De 20.001 a 50.000	Grupo V – De 50.001 a 100.000	Grupo VI – De 100.001 a 500.000	Grupo VII – Acima de 500.000
Com via administrativa	60,3	57,9	52,7	58,6	53,2	43,7	22,2
Sem via administrativa	39,7	42,1	47,3	41,4	46,8	56,3	77,8

Fonte: Pesquisa Assistência Farmacêutica no SUS – 2024 (Ipea, Conasems e Conass).
Elaboração dos autores.

Nota: [1] A via administrativa ou política complementar é criada pelo município ou pelo estado para viabilizar o fornecimento de medicamentos não incorporados ao SUS. Medicamentos não incorporados ao SUS são aqueles não incluídos na Rename, nas seguintes situações: i) sem registro na Anvisa; ii) com recomendação desfavorável pela Conitec; iii) previstos em PCDTs para outras finalidades (CID ou critérios diferentes); iv) com recomendação favorável pela Conitec e decisão pendente ou negativa de incorporação; v) *off label* (sem previsão na bula de indicação para tratamento da doença do paciente); e vi) sem PCDT ou que não integre listas dos componentes da assistência farmacêutica (básico, estratégico e especializado). Medicamentos incluídos de forma complementar à Rename, na Resme e na Remume, são considerados incorporados ao SUS.

Outras questões importantes no contexto da judicialização da saúde são o fornecimento de medicamentos sem registro na Anvisa e sem indicação prevista em bula (*off label*). A esse respeito, a tabela 4 mostra que a frequência de municípios com fornecimento de medicamentos sem registro na Anvisa e *off label* foi maior entre os municípios de maior porte populacional. Ainda assim, destaca-se que municípios com até 5 mil habitantes também reportaram a ocorrência de ambas as situações.

TABELA 4
Municípios participantes da pesquisa que forneceram medicamentos sem registro na Anvisa e *off label*, segundo grupos de porte populacional (2023)

Grupos de porte populacional (número de habitantes)	Número de municípios			Frequência de municípios (D) = (B) / (C) (em %)
	Não (A)	Sim (B)	Total (C)	
Fornecimento de medicamentos sem registro na Anvisa[1]				
Grupo I – Até 5.000	133	8	141	5,7
Grupo II – De 5.001 a 10.000	187	10	197	5,1
Grupo III – De 10.001 a 20.000	242	14	256	5,5
Grupo IV – De 20.001 a 50.000	247	21	268	7,8
Grupo V – De 50.001 a 100.000	99	12	111	10,8
Grupo VI – De 100.001 a 500.000	86	17	103	16,5
Grupo VII – Acima de 500.000	13	5	18	27,8
Total	1.007	87	1.094	8,0
Fornecimento de medicamentos *off label*[2]				
Grupo I – Até 5.000	134	7	141	5,0
Grupo II – De 5.001 a 10.000	191	6	197	3,0
Grupo III – De 10.001 a 20.000	244	12	256	4,7
Grupo IV – De 20.001 a 50.000	234	34	268	12,7
Grupo V – De 50.001 a 100.000	94	17	111	15,3
Grupo VI – De 100.001 a 500.000	69	34	103	33,0
Grupo VII – Acima de 500.000	13	5	18	27,8
Total	979	115	1.094	10,5

Fonte: Pesquisa Assistência Farmacêutica no SUS – 2024 (Ipea, Conasems e Conass).
Elaboração dos autores.
Notas: [1] Um medicamento é considerado registrado pela Anvisa quando recebe autorização dessa agência para que seja comercializado no país para usos específicos, descritos na bula, por meio de um registro sanitário.
[2] Os *off label* são medicamentos registrados pela Anvisa, mas prescritos para indicações não previstas em suas bulas.

A tabela 5 apresenta o GMJUD para os conjuntos de municípios que apresentaram valores consistentes tanto para o GTM ao longo dos cinco anos da pesquisa, quanto para os gastos decorrentes da judicialização, em cada ano. Como a composição de municípios considerados consistentes varia anualmente, o gasto deve ser analisado apenas ano a ano, de forma transversal, sem que sejam realizadas comparações no período. Do total de 756 municípios consistentes para o GTM, 325 municípios (43%)

apresentaram GMJUD consistente em 2019 e 388 (51%), em 2023. Como se vê, a consistência dessa informação aumentou entre os municípios, sendo maior no ano mais recente analisado.

TABELA 5
Gasto em medicamentos, total e em medicamentos judicializados, dos municípios participantes da pesquisa com despesa total consistente em todos os anos e despesa em ações judiciais consistente a cada ano[1] (2019-2023)

Ano	Número de municípios	Gasto em medicamentos[2] (em R$ de 2023)		Participação média do GMJUD no GTM (em %)
		Total	Judicializados	
2019	325	**819.013.848**	99.292.359	10,6
2020	333	**982.620.341**	124.967.672	9,5
2021	356	**1.061.487.903**	125.150.937	9,1
2022	377	**1.015.236.425**	103.897.144	8,4
2023	388	**1.128.370.081**	117.223.950	8,1

Fonte: Pesquisa Assistência Farmacêutica no SUS – 2024 (Ipea, Conasems e Conass).
Elaboração dos autores.
Notas: [1] Os procedimentos para verificação da consistência do gasto em medicamentos estão descritos na seção de métodos deste texto.
[2] Despesa liquidada.
Obs.: Valores corrigidos para preços de 2023 pelo IPCA médio.

Verifica-se que o GTM dos 388 municípios totalizou R$ 1,1 bilhão, sendo que, deste valor, R$ 117,2 milhões foram destinados ao fornecimento de medicamentos judicializados em 2023. Na média, a participação do GMJUD no GTM foi de 8,1% no mesmo ano.

Na tabela 6, apresentam-se apenas as despesas reportadas pelos municípios com informações consistentes em todos os anos (n = 271), abrangendo o GTM, as despesas com recursos próprios em medicamentos e em medicamentos judicializados. Esses dados permitem analisar a evolução dos gastos desses municípios entre 2019 e 2023. Nesse período, houve crescimento nos seguintes grupos de despesas: i) 30% para o GTM (de R$ 683,3 milhões para R$ 888,1 milhões); ii) 44% para a despesa com recursos próprios em medicamentos (de R$ 531,8 milhões para R$ 763,9 milhões); e iii) 22% para o GMJUD (de R$ 70,7 milhões para R$ 86,5 milhões). Em 2023, a média da participação do GMJUD no GTM foi de 8,4% e na despesa com recursos próprios em medicamentos foi de 10,1%.

TABELA 6

Gasto em medicamentos, total e com recursos próprios, e em medicamentos judicializados dos municípios participantes da pesquisa (n = 271), com informações consistentes[1] nos cinco anos analisados (2019-2023)

Ano	Gasto em medicamentos[2] (em R$ de 2023)			Participação média do GMJUD (em %)	
	Total	Despesa com recursos próprios	Judicializados	No gasto total	Na despesa com recursos próprios
2019	**683.329.487**	531.805.048	70.650.944	9,7	13,5
2020	**767.638.683**	614.026.707	69.863.639	8,5	11,2
2021	**818.211.864**	675.842.706	76.260.464	8,3	10,6
2022	**819.189.011**	688.777.396	82.247.861	8,3	10,2
2023	**888.135.571**	763.858.332	86.457.048	8,4	10,1

Fonte: Pesquisa Assistência Farmacêutica no SUS – 2024 (Ipea, Conasems e Conass).
Elaboração dos autores.
Notas: [1] Os procedimentos para verificação da consistência do gasto em medicamentos estão descritos na seção de métodos deste texto.
[2] Despesa liquidada.
Obs.: Valores corrigidos para preços de 2023 pelo IPCA médio.

A tabela 7 demonstra a amplitude dessas participações. Nota-se que, em 2023, o percentual mínimo de participação do GMJUD no GTM foi de 0,02% e o máximo, de 39,80%, com média de 8,37% e mediana de 4,69%. No mesmo ano, essa participação na despesa com recursos próprios em medicamentos variou de 0,02% a 53,35%, com média de 10,11% e mediana de 5,26%.

TABELA 7

Participação do GMJUD no gasto total e na despesa com recursos próprios em medicamentos dos municípios participantes da pesquisa com informações consistentes (n = 271) nos cinco anos analisados[1] (2019-2023)

(Em %)

Ano	No GTM				Na despesa com recursos próprios em medicamentos			
	Mínima	Média	Mediana	Máxima	Mínima	Média	Mediana	Máxima
2019	0,01	9,67	5,83	48,23	0,01	13,49	7,69	93,21
2020	0,02	8,46	5,22	44,80	0,03	11,16	6,85	60,48
2021	0,02	8,32	5,11	41,70	0,03	10,63	6,55	54,41

(Continua)

(Continuação)

Ano	No GTM				Na despesa com recursos próprios em medicamentos			
	Mínima	Média	Mediana	Máxima	Mínima	Média	Mediana	Máxima
2022	0,02	8,28	5,16	39,15	0,02	10,20	6,43	51,50
2023	0,02	8,37	4,69	39,80	0,02	10,11	5,26	53,35

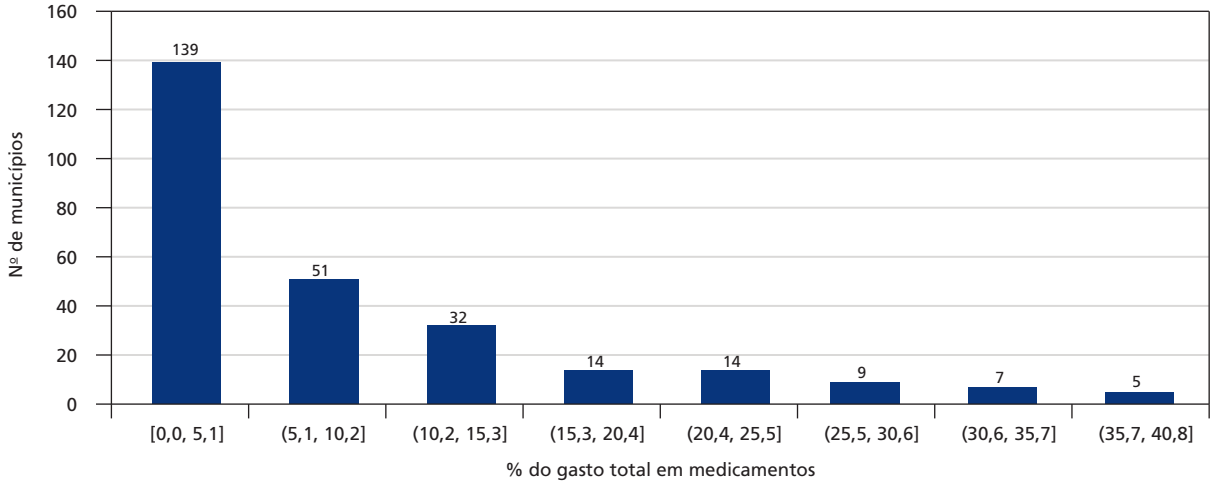
Fonte: Pesquisa Assistência Farmacêutica no SUS – 2024 (Ipea, Conasems e Conass).
Elaboração dos autores.
Nota: [1] Os procedimentos para verificação da consistência do gasto em medicamentos estão descritos na seção de métodos deste texto.

