



Como conciliar o direito fundamental à saúde, com o princípio da reserva do possível e os limites orçamentários do Estado, diante da crescente judicialização de demandas por medicamentos de alto custo?

CARLA ÉRICA DA SILVA CAMPOS PEREIRA¹

CAYO SILVA OLIVEIRA GOMES²

RIVAS MAGESTE DE SOUZA NETO³

RESUMO

O objetivo deste trabalho é explicitar o que vem a ser o direito fundamental à saúde, bem como sua previsão legal na constituição Federal de 1988. Apresentar o fenômeno da judicialização da saúde no Brasil, enfocando conceito, origens e a atuação do Poder Judiciário nas Políticas Públicas de Saúde. Averiguar o fornecimento de medicamentos de alto custo e os impactos financeiros e orçamentários para o SUS. Apresentar o conflito entre o argumento da Reserva do Possível e o Mínimo Existencial, ressaltando os limites orçamentários do Estado analisando casos concretos sobre o fornecimento de medicamentos caros julgados pelo STF e STJ.

Palavras-chave: Direito fundamental à saúde, princípio da reserva do possível, medicamentos de alto custo.

¹Graduanda em direito – Rede de Ensino Doctum – Carangola/MG – carla.escp36@gmail.com;

² Graduação em direito – Rede de Ensino Doctum – Carangola/MG – cayogomes71@gmail.com;

³ Graduação em direito – Rede de Ensino Doctum – Carangola/MG – rivasmageste@gmail.com;

1. INTRODUÇÃO

A presente pesquisa busca analisar um dos dilemas mais relevantes e atuais do Direito Constitucional contemporâneo: a conciliação entre o direito fundamental à saúde e os limites impostos pela reserva do possível, especialmente diante da crescente judicialização de demandas por medicamentos de alto custo. Trata-se de um debate que ultrapassa a esfera jurídica e adentra o campo da política pública, da economia e da bioética, revelando o impacto das decisões judiciais não apenas sobre a vida de indivíduos, mas sobre a sustentabilidade do SUS e a própria função redistributiva do Estado.

O direito à saúde, consagrado na Constituição de 1988, apresenta-se como uma garantia fundamental que exige do Estado a implementação de políticas públicas eficazes e acessíveis. Entretanto, a complexidade das relações sociais, o avanço tecnológico da medicina e o custo elevado de terapias inovadoras colocam em xeque a possibilidade de cumprimento irrestrito dessa obrigação. Surge, assim, a tensão entre o mínimo existencial, que assegura prestações essenciais a dignidade da pessoa humana, e a reserva do possível, que remete aos limites materiais e orçamentários do Estado.

Dessa forma, o presente estudo se propõe a discutir não apenas o arcabouço normativo e jurisprudencial que envolve a saúde como direito fundamental, mas também os efeitos econômicos e sociais da judicialização. A análise será desenvolvida sob a perspectiva de que o direito à saúde, embora inegociável em sua essência, não pode ser interpretado de forma absoluta, sob pena de comprometer a capacidade do Estado de desempenhar suas demais funções constitucionais.

A partir desse desafio, torna-se imprescindível a construção de critérios técnicos e institucionais capazes de orientar as decisões judiciais, promovendo um diálogo mais efetivo entre o Direito e as evidências científicas. Iniciativas como o Núcleo de Apoio Técnico ao Judiciário (NATJus) e a atuação da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC) demonstram avanços significativos no sentido de subsidiar magistrados com informações técnico-

científicas sobre eficácia, custo-benefício e disponibilidade terapêutica dos fármacos pleiteados judicialmente.

Assim, a discussão proposta por este trabalho parte da premissa de que a efetividade do direito à saúde não se alcança apenas pela via judicial, mas pela racionalização de políticas públicas baseadas em evidências e pela adoção de decisões judiciais equilibradas, que harmonizem a proteção da dignidade humana com a sustentabilidade do sistema de saúde. O verdadeiro desafio não é negar a judicialização, mas aperfeiçoá-la, garantindo que a aplicação da justiça se traduza em benefícios concretos para toda a coletividade e na preservação da lógica constitucional do SUS, universal, igualitário e inclusivo.

2. O DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE NA CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988

A Constituição Federal de 1988 representa um marco na consagração de direitos sociais no Brasil. O direito à saúde foi elevado a categoria de direito fundamental, em consonância com o princípio da dignidade da pessoa humana, norte central da ordem constitucional. O art. 196 da CF dispõe que:

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.

A redação constitucional demonstra que o direito à saúde não se resume ao fornecimento de medicamentos ou tratamentos específicos, mas envolve uma perspectiva ampla, que inclui prevenção, promoção e recuperação da saúde. Nesse sentido, a Carta de 1988 rompe com um modelo meramente assistencialista e inaugura uma visão integral, estabelecendo a universalidade e a gratuidade como pilares do SUS. Contudo, o caráter de direito fundamental não implica a existência de um direito absoluto. Assim como outros direitos sociais, a saúde demanda concretização progressiva, mediante políticas públicas que considerem a realidade orçamentária e a equidade distributiva. É nesse ponto que se instaura a tensão entre

a promessa constitucional e a efetividade prática, tensionando o papel do Poder Judiciário quando provocado a intervir.

Sob essa perspectiva, a compreensão do direito à saúde no Brasil torna-se ainda mais rica quando situada em um contexto global comparado. Ao observar como diferentes constituições tratam o tema, é possível identificar os distintos caminhos adotados pelos Estados para garantir esse direito e avaliar em que medida o modelo brasileiro se destaca pela amplitude e densidade normativa de sua proteção constitucional.

2.1. O direito fundamental à saúde no mundo

A Constituição Federal de 1988 traz uma das formulações mais expansivas do mundo ao consagrar os princípios da universalidade, integralidade, descentralização e participação social no âmbito do direito à saúde. Esse marco constitucional foi concretizado com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), estruturado como política pública de caráter público, universal e gratuito, assegurando a toda a população o acesso a serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, independentemente de condição econômica ou social. Trata-se de um modelo que rompeu com a lógica assistencialista e fragmentada anterior à Constituição, ao reconhecer a saúde como um direito de cidadania e não como um benefício previdenciário. Ao compararmos os diferentes arranjos constitucionais existentes no mundo, observamos que o Brasil se distingue por oferecer uma proteção normativa mais detalhada, abrangente e operacional do direito à saúde, estabelecendo um arcabouço jurídico e institucional robusto, que vincula os entes federados e impõe ao Estado o dever de garantir esse direito por meio de políticas públicas permanentes e de caráter universal. Para compreender a singularidade desse modelo, é necessário observar como outras constituições estruturam o direito à saúde, revelando diferentes graus de proteção e distintas estratégias de concretização entre os sistemas constitucionais contemporâneos.

progressiva típica do Direito Internacional dos Direitos Humanos. A *Rússia* assegura proteção da saúde e atendimento médico, inclusive gratuito em instituições estatais e municipais, e prevê responsabilidade por ocultação de riscos à saúde, denotando um dever estatal ativo de proteção. Esses dispositivos conferem base normativa para políticas universais e controle judicial de omissões.

Nos sistemas que enunciam o direito de forma indireta, como ocorre na Índia, a eficácia da proteção deriva da interpretação ampliada de cláusulas constitucionais. A Suprema Corte interpretou o art. 21 da Constituição, que garante o direito à vida e a liberdade pessoal, como incluindo também o direito à saúde, com base no princípio da dignidade humana e na noção de um “mínimo existencial” (como no emblemático caso de *Paschim Banga Khet Mazdoorsamity Of Ors vs State Of West Bengal & Anr on 6 May, 1996*). A jurisprudência tem reiterado que o Estado possui uma obrigação constitucional de prover cuidados médicos mínimos e adequados as suas populações.

Já no caso dos países que não possuem previsão constitucional específica, o *Canadá* estrutura a cobertura pública pelo *Canada Health Act*, impondo critérios federais (universalidade, integralidade, portabilidade, acessibilidade, gestão pública), enquanto a proteção constitucional se apoia em direitos como “vida, liberdade e segurança da pessoa”, invocados em controvérsias sobre acesso e espera por cuidados.

Esse mosaico constitucional se articula com o Direito Internacional dos Direitos Humanos, cujo marco é o Preâmbulo da Constituição da OMS que define que:

*Saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade. O gozo do mais alto padrão de saúde possível é um dos direitos fundamentais de todo ser humano, sem distinção de raça, religião, crença política, condição econômica ou social.*⁵

Em suma, a experiência internacional demonstra que a constitucionalização explícita do direito à saúde reforça a universalidade, amplia sua exigibilidade e orienta o planejamento estatal, enquanto a ausência dessa previsão tende a fragilizar a efetividade e a ampliar desigualdades de acesso.

⁵ Disponível em: <<https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1>>. Acesso em 29 de ago. 2025.

3. A JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL

O fenômeno da judicialização da saúde consiste na utilização do Poder Judiciário como meio de assegurar o acesso a bens e serviços de saúde que não são disponibilizados de forma espontânea pelo Estado. Essa atuação judicial, embora justificável pela lógica da proteção da dignidade da pessoa humana, levanta críticas quanto a legitimidade da substituição do planejamento estatal por decisões judiciais pontuais. O Judiciário, ao atender casos individuais, pode inadvertidamente desorganizar o orçamento público, gerar desigualdade entre cidadãos que judicializam e os que não possuem acesso ao Judiciário, e comprometer políticas universais de prevenção e tratamento.