A distribuição da frequência dos municípios segundo classes de valores dessas participações fica mais evidente no gráfico 2. No caso da participação no GTM, o gráfico 2A mostra que a maioria dos municípios (n = 139) registrou GMJUD de até 5,12% do GTM. Contudo, cinco municípios apresentaram percentual variando entre 35,72% e 40,82% do GTM. Quanto à despesa com recursos próprios em medicamentos (gráfico 2B), observa-se uma tendência de aumento, com a maioria dos municípios gastando até 6,32% e um município atingindo 56,72%. Esses dados indicam que, embora para a maioria dos municípios o peso dos GMJUD no GTM ainda seja relativamente baixo, para 35 municípios a judicialização respondeu por mais de 20% dos recursos destinados à aquisição de medicamentos.

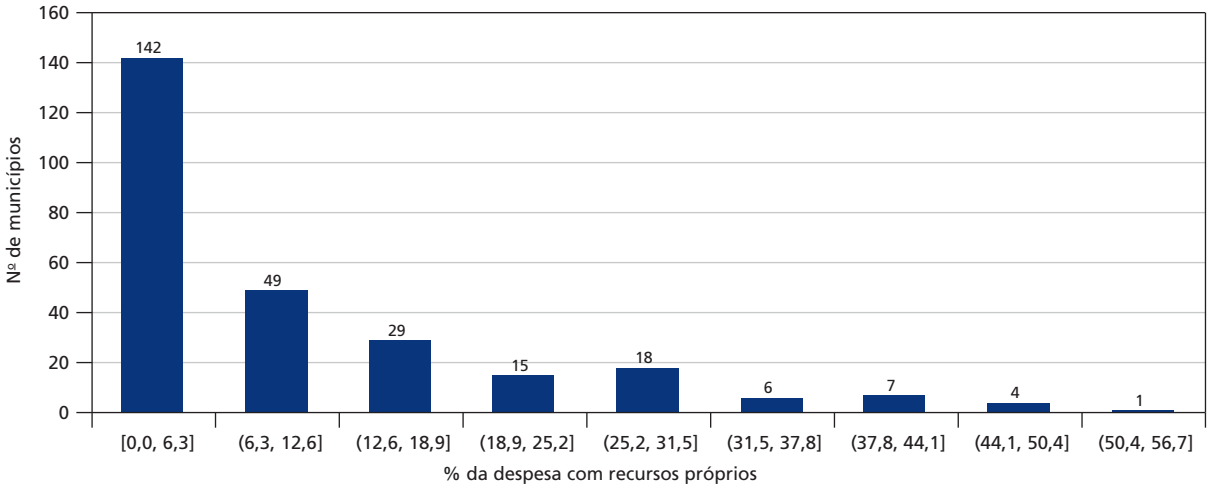
GRÁFICO 2

Municípios participantes da pesquisa, com gastos em medicamentos consistentes nos cinco anos analisados[1] (n = 271), segundo a participação do GMJUD no gasto total e na despesa com recursos próprios em medicamentos (2023)

2A – Participação no GTM



2B – Participação na despesa com recursos próprios



Fonte: Pesquisa Assistência Farmacêutica no SUS – 2024 (Ipea, Conasems e Conass).
Elaboração dos autores.
Nota: [1] Os procedimentos para verificação da consistência do gasto em medicamentos estão descritos na seção de métodos deste texto.

A tabela 8 apresenta os gastos em medicamentos em 2023, organizados segundo os grupos de porte populacional dos municípios. Não se observa, nessa tabela, um padrão de GMJUD, como participação no GTM e na despesa com recursos próprios, em função do número de habitantes dos municípios, do menor para o maior. Para verificar a possível existência de diferença estatisticamente significante entre os grupos, foi aplicado o teste de Kruskal-Wallis aos valores de participação do GMJUD no GTM dos municípios em 2023, segundo grupos de porte populacional. O resultado do teste não rejeitou a hipótese nula de igualdade de distribuição desse indicador ao nível de significância de 5% ($\chi^2 = 4{,}28$ e *p-valor* = 0,640). Em outras palavras, não há evidência estatística de diferença entre os grupos.

TABELA 8

Gasto em medicamentos, total e com recursos próprios, e em medicamentos judicializados dos municípios participantes da pesquisa, com informações consistentes[1] nos cinco anos analisados (n = 271), segundo grupos de porte populacional (2023)

Grupos de porte populacional (número de habitantes)	Número de municípios	Gasto em medicamentos[2] (em R$ correntes)			Participação média do GMJUD (em %)	
		Total	Despesa com recursos próprios	Judicializados	No gasto total	Na despesa com recursos próprios
Grupo I – Até 5.000	10	3.767.946	3.481.568	278.854	7,4	8,2
Grupo II – De 5.001 a 10.000	42	17.681.649	15.777.409	1.679.116	9,9	11,4
Grupo III – De 10.001 a 20.000	61	56.434.545	50.569.874	4.046.939	7,4	9,3
Grupo IV – De 20.001 a 50.000	78	118.953.134	105.559.901	11.253.535	9,1	10,8
Grupo V – De 50.001 a 100.000	35	125.637.295	110.742.511	9.766.941	7,5	9,1
Grupo VI – De 100.001 a 500.000	38	319.301.249	274.648.234	21.527.028	7,2	9,3
Grupo VII – Acima de 500.000	7	246.359.752	203.078.834	37.904.635	11,7	14,1
Total	**271**	**888.135.571**	**763.858.332**	**86.457.048**	**8,4**	**10,1**

Fonte: Pesquisa Assistência Farmacêutica no SUS – 2024 (Ipea, Conasems e Conass).
Elaboração dos autores.
Notas: [1] Os procedimentos para verificação da consistência do gasto em medicamentos estão descritos na seção métodos deste texto.
[2] Despesa liquidada.

3.2 Judicialização de medicamentos nos estados e no Distrito Federal

No caso dos estados, aqui incluído o Distrito Federal, dentre os 25 entes que preencheram o questionário da pesquisa, 100% reportaram fornecer medicamentos em decorrência de ações judiciais (tabela 8). A soma da população desses estados consta da tabela A.2 do apêndice A.

TABELA 9
Estados participantes da pesquisa com fornecimento de medicamentos por causa de ações judiciais – Grandes Regiões (2024)

Regiões	Número de estados respondentes (A)	Número de estados com ações judiciais (B)	Frequência de estados com ações judiciais (C) = (B) / (A) (em %)
Centro-Oeste	4	4	100,0
Nordeste	8	8	100,0
Norte	6	6	100,0
Sudeste	4	4	100,0
Sul	3	3	100,0
Total	**25**	**25**	**100,0**

Fonte: Pesquisa Assistência Farmacêutica no SUS – 2024 (Ipea, Conasems e Conass).
Elaboração dos autores.

O fornecimento de medicamentos pela via administrativa variou de 50% dos estados participantes nas regiões Norte e Sudeste a 100% dos estados nas regiões Nordeste e Sul (tabela 10). Esses números revelam que a maioria dessas Unidades da Federação (UFs) optou por implementar mecanismo extrajudicial para o fornecimento de medicamentos não incorporados ao SUS.

TABELA 10
Estados participantes da pesquisa com fornecimento de medicamentos não incorporados ao SUS[1] por via administrativa[2] – Grandes Regiões (2024)

Regiões	Número de estados			Frequência de estados (D) = (B) / (C) (em %)
	Não (A)	Sim (B)	Total (C)	
Centro-Oeste	1	3	4	75,0
Nordeste	0	8	8	100,0
Norte	3	3	6	50,0
Sudeste	2	2	4	50,0

(Continua)

(Continuação)

Regiões	Número de estados			Frequência de estados (D) = (B) / (C) (em %)
	Não (A)	Sim (B)	Total (C)	
Sul	0	3	3	100,0
Total	**6**	**19**	**25**	**76,0**

Fonte: Pesquisa Assistência Farmacêutica no SUS – 2024 (Ipea, Conasems e Conass).
Elaboração dos autores.
Notas: [1] Medicamentos não incorporados ao SUS são aqueles não incluídos na Rename, nas seguintes situações: i) sem registro na Anvisa; ii) com recomendação desfavorável pela Conitec; iii) previstos em PCDTs para outras finalidades (CID ou critérios diferentes); iv) com recomendação favorável pela Conitec e decisão pendente ou negativa de incorporação; v) *off label* (sem previsão na bula de indicação para tratamento da doença do paciente); e vi) sem PCDT ou que não integre listas dos componentes da assistência farmacêutica (básico, estratégico e especializado). Medicamentos incluídos de forma complementar à Rename, na Resme e na Remume, são considerados incorporados ao SUS.
[2] A via administrativa ou política complementar é criada pelo município ou pelo estado para viabilizar o fornecimento de medicamentos não incorporados ao SUS.

O fornecimento de medicamentos sem registro na Anvisa e *off label*, em 2023, teve elevada prevalência entre os estados participantes (tabela 11). No primeiro caso, o fornecimento ocorreu em todos os estados das regiões Centro-Oeste e Sul, em metade dos estados das regiões Norte e Sudeste e em 75% dos estados da região Nordeste. No segundo caso, o fornecimento de medicamentos *off label* ocorreu em 100% dos estados das regiões Nordeste e Sul, 75% dos estados das regiões Centro-Oeste e Sudeste e, por fim, para quatro de seis estados da região Norte (66,7%). Esses números revelam que o fornecimento de medicamentos nessas condições, por determinação judicial, era uma realidade para a maioria dos estados em 2023.

TABELA 11
Estados participantes da pesquisa que forneceram medicamentos sem registro na Anvisa e *off label* – Grandes Regiões (2023)

Regiões	Número de estados			Frequência de estados (D) = (B) / (C) (em %)
	Não (A)	Sim (B)	Total (C)	
Fornecimento de medicamentos sem registro na Anvisa[1]				
Centro-Oeste	0	4	4	100,0
Nordeste	2	6	8	75,0
Norte	3	3	6	50,0
Sudeste	2	2	4	50,0
Sul	0	3	3	100,0
Total	**7**	**18**	**25**	**72,0**

(Continua)

(Continuação)

Regiões	Número de estados			Frequência de estados (D) = (B) / (C) (em %)
	Não (A)	Sim (B)	Total (C)	
Fornecimento de medicamentos *off label*[2]				
Centro-Oeste	1	3	4	75,0
Nordeste	0	8	8	100,0
Norte	2	4	6	66,7
Sudeste	1	3	4	75,0
Sul	0	3	3	100,0
Total	**4**	**21**	**25**	**84,0**

Fonte: Pesquisa Assistência Farmacêutica no SUS – 2024 (Ipea, Conasems e Conass).
Elaboração dos autores.
Notas: [1] Um medicamento é considerado registrado pela Anvisa quando recebe autorização dessa agência para que seja comercializado no país para usos específicos, descritos na bula, por meio de um registro sanitário.
[2] Os *off label* são medicamentos registrados pela Anvisa, mas prescritos para indicações não previstas em suas bulas.

A tabela 12 apresenta as despesas reportadas pelos estados com informações consistentes em todos os anos (n = 10). Dessa forma, é possível analisar a evolução dos gastos desses entes entre 2019 e 2023, quais sejam: GTM, despesas com recursos próprios em medicamentos e GMJUD. Nesse período, houve crescimento dos três grupos de despesa: i) 16% para o GTM (de R$ 3,6 bilhões para R$ 4,2 bilhões); ii) 21% para as despesas com recursos próprios em medicamentos (de R$ 3,0 bilhões para R$ 3,6 bilhões); e iii) 41% para o GMJUD (de R$ 1,2 bilhão para R$ 1,7 bilhão). A participação média do GMJUD no GTM passou de 25,2%, em 2019, para 32,9%, em 2023, e na despesa com recursos próprios subiu de 30,1% para 37,4% no mesmo período.

TABELA 12
Gasto em medicamentos, total e com recursos próprios, e em medicamentos judicializados dos estados participantes da pesquisa (n = 10), com informações consistentes[1] nos cinco anos analisados (2019-2023)

Ano	Gasto em medicamentos[2] (em R$ de 2023)			Participação média do GMJUD (em %)	
	Total	Despesa com recursos próprios	Judicializados	No gasto total	Na despesa com recursos próprios
2019	**3.634.779.788**	2.950.802.093	1.222.659.237	25,2	30,1
2020	**3.678.007.904**	3.110.944.130	1.275.285.058	26,8	30,9
2021	**3.873.372.035**	3.457.756.978	1.291.289.049	25,2	28,0

(Continua)

(Continuação)

Ano	Gasto em medicamentos[2] (em R$ de 2023)			Participação média do GMJUD (em %)	
	Total	Despesa com recursos próprios	Judicializados	No gasto total	Na despesa com recursos próprios
2022	**4.137.335.757**	3.666.061.796	1.537.733.631	27,5	30,8
2023	**4.201.063.512**	3.557.268.900	1.721.278.445	32,9	37,4

Fonte: Pesquisa Assistência Farmacêutica no SUS – 2024 (Ipea, Conasems e Conass).
Elaboração dos autores.
Notas: [1] Os procedimentos para verificação da consistência do gasto em medicamentos estão descritos na seção de métodos deste texto.
[2] Despesa liquidada.
Obs.: Valores corrigidos para preços de 2023 pelo IPCA médio.

A tabela 13 apresenta a amplitude dessas participações a cada ano. Verifica-se que, em 2023, o percentual mínimo de participação do GMJUD no GTM dos estados foi de 5,79% e o máximo de 64,45%, com média de 32,90% e mediana de 36,61%. No mesmo ano, essa participação na despesa com recursos próprios em medicamentos variou de 6,21% a 66,37%, com média de 37,43% e mediana de 39,75%. Ainda, constata-se que cinco dos dez estados comprometeram mais de 40% das despesas com recursos próprios com o fornecimento de medicamentos judicializados.

TABELA 13
Participação do GMJUD no GTM e na despesa com recursos próprios em medicamentos dos estados participantes da pesquisa com informações consistentes (n = 10) nos cinco anos analisados[1] (2019-2023)
(Em %)

Ano	No GTM				Na despesa com recursos próprios em medicamentos			
	Mínima	Média	Mediana	Máxima	Mínima	Média	Mediana	Máxima
2019	6,34	25,19	24,84	39,48	7,43	30,05	27,86	51,42
2020	4,02	26,83	25,51	43,29	4,32	30,86	28,50	54,89
2021	0,37	25,21	26,03	47,09	0,41	27,98	28,25	50,95
2022	3,69	27,54	27,77	55,47	3,90	30,81	28,97	60,01
2023	5,79	32,90	36,61	64,45	6,21	37,43	39,75	66,37

Fonte: Pesquisa Assistência Farmacêutica no SUS – 2024 (Ipea, Conasems e Conass).
Elaboração dos autores.
Nota: [1] Os procedimentos para verificação da consistência do gasto em medicamentos estão descritos na seção de métodos deste texto.

Na sequência, na tabela 14, apresentam-se as despesas dos estados em 2023, segundo a região geográfica. Com apenas um estado representante nas regiões Centro-Oeste, Sul e Norte, observa-se que o percentual de participações desses gastos no GTM é semelhante nos dois primeiros casos (41% no Centro-Oeste e 38,8% no Sul), mas bem menor no representante da região Norte (9,6%). Para os estados da região Nordeste, a média desse indicador foi de 32,4%, enquanto, para os da região Sudeste, foi de 36,6%. Esses dados indicam que uma parcela expressiva do GTM e da despesa com recursos próprios em medicamentos tem sido direcionada, na maioria dos estados, para o financiamento de medicamentos judicializados.

TABELA 14

Gasto em medicamentos, total e com recursos próprios, e em medicamentos judicializados dos estados participantes da pesquisa, com informações consistentes[1] nos cinco anos analisados (n = 10) – Grandes Regiões (2023)

Região	Número de estados	Gasto em medicamentos[2] (em R$ correntes)			Participação média do GMJUD (em %)	
		Total	Despesa com recursos próprios	Judicializados	No gasto total	Na despesa com recursos próprios
Centro-Oeste	1	131.828.001	123.358.710	54.018.424	41,0	43,8
Nordeste	4	1.204.300.294	1.116.515.745	491.303.463	32,4	34,3
Norte	1	143.058.721	136.794.098	13.790.271	9,6	10,1
Sudeste	3	2.200.698.031	1.809.036.407	959.939.204	36,6	42,9
Sul	1	521.178.466	371.563.940	202.227.082	38,8	54,4
Total	**10**	**4.201.063.512**	**3.557.268.900**	**1.721.278.445**	**32,9**	**37,4**

Fonte: Pesquisa Assistência Farmacêutica no SUS – 2024 (Ipea, Conasems e Conass).
Elaboração dos autores.
Notas: [1] Os procedimentos para verificação da consistência do gasto em medicamentos estão descritos na seção métodos deste texto.
[2] Despesa liquidada.

4 DISCUSSÃO

Em síntese, os resultados da Pesquisa Assistência Farmacêutica no SUS evidenciam a ampla disseminação da judicialização da saúde no sistema público de saúde, com impactos expressivos sobre parte do orçamento dos entes subnacionais, especialmente dos estados, em razão da obrigatoriedade de aquisição de medicamentos por força de decisões judiciais. A judicialização atingiu municípios de todas as regiões geográficas,

independentemente de seu porte populacional. No entanto, observa-se uma frequência crescente desse fenômeno à medida que aumenta o número de habitantes. Em outras palavras, quanto maior a população, maior a prevalência de municípios que relataram ações judiciais relacionadas ao fornecimento de medicamentos. No caso dos estados, a prevalência da judicialização foi universal, com 100% deles apresentando registros de demandas judiciais nessa área.

Esse cenário, por um lado, revela que mais pessoas estão buscando o acesso a medicamentos pela via judicial, não apenas nos grandes centros urbanos, mas também em municípios de menor porte, o que aponta para a interiorização da judicialização da saúde no Brasil. Por outro lado, mostra que sua prevalência acompanha o gradiente da capacidade de oferta de serviços especializados pelos municípios, a qual cresce na medida do tamanho da sua população. Assim, a judicialização expõe não somente as lacunas na efetivação das políticas farmacêuticas em garantir o acesso a medicamentos, mas também as desigualdades na capacidade instalada dos entes da federação para as demandas em saúde da população.

A alta prevalência da judicialização em municípios de pequeno porte populacional chama a atenção porque, há um pouco mais de uma década, havia grande déficit de defensores públicos no país, com atuação concentrada em grandes centros urbanos (Wang e Ferraz, 2013). Em 2013, esse déficit chegou a ser de 10,5 mil profissionais para cada 10 mil pessoas que ganhavam até 3 salários-mínimos (Moura *et al*., 2013). A dúvida que fica é se houve avanços na disponibilidade de defensores públicos no Brasil e/ou se as pessoas estão recorrendo mais a advogados privados para acesso à justiça. Mais estudos precisam ser realizados para investigar essa questão.

O fato de que, em 2023, estados e municípios forneceram medicamentos sem registro na Anvisa e *off label* por causa de determinação judicial indica que, mesmo recentemente, questões envolvendo as responsabilidades pactuadas no SUS entre os entes da Federação, relacionadas à assistência farmacêutica, não foram observadas pelo Poder Judiciário. Essa situação é ainda mais grave para os municípios de pequeno porte populacional[15], cujos orçamentos destinados à aquisição de medicamentos são mais limitados. Em sua maioria, esses municípios estão responsáveis pelo fornecimento de medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF), constantes da Rename, e de outros medicamentos incorporados localmente ao SUS (Brasil, 2011a; 2017; 2024). Além disso, os resultados mais gerais sobre o financiamento da assistência farmacêutica desta pesquisa mostraram que muitos dos municípios mantêm pactuação com seus respectivos estados para receber medicamentos, em

15. Com população de até 20 mil habitantes.

vez de realizarem a aquisição diretamente (Vieira *et al*., [2025]), o que também indica capacidade operacional limitada para a realização de compras públicas, especialmente de produtos sem registro sanitário no Brasil.