A judicialização, portanto, reflete um paradoxo da efetivação dos direitos fundamentais: ao mesmo tempo em que assegura o cumprimento de uma garantia constitucional essencial, pode fragilizar a própria estrutura do sistema de saúde, concebido para ser universal e equitativo. A multiplicação de demandas individuais, sobretudo para o fornecimento de medicamentos de alto custo, evidencia a tensão entre a tutela imediata do direito individual e a sustentabilidade coletiva das políticas públicas. Nesse cenário, o papel do Judiciário se amplia, não apenas como instância de correção de omissões administrativas, mas também como agente de impacto direto na formulação e execução das políticas de saúde.

Para compreender adequadamente esse fenômeno e suas consequências, é necessário examinar suas origens históricas e conceituais, identificando os fatores que impulsionaram o protagonismo judicial na efetivação do direito à saúde no Brasil.

3.1. Conceito e origens da judicialização da saúde no Brasil

A expressão judicialização da saúde designa o fenômeno jurídico e social pelos quais os cidadãos recorrem ao Poder Judiciário para garantir o acesso a bens e serviços de saúde, sejam eles medicamentos, tratamentos, internações ou procedimentos médicos.

O fenômeno adquiriu relevo no Brasil a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988, que ampliou significativamente o rol dos direitos sociais e instituiu o SUS, pautado nos princípios da universalidade, integralidade e equidade. A positivação robusta do direito à saúde criou um ambiente propício para a sua exigibilidade judicial, especialmente quando o Estado se mostrou incapaz de atender de forma plena as demandas sociais.

Figura 2 – Novos casos por ano de judicialização da saúde/medicamentos



Fonte: Gráfico do CNJ, Justiça em Números, 2025.⁶

Diversos fatores explicam a expansão da judicialização no Brasil. Em primeiro lugar, a insuficiência estrutural e orçamentária do SUS, marcada por subfinanciamento crônico e desigualdades regionais, impulsiona cidadãos a buscar no Judiciário o acesso a bens essenciais.

A judicialização da saúde no Brasil deve ser entendida como fruto de um duplo movimento: de um lado, a força normativa da Constituição, que consagrou a saúde como direito amplo, universal e exigível, de outro, a fragilidade estrutural das políticas públicas, marcada por limitações orçamentárias, desigualdades regionais e falhas administrativas, que abriu espaço para a intervenção judicial. Esse fenômeno, longe de ser necessariamente negativo no Estado Democrático de Direito, pode ser visto como expressão da crescente consciência social sobre os direitos

⁶ Disponível em: <<https://justica-em-numeros.cnj.jus.br/painel-saude/>>. Acesso em 29 de ago. 2025.

fundamentais. Todavia, embora assegure direitos individuais de forma concreta, a judicialização suscita debates complexos acerca de seus efeitos coletivos, financeiros e institucionais, os quais serão examinados nos próximos subtópicos.

3.2. A atuação do poder judiciário e os impactos sobre as políticas públicas de saúde

A atuação do Poder Judiciário na concretização do direito à saúde no Brasil tem sido marcada por decisões paradigmáticas do Supremo Tribunal Federal e do Superior Tribunal de Justiça, que estabeleceram parâmetros para o fornecimento de medicamentos e tratamentos.

No julgamento do Recurso Extraordinário 566471/RS, submetido a repercussão geral (Tema 6), o STF enfrentou a questão do fornecimento de medicamentos de alto custo não incorporados as listas oficiais do SUS. A Corte firmou o entendimento de que o Estado pode ser obrigado a custear tais tratamentos em situações excepcionais, desde que demonstrada a imprescindibilidade clínica do medicamento, a inexistência de alternativa terapêutica disponível no SUS e a incapacidade financeira do paciente. Esse precedente consolidou o papel do Judiciário como garantidor de direitos fundamentais diante de omissões estatais, ao mesmo tempo em que estabeleceu balizas para evitar decisões arbitrárias e descoladas das políticas públicas.

No julgamento do Recurso Extraordinário 855178/SE (Tema 793), o STF fixou a tese da responsabilidade solidária entre União, Estados e Municípios quanto ao fornecimento de medicamentos e tratamentos de saúde. Isso significa que qualquer ente federado pode ser demandado judicialmente para garantir o direito do paciente, cabendo a eles posteriormente discutir eventuais responsabilidades administrativas e financeiras. Esse entendimento reforça a natureza federativa do SUS e impede que o cidadão fique desamparado em razão de disputas de competência entre os entes públicos.

Mais recentemente, no julgamento do Recurso Extraordinário 1366243/SC, com repercussão geral reconhecida (Tema 1234), o STF fixou parâmetros mais restritivos

para o fornecimento de medicamentos sem registro sanitário na Anvisa. A Corte entendeu que a ausência de registro compromete a segurança e a eficácia do tratamento, só sendo admissível a concessão judicial em hipóteses excepcionais: quando o medicamento estiver registrado em agências regulatórias estrangeiras de renome, houver comprovação da necessidade clínica e inexistirem alternativas terapêuticas disponíveis no país. A decisão buscou equilibrar o direito individual com a proteção coletiva e a competência técnica da agência reguladora.