Essa realidade foi debatida por autores que participaram de publicação organizada por Santos e Lopes (2018), na qual foram destacados os limites jurídicos e sanitários para tratamentos experimentais, chegando-se à conclusão de que não cabe ao Estado fomentar tratamentos sem registro e comprovação científica. Além disso, também se reforçou que a simples postulação judicial não deve se sobrepor ao processo de incorporação de tecnologias no setor público, que está a cargo da Conitec e que tem no Ministério da Saúde sua secretaria-executiva (Brasil, 2011a; 2011b). Conforme argumenta Schulze (2018), é necessário ponderar entre o chamado "direito à esperança" – ou direito de tentar – e o dever do Estado de proteger a coletividade de práticas terapêuticas sem evidência de eficácia e segurança. A adoção de tecnologias deve ser guiada por critérios técnicos, baseados em evidências, e não por decisões judiciais isoladas que rompem com a lógica da política pública. Como reforçam Buíssa, Bevilacqua e Moreira (2018), quando as ações judiciais ignoram esse processo técnico de avaliação, causam perplexidade e comprometem a sustentabilidade do SUS.

Ademais, no âmbito da pactuação das responsabilidades federativas, o Ministério da Saúde tem atribuição importante no financiamento e na aquisição da maior parte dos medicamentos especializados (Brasil, 2017). Dessa forma, ainda que sejam controversas as ações judiciais que solicitam medicamentos não incorporados ao SUS, considerando que tais demandas existem, em princípio, o ente responsável por seu atendimento deveria ser a União, e não os entes subnacionais.

Em 2019, o CNJ já havia feito as seguintes recomendações aos operadores do sistema de Justiça: observação das normas administrativas de repartição de competência entre os entes federados em matéria de direito à saúde (enunciado nº 8); vedação ao deferimento de medidas judiciais de acesso a medicamentos não registrados na Anvisa (enunciado nº 50); definição de competência da Justiça Federal para julgar ações referentes a novas tecnologias não incorporadas ao SUS (enunciado nº 78) (CNJ, 2023). No entanto, embora o CNJ venha implementando diversas medidas para racionalizar as demandas judiciais na área da saúde e qualificar as decisões dos magistrados desde 2010, como a publicação dos enunciados de direito à saúde,[16] elas parecem ter baixa efetividade na orientação das decisões judiciais, como mostra um

16. Os enunciados não possuem força coercitiva. Eles servem como orientações para a prática dos magistrados.

estudo que investigou sua menção em acórdãos de judicialização da saúde, proferidos por diversos tribunais do país entre 2008 e 2017 (Insper, 2019).

Além disso, o STF já havia decidido, no julgamento da Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) 5.501, que a ausência de registro na Anvisa impede, como regra geral, o fornecimento de medicamentos por decisão judicial, uma vez que as decisões do tribunal acabam deixando brechas para a excepcionalidade. No caso em tela, o STF admitiu a concessão judicial dos medicamentos sem registro na Anvisa quando: i) a agência demorar na apreciação do pedido de registro sanitário; ii) houver solicitação no Brasil; iii) o medicamento tiver registro em agências de regulação sanitária de outros países; e iv) não houver substituto terapêutico com registro no país (Santos, 2021). Nesse ponto, vale lembrar que a exigência de registro é um mecanismo de proteção da saúde pública e do direito à saúde, que protege a população de ser submetida a riscos desnecessários ou desproporcionais pelo uso de produtos que sejam comercializados com fins terapêuticos e como produtos para a saúde.

Como a concessão de medicamentos sem registro sanitário no Brasil, em 2023, ocorreu em 8% dos municípios participantes da pesquisa, atingindo 27,8% daqueles com mais de 500 mil habitantes, e em 72% dos estados, conclui-se que ou os juízes têm interpretado que muitas demandas são excepcionais, ou têm desconsiderado as diretrizes da corte superior. Qualquer que seja o caso, há impactos importantes sobre o SUS, somando-se àqueles decorrentes das demais demandas de produtos registrados, mas não incorporados, e de medicamentos incorporados, mas não fornecidos, em razão da falta do medicamento no momento do uso ou do fato de a competência de fornecimento ser de outro ente da federação, entre outras razões.

Como visto anteriormente, em média, a participação do GMJUD na despesa com recursos próprios em medicamentos dos municípios analisados foi de 10,1%, em 2023, havendo municípios com participação superior a 50% no mesmo ano. No caso dos estados, esse percentual médio foi significativamente maior (37,4%), com caso de comprometimento de mais de 66% dos recursos próprios alocados à aquisição de medicamentos. Aqui, destaca-se o risco de impacto orçamentário desproporcional entre os entes da federação, uma vez que o GMJUD teve participação proporcionalmente maior em parte dos municípios, que geralmente possuem orçamentos menores que os dos estados, os quais, por sua vez, têm orçamento menor que o da União. Dessa forma, uma única ação de medicamento de alto custo pode comprometer parcela significativa do orçamento municipal.

Em 2022, um levantamento sobre a judicialização da saúde realizado pelo Conasems em municípios de diferentes regiões do Brasil ajudou a elaborar um retrato desse processo. Em Piracicaba-SP, as demandas judiciais eram majoritariamente por medicamentos não constantes em listas oficiais do SUS, com 32% de solicitações para mais de um medicamento ou insumo. Em São João da Boa Vista-SP, 56,4% dos medicamentos solicitados não pertenciam à Remume. Em Campinas-SP, dos 539 processos judiciais atendidos, a maioria visava ao fornecimento de medicamentos, totalizando 378 tipos diferentes. Neste município, os gastos no cumprimento de decisões judiciais em assistência farmacêutica aumentaram 78% entre 2016 e 2020, passando de R$ 5,4 milhões para mais de R$ 9,6 milhões, sendo que, no último ano, essa despesa representou 28% de todo o recurso público utilizado no custeio da assistência farmacêutica do município. A avaliação das demandas judiciais, atendidas pelo município de Vitória da Conquista-BA entre 2013 e 2017, demonstrou que o foco era o fornecimento de medicamentos. Em média, entre 2015 e 2017, o GMJUD desse município representou 20% do orçamento da assistência farmacêutica (Conasems, 2022).

Corroborando esses achados, uma análise de dados da Secretaria Estadual de Saúde do Paraná revelou que a judicialização tem comprometido a organização da assistência farmacêutica pública no estado. Entre 2013 e 2017, a Secretaria Estadual de Saúde foi obrigada a adquirir 1.322 apresentações de medicamentos para atender 13 mil pacientes judicializados, enquanto 195 mil pacientes foram atendidos com 204 apresentações por meio das políticas públicas estabelecidas (Pontarolli *et al*., 2018). Esse descompasso é uma demonstração concreta de alocação desigual de recursos, que favorece um número muito menor de pessoas por meio de decisões judiciais que não passam pelos processos de planejamento e avaliação do SUS.

Os resultados desta pesquisa mostram que, na média, a judicialização tem onerado proporcionalmente mais os orçamentos dos estados, mesmo quando a comparação é feita com o orçamento federal. Por exemplo, uma análise sobre os gastos do Ministério da Saúde em medicamentos judicializados apontou, em 2019, um comprometimento de 25,2% dos recursos alocados ao financiamento do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (Vieira, 2023). Em 2024, o GMJUD correspondeu a 9,6% (R$ 1,9 bilhão) da despesa federal em medicamentos, executada

nas ações orçamentárias 20AE, 4368, 4370 e 4705 (R$ 19,8 bilhões).[17] Isso significa que parte expressiva do orçamento público de medicamentos está sendo destinada ao atendimento de número restrito de pessoas, com grande potencial para causar maiores desigualdades de acesso no SUS.

Essa situação é particularmente preocupante, porque o financiamento público das despesas com consumo final de medicamentos foi inferior a 7% de toda a despesa com esses produtos em 2021 (IBGE, 2024), ou seja, o financiamento dos medicamentos é majoritariamente privado no Brasil. Em 2019, 87,7% das despesas com medicamentos foram financiadas por desembolso direto (Brasil, 2022), e essa forma de pagamento para acesso a bens e serviços de saúde é considerada deletéria à equidade nos sistemas de saúde (Rostampour e Nosratnejad, 2020).

Assim como não se pode simplesmente desresponsabilizar os governos pela elaboração do orçamento e pela destinação de recursos ao financiamento da saúde, também não se pode considerar que a observância à disponibilidade de recursos para implementar políticas constitui um interesse secundário do Estado frente ao direito à saúde. No primeiro caso, há que se ponderar que a capacidade financeira do Estado não se confunde com o orçamento formalmente aprovado, uma vez que os governos fazem escolhas quando o elaboram, podendo priorizar determinadas políticas em detrimento de outras. No segundo caso, é preciso lembrar que os direitos, de qualquer natureza, implicam custos, e que o limite para o financiamento de políticas públicas é dado pela capacidade de arrecadação de recursos da sociedade (Vieira, 2023). Ademais, é importante reforçar que, no caso do Brasil, é dever do Estado garantir a todas as pessoas o acesso a bens e serviços de saúde de forma igualitária e integral (Brasil, 1988).

O SUS é financiado por tributos gerais das três esferas de governo e é considerado um sistema de saúde subfinanciado (Marques, 2017; Santos, 2018; Funcia, 2019). As evidências para tal conclusão se encontram nos fatos de que: i) o gasto público brasileiro *per capita* é baixo na comparação com os valores encontrados em outros países que têm sistemas de saúde de acesso universal ou que têm valores aproximados de

17. Dados obtidos do Siga Brasil para a despesa empenhada nas ações orçamentárias: 20AE – Promoção da assistência farmacêutica e insumos estratégicos na Atenção Básica em Saúde; 4368 – Promoção da assistência farmacêutica por meio da disponibilização de medicamentos e insumos em saúde do componente estratégico; 4370 – Atendimento à população para prevenção, controle e tratamento do vírus da imunodeficiência humana e síndrome da imunodeficiência adquirida (HIV/AIDS) e outras infecções sexualmente transmissíveis (IST) e hepatites virais; e 4705 – Promoção da assistência farmacêutica por meio da disponibilização de medicamentos do componente especializado. O GMJUD corresponde à soma dos valores executados na ação 4705, nos planos orçamentários: 0003 – Recursos financeiros a transferir para aquisição pelas secretarias de saúde dos estados e Distrito Federal e 0004 – Atendimento de sentenças judiciais.

renda por habitante; ii) o gasto público brasileiro é baixo quando comparado à despesa assistencial *per capita* do segmento de planos e seguros privados de assistência médico-hospitalar no país (Vieira, Piola e Benevides, 2019); e iii) a oferta de serviços de saúde é insuficiente em determinadas localidades (Andrade *et al*., 2018), de modo que persistem desigualdades de acesso e iniquidades em saúde no país (Vieira, 2020). A despeito disso, o gasto tributário no Brasil é elevado, chegando a R$ 492,5 bilhões em 2022,[18] e isso se reflete, inclusive, no setor saúde, em valor equivalente a 32,3% da despesa do Ministério da Saúde em 2015 (Ocké-Reis e Fernandes, 2018; Ocké-Reis, 2021). Ademais, assiste-se à implementação de políticas fiscais que restringem a ampliação do gasto público em saúde no país (Rossi e Dweck, 2016; Vieira, Bernardes e Piola, 2024).

Embora seja evidente que, sem recursos financeiros, não se pode cumprir as promessas constitucionais do direito à saúde no Brasil, o que se observa é que o sistema de justiça brasileiro se concentra nos casos de demandas individuais de acesso a tecnologias em saúde. Além disso, não busca praticar a macrojustiça para alcançar a toda a população, evitando, por exemplo, que políticas econômicas comprometam o financiamento do SUS e de outras políticas sociais (Comparato e Pinto, 2015; Pinto, 2007; 2017).

No centro dessa questão está o debate sobre o controle judicial de políticas públicas que, na visão de Marques (2016), ainda é incipiente no Brasil, embora haja o reconhecimento no campo jurídico de que as políticas públicas são fundamentais à garantia do direito à saúde. Segundo Ferraz (2011), existem, pelo menos, três formas de proteção dos direitos sociais pelo Poder Judiciário: i) controle dos procedimentos dos outros poderes, sem interferir no conteúdo das decisões; ii) controle de conteúdo, com modificação das políticas públicas, como ocorre no Brasil; e iii) modelo misto, em que os tribunais não alteram as políticas, mas vão além do controle dos procedimentos. Para o autor, a legitimidade da atuação do Judiciário deve ser avaliada pelos efeitos de suas decisões na proteção dos direitos constitucionais. Ainda conforme esse autor, no Brasil, a judicialização da saúde tem mostrado prejuízos à equidade no acesso a serviços, o que indica a inadequação do modelo atual. Isso ocorre porque os direitos sociais seriam melhor protegidos se o Judiciário se abstivesse de decidir individualmente sobre seu conteúdo e passasse a exercer um controle mais ativo nas políticas públicas, assegurando o respeito às normas constitucionais e legais.

No Brasil, a forma de atuação do Judiciário produz impactos negativos sobre o SUS. Por exemplo, Lopes *et al*. (2019) estimaram que, caso os critérios de acesso universal à assistência farmacêutica integral, explicitados na Lei nº 12.401/2011 e no

18. Disponível em: https://www.gov.br/receitafederal/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/relatorios/renuncia/gastos-tributarios-bases-efetivas/dgt-bases-efetivas-2022-serie-2020-a-2025-quadros.xlsx/view.

Decreto nº 7.508/2011, tivessem sido aplicados no período de 1999 a 2009, entre 68,8% e 85,8% das demandas judiciais em Minas Gerais teriam sido evitadas, utilizando-se de forma mais eficiente os recursos públicos. Ou seja, se o Judiciário tivesse se atido ao fato de que a integralidade garantida pelo SUS diz respeito à oferta de medicamentos constantes da Rename e dos protocolos clínicos, parte expressiva das ações judiciais não teria ocorrido contra o estado de Minas Gerais. No caso do Ministério da Saúde, as demandas judiciais do medicamento Zolgensma®, uma terapia gênica para tratar atrofia muscular espinhal, consumiram R$ 944,8 milhões entre janeiro de 2019 e setembro de 2022, sendo que destes valores, R$ 146 milhões foram gastos em solicitações para crianças maiores de 2 anos, em desacordo com a recomendação contida na bula do produto (Kretzschmar *et al*., 2024).

As evidências produzidas a partir da Pesquisa Assistência Farmacêutica no SUS revelam um cenário preocupante quanto ao impacto da judicialização sobre o orçamento da saúde. Diante da limitação dos recursos, a destinação de parcelas expressivas do orçamento público para atendimento de demandas judiciais envolvendo medicamentos não incorporados ao SUS, ou cuja responsabilidade de fornecimento não cabe ao ente demandado, compromete a capacidade de prover medicamentos para toda a população de determinado território. Tal distorção pode resultar na falta de medicamentos já incorporados e, consequentemente, retroalimentar a judicialização. Além disso, a integralidade do atendimento e a eficiência no SUS também podem ser prejudicadas, visto que, frequentemente, garante-se a consulta e, muitas vezes, os exames, mas, no momento do tratamento, os medicamentos não estão disponíveis.

Nesse contexto, também é preciso reconhecer a necessidade de aprimoramento da Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), particularmente no que se refere à garantia da integralidade do acesso a medicamentos. Municípios de menor porte populacional, geralmente, não dispensam medicamentos do componente especializado, uma vez que o atendimento em níveis mais elevados de complexidade é realizado em outros municípios que possuem oferta de serviços nesses níveis. Contudo, os cidadãos residentes nos municípios pequenos precisam dos medicamentos especializados, e o país ainda carece de uma política nacional que enfrente essa situação, estabelecendo com clareza as responsabilidades quanto ao financiamento e à gestão da provisão de medicamentos nessas situações (Vieira, 2017).

Outras questões também são muito preocupantes no contexto da judicialização da saúde. Uma delas é a possibilidade de associação entre médicos e advogados nas demandas judiciais de medicamentos, sob influência da indústria farmacêutica, particularmente nas solicitações de medicamentos não incorporados ao SUS (Chieffi e Barata, 2010; Campos Neto *et al*., 2012). A judicialização pode ser vantajosa para a

indústria, porque os medicamentos acabam sendo adquiridos pelos gestores do SUS a preços mais elevados, especialmente nos casos em que não estão registrados na Anvisa ou incorporados ao sistema. Dado que nessas situações as empresas lucram mais com a venda dos produtos, um estudo verificou que algumas têm adotado como prática o atraso na submissão do pedido de registro sanitário no Brasil e de incorporação ao SUS na Conitec (Silva, 2025).

Outro problema relevante diz respeito ao risco potencial de a judicialização resultar em uso irracional de recursos, em virtude de prescrições médicas de medicamentos sem evidências científicas de eficácia (Lopes *et al*., 2010). Esse quadro é agravado por lacunas na graduação médica, que ainda falha na formação de profissionais com conhecimento sobre o SUS e, em especial, sobre a política farmacêutica no que se refere à incorporação e à dispensação de medicamentos nesse sistema (Gariolli, 2024).

Dado que a judicialização da saúde se constitui como fenômeno complexo, com múltiplos impactos sobre o SUS, tem-se recomendado algumas estratégias para abordá-la em frentes diversas. Entre essas estratégias, destacam-se: i) a disponibilização de serviço de respostas rápidas para apoiar o uso das melhores evidências científicas como subsídio das decisões envolvendo tecnologias em saúde; ii) a implantação de programa de educação permanente para operadores do direito, com a finalidade de desenvolver suas habilidades de compreensão e entendimento do SUS; iii) a oferta de serviço de mediação entre as partes envolvidas antes da instauração e da continuidade de processos judiciais; e iv) a adoção de ferramenta *online* de suporte à decisão e de intervenções mediadas por pacientes para melhorar a prática clínica (Floriano *et al*., 2023). Além dessas medidas, Schulze (2018) enfatiza a importância de incorporar à análise da judicialização aspectos estruturais que frequentemente permanecem invisíveis nos processos judiciais, como a atuação da indústria farmacêutica, os conflitos de interesse na relação médico-indústria, os limites ético-sanitários para a prescrição de tratamentos experimentais e as distorções geradas pelos mecanismos de precificação de tecnologias em saúde.

Outras estratégias vêm sendo utilizadas no enfrentamento da situação, como a instituição pelo Executivo de via administrativa para solicitação de medicamentos não incorporados ao SUS e a criação de NAT-JUS para apoiar os magistrados na apreciação de demandas judiciais de saúde. No caso dos NAT-JUS, há preocupações sobre seu papel a partir de posições diametralmente opostas. Entre os que defendem a iniciativa, almeja-se que as notas técnicas produzidas pelos núcleos embasem substancialmente as decisões judiciais, algo que pode não estar acontecendo. Por exemplo, um estudo sobre solicitações de medicamentos não incorporados ao SUS, julgadas por um tribunal

estadual, mostrou que os juízes baseavam suas decisões, majoritariamente, nos laudos médicos, e não nas notas técnicas elaboradas pelo NAT-JUS (Correia e Zaganelli, 2022).

Entre os críticos dessa iniciativa, a questão principal apontada é que os NAT-JUS competem com a Conitec na avaliação de evidências científicas sobre medicamentos não incorporados ao SUS, consistindo em múltiplas portas de recomendação a respeito desses produtos, sem necessariamente dispor de pessoas com as capacidades técnicas requeridas e sem a observação dos critérios e dos procedimentos exigidos na Lei nº 12.401/2011, para a avaliação de tecnologias em saúde no sistema público (Vieira, 2020; Wang, 2021).

O fato de esses núcleos embasarem suas notas técnicas em ensaios clínicos publicados não minimiza o problema. Para que qualquer produto possa ser considerado medicamento, ele precisa demonstrar eficácia em ensaio clínico duplo-cego e randomizado – de preferência, frente a outros medicamentos já utilizados para a mesma indicação ou, em sua ausência, frente a placebo. No entanto, o fato de existir um estudo não significa que ele tenha qualidade, o que pode acabar prejudicando as recomendações do NAT-JUS. Por exemplo, uma investigação que analisou 181 notas técnicas disponibilizadas no e-NatJus encontrou vieses significativos nos ensaios clínicos citados como referência nesses documentos (Domingues *et al*., 2023).

Em relação à via administrativa, ela tem sido tratada como um mecanismo tanto para a garantia da integralidade da assistência farmacêutica quanto para a redução das demandas judiciais de medicamentos. Isso ocorre porque, no primeiro caso, garantiria o fornecimento de produtos que deveriam estar disponíveis nas farmácias públicas, mas não estão por falhas de gestão, bem como de produtos não incorporados ao SUS, com oportunidade para o aperfeiçoamento das listas de medicamentos essenciais (Chagas, Provin e Amaral, 2019; Soares *et al*., 2022). Por sua vez, no segundo caso, porque facilitaria o acesso a medicamentos não incorporados por acordo entre a secretaria de saúde e a Defensoria Pública ou o Ministério Público, evitando a ação judicial (Pepe *et al*., 2010).