O STJ também tem desempenhado papel relevante na judicialização da saúde, especialmente na uniformização da interpretação infraconstitucional. Em diversos precedentes, consolidou a tese da solidariedade federativa (em consonância com o STF) e delimitou hipóteses de fornecimento de medicamentos não incorporados em listas oficiais, exigindo sempre a comprovação da necessidade do tratamento e da ausência de substituto eficaz. Além disso, o STJ também tem atuado em demandas envolvendo planos de saúde, garantindo a cobertura de tratamentos essenciais, especialmente em casos de urgência ou doenças graves, e reconhecendo a abusividade de cláusulas restritivas que comprometam a dignidade do paciente.

A análise desses precedentes demonstra que o Poder Judiciário assumiu papel central na conformação das políticas públicas de saúde no Brasil, ora atuando como garantidor de direitos fundamentais diante de omissões estatais, ora estabelecendo critérios que buscam compatibilizar a tutela individual com a proteção coletiva. Se, por um lado, decisões como as proferidas nos Temas de Repercussão Geral reforçam a exigibilidade do direito à saúde e evitam que cidadãos fiquem desamparados em situações de urgência, por outro, tais intervenções trazem impactos significativos sobre a gestão orçamentária e administrativa do SUS, podendo comprometer a lógica de universalidade e equidade que o sistema busca preservar. O desafio que se impõe, portanto, é encontrar um ponto de equilíbrio entre a proteção imediata do indivíduo e a sustentabilidade das políticas públicas de saúde, de modo que a judicialização não se converta em fator de agravamento das desigualdades, mas em instrumento de aprimoramento da efetividade do direito constitucional à saúde.

3.3. Dados empíricos sobre a judicialização

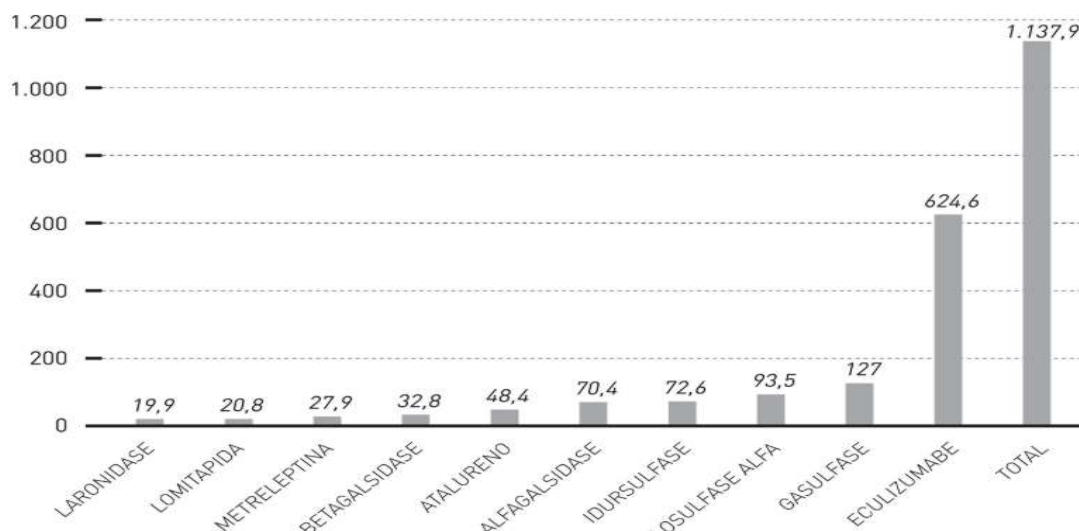
A compreensão da judicialização da saúde no Brasil não pode se limitar ao plano teórico ou jurisprudencial, é necessário examinar também seus reflexos concretos nos orçamentos públicos.

De acordo com os informativos do Conselho Nacional de Justiça, somente em 2022 foram julgados 43.783 processos relacionados à saúde em Minas Gerais, e consoante os dados apresentados pelo Tribunal de Contas (TCE-MG) indicam que, no mesmo ano, os dispêndios com medicamentos alcançaram aproximadamente R\$ 576 milhões, dos quais cerca de R\$ 304 milhões, mais da metade do total, foram destinados ao atendimento de determinações judiciais. Tal cenário evidencia que o Poder Judiciário, por meio de decisões individuais e coletivas, passou a influenciar de maneira significativa a distribuição de recursos públicos que, em tese, deveriam estar previamente alocados conforme o planejamento das políticas de saúde.

Esse cenário revela dois aspectos centrais da judicialização: de um lado, sua função garantidora, assegurando a indivíduos e grupos vulneráveis o acesso a medicamentos muitas vezes inacessíveis pela via administrativa, de outro, o impacto orçamentário significativo, que pode comprometer a gestão planejada do SUS em âmbito estadual. Em Minas Gerais, o volume de recursos destinados a cumprir decisões judiciais demonstra como a judicialização não é apenas um fenômeno jurídico, mas também financeiro e administrativo, influenciando diretamente a execução das políticas públicas. Cada decisão judicial, ao privilegiar a necessidade imediata de um único paciente, retira recursos previamente destinados a políticas universais e planejadas, produzindo um efeito cascata que compromete a sustentabilidade do sistema como um todo.

Em 2016 o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) apresentou relatórios demonstrando o impacto orçamentário da judicialização em âmbito federal:

Figura 3 – Os dez medicamentos mais judicializados em casos contra a União em 2016, em milhões (R\$)



Fonte: Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), 2018.⁷

O gráfico evidencia que, dentre os dez fármacos mais judicializados contra a União, destacam-se o *Eculizumabe*, responsável por gastos superiores a R\$ 624 milhões, e o *Galsulfase*, com aproximadamente R\$ 127 milhões. Somados, esses dois medicamentos representaram parcela significativa do montante total, que ultrapassou R\$ 1,1 bilhão apenas em 2016. Essa concentração de recursos em poucos itens demonstra como decisões judiciais individuais podem desestruturar o planejamento orçamentário da política pública, privilegiando demandas específicas em detrimento da coletividade.

Grande parte desses medicamentos destina-se ao tratamento de doenças raras, como é o caso das *mucopolissacaridoses*. Embora alguns desses fármacos já estejam incorporados e sejam oferecidos pelo SUS, como o próprio *Eculizumabe*, sua disponibilização encontra entraves relacionados ao elevado valor de aquisição, que frequentemente ultrapassa milhões de reais por paciente ao ano. Isso cria um dilema ético e jurídico: a necessidade de garantir a vida e a dignidade de indivíduos acometidos por enfermidades graves e incapacitantes e a obrigação do Estado de preservar a sustentabilidade do sistema público e assegurar a equidade no acesso às ações de saúde.

⁷ Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rdgv/a/tLdSQ4Ggnm4w8GSfYdcqtTy>>. Acesso em 05 de set. 2025.

Em síntese, os dados empíricos revelam que a judicialização da saúde, embora cumpra a função de assegurar direitos fundamentais em situações concretas, gera impactos expressivos sobre os orçamentos públicos, com destaque para os gastos concentrados em medicamentos de altíssimo custo e, em muitos casos, destinados ao tratamento de doenças raras. A experiência do Estado de Minas Gerais, bem como os números federais referentes aos fármacos mais judicializados, evidenciam que decisões judiciais individuais podem comprometer o planejamento coletivo, deslocando recursos significativos de políticas universais para atender demandas pontuais. Essa realidade impõe a necessidade de um olhar crítico sobre os efeitos financeiros da judicialização.

4. POLÍTICAS PÚBLICAS DE FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS DE ALTO CUSTO E OS IMPACTOS FINANCEIROS E ORÇAMENTÁRIOS PARA O SUS

A crescente judicialização da saúde no Brasil, marcada sobretudo pelas demandas relacionadas a medicamentos de alto custo, evidencia a urgência de compreender as políticas públicas voltadas ao fornecimento desses fármacos e seus reflexos no equilíbrio orçamentário do SUS. O fornecimento de medicamentos sempre foi um dos eixos centrais das ações do SUS, estando previsto na Constituição Federal e regulamentado por instrumentos como a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) e a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME). Todavia, quando o processo administrativo de incorporação tecnológica não acompanha a velocidade das inovações médicas ou quando falha na garantia da disponibilidade dos itens já incorporados, abre-se espaço para a intervenção judicial. Nesse contexto, os medicamentos de alto custo representam o maior desafio, pois combinam baixa prevalência de uso com elevada despesa unitária, impactando de forma desproporcional os cofres públicos.

É, portanto, nesse cruzamento entre direito fundamental e limite orçamentário que se insere a análise a seguir, voltada a compreender como as políticas públicas brasileiras estruturam o fornecimento de medicamentos de alto custo e quais os principais efeitos dessa dinâmica sobre o planejamento estatal em saúde.

4.1. A Política Nacional De Assistência Farmacêutica (PNAF) e a RENAME

A assistência farmacêutica constitui um dos eixos estruturantes das ações e serviços do SUS, sendo regulamentada pela PNAF, instituída pela Portaria nº 3.916/1998 e reafirmada pela Resolução nº 338/2004 do Conselho Nacional de Saúde. A PNAF estabelece princípios voltados à garantia do acesso da população a medicamentos seguros, eficazes e de qualidade, alinhando a oferta de fármacos à lógica da integralidade da atenção em saúde. Para além da simples distribuição de medicamentos, a política envolve planejamento, financiamento, gestão de estoques e uso racional dos insumos, assumindo um caráter estratégico para a efetivação do direito constitucional à saúde.