Entretanto, a via administrativa também é uma porta paralela para o fornecimento de medicamentos não incorporados, que desrespeita a política farmacêutica instituída (Leite *et al*., 2009). Como apresentado anteriormente neste texto, o fornecimento de medicamentos não incorporados pela via administrativa está bastante difundido no SUS (em 52,1% de 1.865 municípios e em 76% de 25 estados). Com tantas exceções à regra, tanto nos casos dos NAT-JUS quanto no acesso pela via administrativa, há que se perguntar se ainda temos uma política farmacêutica nacional, no que se refere à oferta de medicamentos no SUS e quais são os impactos dessa situação para a isonomia do atendimento no setor público.

Um custo relevante da fragilização das políticas, como nesse caso, é o de não se assegurar o direito das pessoas mais socioeconomicamente vulneráveis, as quais acabam sendo privadas do acesso a bens e serviços de saúde que não são ofertados nas áreas em que residem e dos meios para requererem o cumprimento desse direito (seja conhecimento ou recursos financeiros). Numa situação em que mais recursos financeiros da assistência farmacêutica são alocados por via judicial, resta parcela menor do orçamento para expandir o acesso a medicamentos para a população como um todo. Eis a encruzilhada em que o país se encontra neste momento. A despeito do aumento do gasto público em medicamentos no Brasil, não houve avanço na cobertura de pessoas que obtiveram do SUS todos os medicamentos prescritos no último atendimento de saúde entre 2013 e 2019 (Vieira *et al*., 2023). Isso mostra que o esforço realizado pelos governos não se traduziu no atendimento de mais pessoas nesse período, de forma significativa, o que é um indício, entre outras possbilidades, de que os recursos destinados à assistência farmacêutica estão sendo capturados não apenas pela oferta de medicamentos mais caros, recentemente incorporados, mas também pela judicialização de medicamentos, cujos impactos sobre os orçamentos de municípios e estados foram demonstrados neste texto.

Para finalizar esta seção de discussão, é importante dizer que este trabalho tem algumas limitações, sendo a primeira a impossibilidade de generalização de seus resultados para todos os municípios e estados brasileiros, dado o viés de autosseleção. Participaram da pesquisa apenas os entes que quiseram e estes podem ser muito diferentes daqueles que optaram por não participar (Chehuen Neto, 2022). A segunda limitação é que se trata de uma pesquisa retrospectiva, em que a qualidade dos dados depende dos sistemas existentes para registro e acompanhamento das despesas em cada secretaria de saúde. A terceira limitação diz respeito ao informante-chave, responsável pelo preenchimento do questionário, que pode ter sido um profissional com maior ou menor conhecimento sobre o orçamento da saúde e, particularmente, sobre o orçamento de medicamentos. A quarta limitação é que, no cômputo da participação estadual e federal no GTM dos municípios, consideraram-se os repasses para os municípios com pactuação para recebimento da transferência monetária. Não se computou a contrapartida do estado feita em medicamentos. Por fim, embora a eliminação de *outliers* superiores tenha sido realizada para garantir maior consistência das informações analisadas, isso também pode causar a eliminação de valores extremos reais, comprometendo, em parte, a representação completa da variação existente.

Entretanto, ainda que não se possa generalizar os resultados para todo o país, esta pesquisa tem validade interna, e os achados nos ajudam a compreender o que está ocorrendo com o GMJUD nos entes subnacionais e a levantar hipóteses que podem ser investigadas em estudos representativos.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados da Pesquisa Assistência Farmacêutica no SUS revelam uma situação preocupante de disseminação das demandas judiciais de medicamentos no setor público de saúde no Brasil. Isso porque, ao mesmo tempo em que a via judicial é um importante mecanismo de proteção do direito de acesso a bens e serviços incorporados ao SUS, ela também constitui uma ameaça ao cumprimento das promessas constitucionais de acesso universal, igualitário e integral a esses bens e serviços, caso não guarde maior sinergia com a implementação das políticas públicas de saúde, principalmente no que tange à assistência farmacêutica.

A efetivação de direitos nos moldes da Carta Magna brasileira requer a implementação de políticas públicas. Não por outro motivo, os constituintes abordaram o assunto de forma explícita no art. 196 da Constituição Federal de 1988, que trata do direito à saúde: "A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação" (Brasil, 1988). Sem recursos financeiros não se implementam políticas e, quando não se respeitam as políticas existentes nem se observam as regras instituídas, prevalece a lei de quem pode mais do ponto de vista socioeconômico.

Os gestores do SUS, além de enfrentarem um subfinanciamento crônico que limita as possibilidades de investimento na ampliação da oferta de serviços para corrigir as insuficiências existentes e reduzir vazios assistenciais, lidam com alocações de recursos que fogem a seu controle e que tendem a produzir mais desigualdades de acesso aos serviços e bens de saúde, como as realizadas por emendas parlamentares e pela via judicial. Neste último caso, isso ocorre, inclusive e predominantemente, para medicamentos e serviços não incorporados ao SUS.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a chave para a garantia de acesso a medicamentos essenciais para toda a população envolve a seleção racional dos produtos, a disponibilização destes a preços acessíveis, a sustentabilidade do financiamento e a existência de sistemas de saúde e cadeias de suprimentos confiáveis.[19] Para a OMS, a formulação de política farmacêutica é central para o alcance desse objetivo. Entretanto, ao contrário disso, no Brasil, fragilizam-se a Política Nacional de Medicamentos e a PNAF ao não se respeitar o processo de avaliação de tecnologias em saúde, previsto em lei para garantia da integralidade do atendimento em saúde, enfraquecendo, assim, a Conitec. Ademais, desconsidera-se a realidade do subfinanciamento do SUS, do custo

19. Disponível em: https://www.emro.who.int/essential-medicines/strategy-access/. Acesso em: 7 abr. 2025.

de oportunidade e dos impactos da judicialização nos orçamentos da saúde e para a aquisição de medicamentos.

O STF tem buscado dar maior racionalidade às demandas judiciais de saúde, decidindo sobre assuntos com repercussão geral. A seguir, são apresentados exemplos recentes desses julgamentos.

1) Tema 1.234 – define que as demandas por medicamentos não incorporados ao SUS são de competência da Justiça Federal. As ações que permanecerem na justiça estadual com condenações contra estados e municípios terão os desembolsos ressarcidos em 65% pela União, nas condenações cujo valor da causa seja superior a 7 e inferior a 210 salários mínimos. Além disso, oncológicos ajuizados antes de 10 de junho de 2024 serão ressarcidos na proporção de 80%. Por fim, deverá ser criada uma plataforma nacional por meio da qual todos os pedidos de medicamento pela via judicial deverão ser feitos (STF, 2024a).

2) Tema 6 – define que a inclusão de medicamentos nas listas do SUS impede, como regra geral, o fornecimento do medicamento por decisão judicial. Contudo, é possível, excepcionalmente, conceder o medicamento registrado na Anvisa, mas não incorporado ao SUS, desde que:

   a) tenha sido negado o fornecimento por via administrativa;

   b) tenha ocorrido ilegalidade do ato de não incorporação pela Conitec;

   c) seja impossível substituí-lo por outro medicamento incorporado ao SUS;

   d) seja comprovada sua eficácia, efetividade e segurança à luz da medicina baseada em evidências;

   e) o tratamento seja imprescindível; e

   f) o autor da ação seja incapaz de arcar com o custeio do tratamento (STF, 2024b).

Como se vê, o STF manteve a janela da excepcionalidade para a obtenção de medicamentos não incorporados ao SUS, ainda que com critérios mais rígidos. Entretanto, incluiu critério polêmico, que é a hipossuficiência de recursos por parte do autor da ação, dado que não cabe falar em capacidade financeira do usuário quando o acesso se dá pelo sistema público de saúde no Brasil. Ademais, as decisões têm custo administrativo para o SUS, que deverá gerir mecanismo complexo de ressarcimento entre

a União e os entes subnacionais, além de criar uma plataforma para gestão de todas as demandas judiciais.

De um lado, alguns autores sustentam que essas decisões resultarão em maiores dificuldades para a efetivação do direito à saúde das pessoas mais socioeconomicamente vulneráveis pela via judicial (Villas-Bôas e Cunha Júnior, 2024). Por outro lado, em nossa visão, a manutenção de tal via para se demandar medicamentos não incorporados ao SUS acarreta mais dificuldades para as pessoas com acesso limitado a bens e serviços de saúde no país, pois, a cada ano, menor parcela do orçamento estará disponível para atendimento da população, de forma geral, e para a implementação de políticas equitativas. Além disso, pontuamos que permanece a questão do controle das políticas públicas pelo Judiciário. Esse controle deveria se basear no conteúdo da política ou, em vez disso, nos procedimentos administrativos, a fim de garantir que os princípios e as diretrizes constitucionais sejam respeitados?

Considerando o crescimento das demandas judiciais de medicamentos a cada ano, os critérios instituídos pelo STF, as restrições orçamentárias do SUS e a ausência de prioridade ao exercício da macrojustiça pelo Poder Judiciário para enfrentar questões macroeconômicas, como as políticas fiscais, que limitam a efetivação de direitos sociais no Brasil, não se vislumbra mudança do quadro atual da judicialização da saúde no médio prazo, quiçá, no longo prazo.

Resta aos gestores do SUS se prepararem melhor para o enfrentamento desse desafio, o que passa por maior organização das informações sobre despesas em saúde, entre elas, em medicamentos e em medicamentos judicializados. Como parte das respostas dos municípios e dos estados ao questionário da pesquisa relativas aos gastos teve que ser desconsiderada devido a inconsistências, isso mostra que muito precisa ser feito no aprimoramento desses registros administrativos.[20] Além disso, faz-se necessário aperfeiçoar a assistência farmacêutica para que se garanta efetivamente o acesso a medicamentos incorporados ao SUS, a todos aqueles que deles necessitem, em momento oportuno, e para que as relações de medicamentos essenciais sejam atualizadas, à luz das diretrizes e dos princípios que norteiam esse sistema, sem desconsiderar sua sustentabilidade financeira.

20. Alguns informantes-chave informaram GMJUD superior ao GTM. É possível, nesses casos, que o elevado GMJUD seja real. O problema é que ele não foi somado aos demais gastos em medicamentos, conforme foi solicitado no questionário da pesquisa. Por essa razão, a resposta não foi considerada. Os critérios de consistência adotados estão descritos na seção de métodos deste texto. Isso reforça a necessidade de parte dos entes subnacionais melhorarem seus registros administrativos de despesas em medicamentos, de forma geral, e em medicamentos judicializados, especificamente.

Ademais, são necessárias mais pesquisas que aprofundem o conhecimento sobre os gastos pelas vias administrativa e judicial, como estudos sobre as classes terapêuticas demandadas, os produtos solicitados e a existência de alternativas no SUS aos produtos não incorporados. Além disso, é importante avaliar o peso dos medicamentos não incorporados ao SUS no GTM dos entes da federação, entre outras questões relacionadas ao fornecimento de produtos farmacêuticos por essas vias.

Por fim, é preciso lançar luzes sobre as desigualdades de acesso aos serviços de saúde e às iniquidades em saúde no Brasil. Não bastam as estatísticas que evidenciam essa realidade. Quando pudermos evidenciar os nomes, os rostos e as histórias das pessoas que adoecem, mas não conseguem atendimento e que, dadas suas condições socioeconômicas e de acesso a serviços essenciais, vivem menos, talvez elas deixem de ser apenas um número nas estatísticas e, com isso, possamos dar visibilidade às injustiças ocultas e persistentes em nosso país. Quem sabe seja esse o ponto de inflexão que precisamos atingir para trabalhar efetivamente em prol da eliminação das múltiplas desigualdades que nos afligem.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, M. V. *et al*. Desafios do sistema de saúde brasileiro. *In*: DE NEGRI, J. A.; ARAÚJO, B. C.; BACELETTE, R. G. **Desafios da Nação**: artigos de apoio. Brasília: Ipea, 2018. v. 2.

ANJOS, E. C. S.; RIBEIRO, D. C.; MORAIS, L. V. Judicialização da saúde: uma revisão sistemática de literatura das iniciativas de diálogo institucional intersetorial. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, v. 10, n. 1, p. 113-128, 2021.

BERMUDEZ, J. A. Z. *et al*. Assistência Farmacêutica nos 30 anos do SUS na perspectiva da integralidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1937-1949, jun. 2018.

BORCHIO, F. D. D.; REZENDE, M. C. B.; ZOCRATTO, K. B. F. Direito à saúde, racionalidade e judicialização: uma revisão integrativa da literatura de 1988 a 2020. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, v. 10, n. 4, p. 176-196, 2021.

BRAGA, B. S. F. **Gastos públicos com medicamentos judicializados no Rio Grande do Norte nos anos de 2016 e 2017**. 2018. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2018.

BRAGA, B. S. F.; OLIVEIRA, Y. M. C.; FERREIRA, M. A. F. Gastos com a judicialização de medicamentos: uma revisão integrativa. **Revista de Direito Sanitário**, v. 21, 2021.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **O remédio via Justiça**: um estudo sobre o acesso a novos medicamentos e exames em HIV/aids no Brasil por meio de ações judiciais. Brasília: MS, 2005a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde**. Brasília: MS, 2005b.

BRASIL. Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2011a.

BRASIL. Decreto nº 7.646, de 21 de dezembro de 2011. Dispõe sobre a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde e sobre o processo administrativo para incorporação, exclusão e alteração de tecnologias em saúde pelo Sistema Único de Saúde – SUS, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, p. 569, 3 out. 2017.

BRASIL. **Contas de saúde na perspectiva da contabilidade internacional**: conta SHA para o Brasil – 2015 a 2019. Brasília: Ipea, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.805, de 9 de novembro de 2023. Autoriza realização de transferências do Fundo Nacional de Saúde para os fundos de saúde dos entes federativos, para fins de ressarcimento referente ao fornecimento de medicamentos do Grupo 1A do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica – CEAF. **Diário Oficial da União**, Brasília, p. 207, 15 dez. 2023. Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relação nacional de medicamentos essenciais**: Rename 2024. Brasília: MS, 2024.

BUÍSSA, L.; BEVILACQUA, L.; MOREIRA, F. H. B. B. Impactos orçamentários da judicialização das políticas públicas de saúde. *In*: SANTOS, A. O.; LOPES, L. T. (Org.). **Dilemas do fenômeno da judicialização da saúde**. Brasília: Conass, 2018. p. 51-64.

CALIXTO, F; ALMEIDA, A. P.; FRANÇA, L. H. Diálogos interinstitucionais na judicialização da saúde como estratégia de sustentabilidade do SUS. **Saúde em Debate**, v. 46, n. 135, p. 1015-1029, out.-dez. 2022.

CAMPOS NETO, O. H. *et al*. Médicos, advogados e indústria farmacêutica na judicialização da saúde em Minas Gerais, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 46, n. 5, p. 784-790, out. 2012.

CHAGAS, V. O.; PROVIN, M. P.; AMARAL, R. G. Administrative cases: an effective alternative to lawsuits in assuring access to medicines? **BMC Public Health**, v. 19, 2019.

CHEHUEN NETO, J. A. (Org.). **Metodologia, modelos e estatística aplicados à pesquisa científica na área da saúde**. Juiz de Fora: Editora UFJF, 2022.

CHIEFFI, A. L.; BARATA, R. B. Judicialização da política pública de assistência farmacêutica e equidade. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 8, p. 1839-1849, ago. 2009.

CHIEFFI, A. L.; BARATA, R. B. Ações judiciais: estratégia da indústria farmacêutica para introdução de novos medicamentos. **Revista de Saúde Pública**, v. 44, n. 3, p. 421-429, jun. 2010.

CNJ – CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Fórum Nacional do Judiciário para a Saúde (Fonajus)**: novos enunciados aprovados na VI Jornada de Direito à Saúde. Brasília: CNJ, 2023. Disponível em: https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2023/04/enunciados-aprovados-vi-jornada-saude.pdf. Acesso em: 7 abr. 2025.

COMPARATO, F. K.; PINTO, E. G. Custeio mínimo dos direitos fundamentais, sob a máxima proteção constitucional. **Consultor Jurídico**, São Paulo, 17 dez. 2015.

CONASEMS – CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE. **Diagnóstico da assistência farmacêutica na atenção básica**: análise da relação municipal de medicamentos do componente básico da assistência farmacêutica e processos de aquisição praticados pelos municípios brasileiros em 2018 – caracterização dos municípios participantes, caderno 1. Brasília: Conasems, 2022.

CORREIA, J. V. G.; ZAGANELLI, M. V. Determinações judiciais sobre medicamentos não padronizados: um estudo sobre as decisões do Tribunal de Justiça do Estado do Espírito Santo. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, v. 11, n. 4, p. 204-222, 2022.

COSTA, C. A. **Gastos com a judicialização de tecnologias de saúde**: um estudo empírico no Executivo Federal do Brasil. 2022. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Controle de Gestão, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2022.

COSTA, K. B.; SILVA, L. M.; OGATA, M. N. A judicialização da saúde e o Sistema Único de Saúde: revisão integrativa. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, v. 9, n. 2, p. 149-163, abr.-jun. 2020.

DELDUQUE, M. C.; CASTRO, E. V. A Mediação Sanitária como alternativa viável à judicialização das políticas de saúde no Brasil. **Saúde em Debate**, v. 39, n. 105, p. 506-513, abr.-jun. 2015.

DOMINGUES, M. L. P. *et al*. Avaliação do risco de viés dos ensaios clínicos referenciados nas notas técnicas sobre os anticoagulantes orais diretos disponíveis no e-NatJus. **Medicina (Ribeirão Preto)**, v. 56, n. 4, 2023.

FARIAS, A. M. L. **Estatística descritiva**. Rio de Janeiro: Universidade Federal Fluminense, 2020.

FERRAZ, O. L. M. Harming the poor through social rights litigation: lessons from Brazil. **Texas Law Review**, v. 89, p. 1643-1668, 2011.

FIGUEIREDO, I. V. O.; COSTA, N. R. O direito à saúde no Brasil: entre a judicialização e a desjudicialização. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, v. 11, n. 4, p. 142-164, 2022.

FLORIANO, F. R. *et al*. Estratégias para abordar a Judicialização da Saúde no Brasil: uma síntese de evidências. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 28, n. 1, p. 181-196, jan. 2023.

FUNCIA, F. R. Subfinanciamento e orçamento federal do SUS: referências preliminares para a alocação adicional de recursos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 12, p. 4405-4415, dez. 2019.

GARIOLLI, R. de M.; LOUREIRO, R. J.; BEZERRA, I. M. P. Graduação médica, a prescrição de medicamentos não incorporados ao SUS e a judicialização da saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 48, n. 4, 2024.

GEBRAN NETO, J. P. Direito constitucional à saúde e suas molduras jurídicas e fáticas. *In*: SCHULZE, C. J.; GEBRAN NETO, J. P. **Direito à saúde**. 2. ed. Porto Alegre: Verbo Jurídico, 2019. p. 99-130.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Conta-satélite de saúde**: Brasil 2010-2021. Rio de Janeiro: IBGE, 2024. (Informativo Contas Nacionais, n. 97).

INSPER – INSTITUTO DE ENSINO E PESQUISA. **Judicialização da saúde no Brasil**: perfil das demandas, causas e propostas de solução. Brasília: Conselho Nacional de Justiça, 2019.

KRETZSCHMAR, A. K. M. *et al*. Judicialização do Zolgensma no Ministério da Saúde: custos e perfil clínico dos pacientes. **Revista de Saúde Pública**, v. 58, p. 36, 2024.

LEITÃO, F. N. C. *et al*. Análise dos custos em judicialização da saúde na Amazônia ocidental, Brasil. **Revista Interdisciplinar em Saúde**, v. 9 (único), p. 195-209, 2022.

LEITE, S. N. *et al*. Ações judiciais e demandas administrativas na garantia do direito de acesso a medicamentos em Florianópolis-SC. **Revista de Direito Sanitário**, v. 10, n. 2, p. 13-28, jul.-out. 2009.

LOPES, L. C. *et al*. Uso racional de medicamentos antineoplásicos e ações judiciais no Estado de São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, v. 44, n. 4, p. 620-628, ago. 2010.

LOPES, L. de M. N. *et al*. Integralidade e universalidade da assistência farmacêutica em tempos de judicialização da saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 28, n. 2, p. 124-131, abr.-jun. 2019.

MARQUES, S. B. O controle judicial das políticas e ações de saúde no Brasil. **Revista de Direito Sanitário**, v. 17, n. 1, p. 100-105, mar.-jun. 2016.