Um dos instrumentos centrais da PNAF é a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), atualizada periodicamente pelo Ministério da Saúde e que serve como referência para a padronização da oferta de medicamentos no SUS. Inspirada no modelo da Organização Mundial da Saúde (OMS), a RENAME adota o conceito de “medicamentos essenciais”, ou seja, aqueles que atendem às necessidades prioritárias de saúde da população, devendo estar disponíveis em quantidade adequada e a preços acessíveis. A inclusão de medicamentos na lista envolve critérios técnicos que consideram evidências científicas, custo-efetividade e impacto orçamentário, de modo a compatibilizar a universalidade do acesso com a sustentabilidade do sistema.

Entretanto, a própria dinâmica da inovação em saúde e o crescimento das demandas judiciais têm revelado limitações da RENAME enquanto ferramenta de racionalização do acesso. Muitos medicamentos de alto custo ou destinados ao tratamento de doenças raras não são imediatamente incorporados à lista, seja pelo elevado impacto orçamentário ou pela insuficiência de evidências clínicas no momento da avaliação. Essa defasagem cria um descompasso entre as necessidades individuais de pacientes e a capacidade de resposta do SUS, resultando, frequentemente, em judicialização. Assim, embora a PNAF e a RENAME representem avanços institucionais para a organização da assistência farmacêutica

no Brasil, sua eficácia plena depende da articulação com mecanismos de incorporação tecnológica céleres e transparentes, capazes de acompanhar a evolução científica sem comprometer a sustentabilidade financeira do sistema.

4.2. Impactos financeiros e orçamentários para o SUS

Os impactos da judicialização sobre o orçamento da saúde no Brasil são particularmente visíveis no campo do fornecimento de medicamentos de alto custo. O aumento progressivo das ações judiciais tem levado a União, Estados e Municípios a direcionar parcelas cada vez mais expressivas de seus orçamentos para atender decisões judiciais, frequentemente em valores muito superiores àqueles previstos em políticas públicas de acesso universal.

Em âmbito federal, levantamento do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) indica que os gastos da União com a compra de medicamentos passaram de cerca de R\$ 18 bilhões em 2016 para aproximadamente R\$ 25 bilhões em 2021. A elevação está associada não apenas à expansão natural do SUS, mas também ao crescimento das demandas judiciais, que impõem a aquisição imediata de medicamentos fora das listas oficiais. Essa realidade demonstra como a judicialização influencia diretamente a execução orçamentária, reduzindo a previsibilidade financeira e dificultando o planejamento de médio e longo prazo.

Em nível estadual, o caso de Minas Gerais ilustra de forma clara essa pressão orçamentária. Em 2022, o Estado destinou aproximadamente R\$ 576 milhões a gastos com medicamentos, dos quais cerca de R\$ 304 milhões (52%) corresponderam a despesas oriundas de decisões judiciais. Esse dado revela que mais da metade dos recursos destinados à assistência farmacêutica foi redirecionada pelo Poder Judiciário, comprometendo a lógica de planejamento que deveria orientar a política pública de saúde.

Esses números deixam evidente que a judicialização, embora assegure direitos fundamentais em casos concretos, gera efeitos macroeconômicos significativos, deslocando recursos de programas de maior abrangência coletiva para o atendimento de demandas individuais, muitas vezes relacionadas a medicamentos

de altíssimo custo e destinados a doenças raras. O resultado é um cenário de desequilíbrio orçamentário, no qual o cumprimento imediato de decisões judiciais pode comprometer a sustentabilidade financeira do SUS e enfraquecer a equidade do sistema. Assim, o grande desafio contemporâneo é compatibilizar a efetividade do direito à saúde com os limites impostos pela reserva do possível e pela racionalidade das políticas públicas, de modo a evitar que a judicialização acabe por minar os próprios fundamentos constitucionais da universalidade e integralidade da saúde no Brasil.

5. PARÂMETROS PARA A CONCILIAÇÃO ENTRE O DIREITO À SAÚDE E A RESERVA DO POSSÍVEL

O grande desafio é estabelecer parâmetros de conciliação entre o direito fundamental à saúde e os limites impostos pela reserva do possível. Não se trata de negar o acesso à saúde, mas de racionalizar a sua efetivação, garantindo que os recursos públicos sejam destinados de forma equilibrada, atendendo ao maior número possível de cidadãos.

5.1 Critérios de prioridade e avaliação de custo-efetividade

A conciliação entre o direito fundamental à saúde e os limites orçamentários do Estado exige a definição de critérios objetivos que permitam compatibilizar a proteção da dignidade da pessoa humana com a sustentabilidade das políticas públicas. Nesse contexto, destaca-se o princípio do mínimo existencial, que representa o núcleo essencial dos direitos fundamentais sociais e impõe ao Estado o dever de assegurar condições básicas para uma vida digna. A saúde, enquanto direito social de envergadura constitucional, integra de forma indissociável esse núcleo, o que justifica a atuação judicial em situações de omissão ou falha grave do poder público.