MARQUES, R. M. Notas exploratórias sobre as razões do subfinanciamento estrutural do SUS. **Planejamento e Políticas públicas**, n. 49, p. 35-53, jul./dez. 2017.

MIRANDA, W. D. *et al*. A encruzilhada da judicialização da saúde no Brasil sob a perspectiva do Direito Comparado. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, v. 10, n. 4, p. 197-223, 2021.

MOURA, T. W. *et al*. **Mapa da Defensoria Pública no Brasil**. Brasília: Anadep; Ipea, 2013.

OCKÉ-REIS, C. O. **Avaliação do gasto tributário em saúde**: o caso das despesas médicas do Imposto de Renda da Pessoa Física (IRPF). Rio de Janeiro: Ipea, nov. 2021. (Texto para Discussão, n. 2712).

OCKÉ-REIS, C. O.; FERNANDES, A. M. P. **Descrição do gasto tributário em saúde**: 2003 a 2015. Brasília: Ipea, abr. 2018. (Nota Técnica Disoc, n. 48).

OLIVEIRA, V. E. Caminhos da judicialização do direito à saúde. *In*: OLIVEIRA, V. E. (Org.). **Judicialização de políticas públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2019. p. 177-199.

PEPE, V. L. E. *et al*. A judicialização da saúde e os novos desafios da gestão da assistência farmacêutica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2405-2414, ago. 2010.

PINTO, E. G. Controle judicial de políticas públicas: ainda às voltas com a indigência analítica. **Veredas do Direito**, v. 4, n. 8, p. 65-80, jul.-dez. 2007.

PINTO, E. G. **Estado de coisas inconstitucional na política pública de saúde brasileira**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2017. (Futuros do Brasil: Textos para Debate).

PONTAROLLI, D. *et al*. Panorama da judicialização de medicamentos na Secretaria Estadual de Saúde do Paraná. *In*: SANTOS, A. O.; LOPES, L. T. (Org.). **Dilemas do fenômeno da judicialização da saúde**. Brasília: Conass, 2018.

ROSSI, P.; DWECK, E. Impactos do novo regime fiscal na saúde e educação. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, n. 12, p. e00194316, 2016.

ROSTAMPOUR, M.; NOSRATNEJAD, S. A systematic review of equity in healthcare financing in low – and middle – income countries. **Value in Health Regional Issues**, v. 21, p. 133-140, maio 2020.

SANTOS, L. Judicialização da saúde: as teses do STF. **Saúde em Debate**, v. 45, n. 130, p. 807-818, jul. 2021.

SANTOS, N. R. SUS 30 anos: o início, a caminhada e o rumo. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1729-1736, jun. 2018.

SANTOS, A. O.; LOPES, L. T. (Org.). **Dilemas do fenômeno da judicialização da saúde**. Brasília: Conass, 2018. v. 2. (Coletânea Direito à Saúde).

SCHULZE, C. J. Direito à saúde e a judicialização do impossível. *In*: SANTOS, A. O.; LOPES, L. T. (Org.). **Dilemas do fenômeno da judicialização da saúde**. Brasília: Conass, 2018. p. 15-24.

SCHULZE, C. J. Números de 2019 da judicialização da saúde no Brasil. **Empório do Direito**, 2 set. 2019. Disponível em: https://emporiododireito.com.br/leitura/numeros-de-2019-da-judicializacao-da-saude-no-brasil. Acesso em: 1º abr. 2025.

SILVA, L. A. **Indústria farmacêutica e acesso a medicamentos**: estratégias de patenteamento, registro e preço de medicamentos adquiridos por judicialização entre 2017-2021. 2025. Tese (Doutorado em Políticas Públicas, Estratégias e Desenvolvimento) – Instituto de Economia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2025.

SILVA, E. N.; ALMEIDA, K. C; PESSOA, G. S. C. Análise do gasto com judicialização de medicamentos no Distrito Federal, Brasil. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, v. 6, n. 1, p. 112-126, 2017.

SOARES, A. Q. *et al*. "A falta de informação nos afasta do remédio, do bem-estar, da harmonia...": estudo de método misto com demandantes de medicamentos pela via administrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 3, p. 1205-1221, mar. 2022.

STF – SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. **Recurso Extraordinário 1.366.243 (Tema 1.234)**: regras para fornecimento de medicamentos pelo SUS. Brasília: STF, 2024a. (Informação à Sociedade).

STF – SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. **Recurso Extraordinário 566.471 (Tema 6)**: critérios para fornecimento de medicamentos fora da lista oficial do SUS. Brasília: STF, 2024b. (Informação à Sociedade).

VENTURA, C. A. A. *et al*. Alternatives for the enforcement of the right to health in Brazil. **Nursing Ethics**, v. 23, n. 3, p. 318-27, maio 2016.

VENTURA, M. *et al*. Judicialização da saúde, acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde. **Physis**, v. 20, n. 1, p. 77-100, 2010.

VIEIRA, F. S. Integralidade da assistência terapêutica e farmacêutica: um debate necessário. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, 2017.

VIEIRA, F. S. **Direito à saúde no Brasil**: seus contornos, judicialização e a necessidade da macrojustiça. Brasília: Ipea, mar. 2020. (Texto para Discussão, n. 2547).

VIEIRA, F. S. Judicialização e direito à saúde no Brasil: uma trajetória de encontros e desencontros. **Revista de Saúde Pública**, v. 57, n. 1, 2023.

VIEIRA, F. S.; BERNARDES, L. C. G; PIOLA, S. F. Saúde. **Políticas Sociais: acompanhamento e análise**, n. 31, 2024.

VIEIRA, F. S.; PIOLA, S. F.; BENEVIDES, R. P. de S. **Vinculação orçamentária do gasto em saúde no Brasil**: resultados e argumentos a seu favor. Brasília: Ipea, 2019. (Texto para Discussão, n. 2516).

VIEIRA, F. S. *et al*. **Beneficiômetro da seguridade social**: a relevância do Sistema Único de Saúde para a população brasileira. Brasília: Ipea, out. 2023. (Texto para Discussão, n. 2935).

VIEIRA, F. S. *et al*. **Pesquisa Assistência Farmacêutica no SUS**: uma análise do gasto em medicamentos de estados e municípios participantes (2019-2023). Brasília: Ipea, [2025]. No prelo.

VILLAS-BÔAS, M. E.; CUNHA JÚNIOR, D. Modificações trazidas pelo Tema 1234 à Judicialização em Saúde e Atuação das Defensorias Públicas. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, v. 13, n. 4, p. 57-76, 2024.

WANG, D. W. L. Right to health litigation in Brazil: the problem and the institutional responses. **Human Rights Law Review**, v. 15, n. 4, p. 617-641, dez. 2015.

WANG, D. W. L. Revisitando dados e argumentos no debate sobre judicialização da saúde. **Revista Estudos Institucionais**, v. 7, n. 2, p. 849-869, 2021.

WANG, D. W. L.; FERRAZ, O. L. M. Atendendo os mais necessitados? Acesso à Justiça e o papel de defensores e promotores públicos no litígio sobre direito à saúde na cidade de São Paulo. **Sur – Revista Internacional de Direitos Humanos**, v. 10, n. 18, p. 167-90, 2013.

APÊNDICE A

POPULAÇÃO

TABELA A.1

Municípios participantes da pesquisa com fornecimento de medicamentos por causa de ações judiciais, segundo grupos de porte populacional e somatório da população estimada em 2023

Grupos de porte populacional (número de habitantes)	Número de municípios com ações judiciais	População total (habitantes)
Grupo I – Até 5.000	141	502.388
Grupo II – De 5.001 a 10.000	197	1.432.788
Grupo III – De 10.001 a 20.000	256	3.742.937
Grupo IV – De 20.001 a 50.000	268	8.352.753
Grupo V – De 50.001 a 100.000	111	7.538.552
Grupo VI – De 100.001 a 500.000	103	20.970.613
Grupo VII – Acima de 500.000	18	17.326.289
Total	**1.094**	**59.866.320**

Fontes: para o número de municípios, Pesquisa Assistência Farmacêutica no SUS – 2024 (Ipea, Conasems e Conass); e, para a população estimada para o TCU, IBGE (disponível em: https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao.html).
Elaboração dos autores.

TABELA A.2

Estados participantes da pesquisa com fornecimento de medicamentos por causa de ações judiciais, segundo regiões geográficas e somatório da população estimada em 2023

Regiões	Número de estados com ações judiciais	População total (habitantes)
Centro-Oeste	4	16.289.538
Nordeste	8	52.448.511
Norte	6	13.413.271
Sudeste	4	84.840.113
Sul	3	29.937.706
Total	**25**	**196.929.139**

Fontes: para o número de estados, Pesquisa Assistência Farmacêutica no SUS – 2024 (Ipea, Conasems e Conass); e, para a população estimada para o TCU, IBGE (disponível em: https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao.html).
Elaboração dos autores.

Ipea – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

EDITORIAL

Coordenação
Aeromilson Trajano de Mesquita

Assistentes da Coordenação
Rafael Augusto Ferreira Cardoso
Samuel Elias de Souza

Supervisão
Alice Souza Lopes
Everson da Silva Moura

Revisão
Amanda Ramos Marques Honorio
Cláudio Passos de Oliveira
Denise Pimenta de Oliveira
Emilly Dias de Matos
Gisela Carneiro de Magalhães Ferreira
Letycia Luiza de Souza
Lucas Sales Lyra
Nayane Santos Rodrigues
Olavo Mesquita de Carvalho
Reginaldo da Silva Domingos
Susana Sousa Brito
Yally Schayany Tavares Teixeira
Jennyfer Alves de Carvalho (estagiária)
Katarinne Fabrizzi Maciel do Couto (estagiária)

Editoração
Anderson Silva Reis
Augusto Lopes dos Santos Borges
Cristiano Ferreira de Araújo
Daniel Alves Tavares
Danielle de Oliveira Ayres
Leonardo Hideki Higa

Capa
Aline Cristine Torres da Silva Martins

Projeto Gráfico
Aline Cristine Torres da Silva Martins

The manuscripts in languages other than Portuguese published herein have not been proofread.

Ipea – Brasília
Setor de Edifícios Públicos Sul 702/902, Bloco C
Centro Empresarial Brasília 50, Torre B
CEP: 70390-025, Asa Sul, Brasília-DF

Missão do Ipea

Qualificar a tomada de decisão do Estado e o debate público.

ipea Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO E ORÇAMENTO

GOVERNO FEDERAL
BRASIL
UNIÃO E RECONSTRUÇÃO