Entretanto, a efetividade desse direito não pode ser pensada de forma dissociada dos parâmetros de racionalidade e proporcionalidade. É nesse ponto que

emerge a importância da análise de custo-efetividade, entendida como ferramenta técnica de avaliação da relação entre os benefícios clínicos de um medicamento ou tratamento e os custos necessários para sua disponibilização. A aplicação desse critério permite que o Judiciário e o Executivo ponderem não apenas a necessidade individual do paciente, mas também os impactos coletivos da decisão, prevenindo distorções orçamentárias que comprometam a universalidade e a equidade do SUS.

A jurisprudência do Supremo Tribunal Federal tem caminhado nesse sentido. No Tema 6 da repercussão geral (RE 566471/RS), a Corte reconheceu que o fornecimento de medicamentos não incorporados nas listas oficiais do SUS é possível, mas condicionou sua concessão à observância de requisitos, onde a pessoa necessita comprovar: (I) que o remédio foi negado pelo órgão público responsável; (II) que a decisão da CONITEC de não incluir o medicamento nas listas do SUS é ilegal, que não houve pedido de inclusão ou houve demora excessiva na sua análise; (III) que não há outro medicamento disponível nas listas do SUS capaz de substituir o solicitado; (IV) que há evidências científicas de que o remédio é eficaz e seguro; (V) que o remédio é indispensável para o tratamento da doença; e (VI) que não tem condições financeiras para comprar o remédio.

Esse precedente sinaliza uma tentativa de conciliar o direito individual com a reserva do possível, trazendo critérios de priorização que mitigam os riscos de decisões casuísticas e desprovidas de fundamento técnico. Além disso, ao analisar pedido de entrega de um medicamento não incluído no SUS, o juiz deve: (I) avaliar a decisão da CONITEC de não incluir o medicamento nas listas oficiais e a negativa do pedido pelo órgão público responsável; (II) consultar o Núcleo de Apoio Técnico do Poder Judiciário (NATJUS) ou outros especialistas; (III) notificar os órgãos responsáveis para que avaliem a possibilidade de incluir o medicamento nas listas do SUS, se o medicamento for concedido. Em nenhum caso, o juiz pode decidir apenas com base em laudos médicos apresentados pela pessoa que solicita o medicamento.

Dessa forma, a adoção de parâmetros como o mínimo existencial e a avaliação de custo-efetividade, aliados à jurisprudência consolidada, constitui passo essencial para a construção de um modelo de judicialização mais racional, que assegure a

proteção de casos urgentes e excepcionais sem inviabilizar o planejamento orçamentário e a política pública de saúde em sua dimensão coletiva.

5.2. A importância das políticas públicas baseadas em evidências

A judicialização da saúde expõe uma tensão constante entre a proteção de demandas individuais e a necessidade de assegurar a equidade das políticas públicas. Nesse cenário, ganha relevância a adoção de políticas de saúde fundamentadas em evidências científicas, capazes de orientar decisões estatais e judiciais a partir de critérios técnicos e transparentes. O uso de evidências robustas acerca da eficácia, segurança, custo-efetividade e impacto orçamentário de medicamentos e tratamentos permite que os recursos públicos sejam alocados de forma mais racional, garantindo que o direito à saúde seja concretizado em benefício do maior número possível de pessoas.

No Brasil, esse papel é desempenhado principalmente pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC), criada pela Lei nº 12.401/2011. Cabe ao órgão avaliar solicitações de incorporação de novos medicamentos, produtos e procedimentos, além de revisar protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas. O processo decisório considera não apenas a comprovação científica da eficácia, mas também a análise econômica do impacto sobre o orçamento do SUS. A existência de instâncias técnicas como a CONITEC contribui para reduzir o caráter casuístico das decisões judiciais, oferecendo parâmetros objetivos que podem subsidiar magistrados diante de demandas por medicamentos ainda não incorporados.

A literatura internacional reforça essa tendência. Países como o Reino Unido, por meio do *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE), e o Canadá, com o *Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health* (CADTH), estruturam a incorporação de tecnologias em saúde a partir de rigorosa avaliação de evidências, vinculando o acesso a medicamentos de alto custo a análises de custo-efetividade e impacto social. Essas experiências demonstram que a utilização de critérios técnicos

fortalece a legitimidade das decisões públicas, ao mesmo tempo em que garante maior previsibilidade e sustentabilidade ao sistema de saúde.

Nesse sentido, a atuação do Judiciário não pode se limitar à invocação abstrata do direito universal à saúde como fundamento suficiente para impor ao Estado a concessão de qualquer tratamento ou medicamento de alto custo. Embora a proteção individual seja legítima, decisões isoladas que desconsiderem a lógica coletiva podem comprometer a sustentabilidade do sistema e fragilizar a própria universalidade do SUS. Por isso, é essencial que o magistrado fundamente suas decisões em evidências científicas, pareceres técnicos e relatórios de órgãos especializados, como a CONITEC, de modo a compatibilizar a tutela de casos concretos com a preservação dos recursos destinados à coletividade. Apenas assim será possível assegurar que a judicialização da saúde atue como instrumento de efetividade constitucional, sem se converter em fator de desequilíbrio que privilegie poucos em detrimento de muitos.

5.3. O papel dos tribunais e a necessidade de diálogo institucional

A atuação judicial em saúde no Brasil amadureceu para um modelo cada vez mais orientado por evidências e por parâmetros institucionais. O STF consolidou linhas mestras que condicionam a concessão judicial a critérios técnicos: no Tema 6, a Corte vinculou o fornecimento de fármacos fora das listas oficiais à imprescindibilidade clínica, inexistência de alternativa e incapacidade financeira do paciente, no Tema 500, fixou como regra a impossibilidade de concessão de medicamentos sem registro na Anvisa, admitindo exceções estritas, no Tema 793, definiu a responsabilidade solidária entre os entes federados no dever de prestar assistência, e, no Tema 1234, tratou da organização e competência nas demandas por medicamentos não padronizados de alto custo, prevendo inclusive instrumentos de gestão de informações. Essas diretrizes revelam um esforço explícito de compatibilizar a tutela individual com a sustentabilidade coletiva do SUS.

Diante do aumento exponencial das demandas por medicamentos de alto custo, tornou-se indispensável que as decisões judiciais fossem orientadas por

critérios técnicos e dados científicos, sob pena de comprometer o equilíbrio orçamentário do SUS. Nesse contexto, iniciativas como o Núcleo de Apoio Técnico ao Judiciário (e-NATJus) e a plataforma e-NATJus, instituídas pelo Conselho Nacional de Justiça, assumem papel central ao fornecer pareceres fundamentados em evidências médicas e análises de custo-efetividade, auxiliando magistrados na tomada de decisões mais informadas e alinhadas às políticas públicas de saúde.

A experiência acumulada indica que o uso sistemático de pareceres técnicos e bases de evidência melhora a consistência e a previsibilidade das decisões. Estudos recentes e manuais operacionais descrevem o e-NATJus como mecanismo-chave para difundir medicina baseada em evidências no Judiciário e para reduzir assimetrias de informação entre casos semelhantes, favorecendo decisões isônomas e financeiramente responsáveis, a Rede e-NATJus reporta centenas de milhares de notas técnicas emitidas e caminha para versões mais integradas ao ciclo de políticas públicas.

As notas técnicas elaboradas pelo e-NATJus são produzidas por equipes multiprofissionais compostas por médicos, farmacêuticos e pesquisadores, essas notas oferecem análises baseadas em evidências científicas, abordando aspectos como eficácia e segurança dos medicamentos pleiteados, existência de alternativas terapêuticas já disponibilizadas pelo SUS e, quando possível, parâmetros de custo-efetividade. Embora não tenham caráter vinculante, fornecem aos magistrados subsídios objetivos e imparciais, reduzindo a dependência de relatórios médicos particulares e evitando decisões pautadas unicamente na invocação genérica do direito à saúde.

De acordo com a conselheira do CNJ, Daiane Nogueira de Lira, o sistema e-NATJus já contabiliza mais de 286 mil notas técnicas registradas, sendo 138.057 elaboradas pelo e-NATJus Nacional e 148.351 produzidas pelos núcleos estaduais e do Distrito Federal. O ano de 2024 foi especialmente marcante, com o registro de 98.631 novas notas técnicas — um aumento de 40% em comparação a 2023. Em 2025, apenas nos primeiros meses do ano, já foram solicitadas mais de 23 mil notas técnicas, consolidando a Rede e-NATJus como uma ferramenta essencial para qualificar as decisões judiciais relacionadas à saúde. (Rede e-NATJus, 2025)⁸

⁸ Disponível em: <<https://redenatjus.org.br/rede-natjus-registra-mais-de-286-mil-notas-tecnicas-e-se-prepara-para-nova-fase-com-o-e-natjus-4-0/>>. Acesso em 10 de set. 2025.

Em síntese, a evolução da atuação do Judiciário brasileiro no campo da saúde revela um esforço de amadurecimento institucional, no qual a proteção do direito individual deve coexistir com a preservação da sustentabilidade do sistema. A partir dessa perspectiva, o debate se desloca para a busca de soluções equilibradas que conciliem o direito fundamental à saúde com os limites orçamentários do Estado, ficando dentro da margem da reserva do possível.

6. ANÁLISE DE CASOS CONCRETOS JULGADOS

A consolidação da jurisprudência sobre o direito à saúde no Brasil não se restringe às Cortes Superiores. Embora o Supremo Tribunal Federal e o Superior Tribunal de Justiça tenham estabelecido parâmetros de alcance nacional, como nos julgamentos de repercussão geral e recursos repetitivos, é na atuação cotidiana dos tribunais de 1ª e 2ª instância que se verifica a concretização mais imediata desse direito. Nessas esferas, milhares de decisões são proferidas anualmente, garantindo o acesso a medicamentos, insumos e procedimentos médicos, muitas vezes em caráter de urgência, e refletindo a tensão permanente entre o direito individual e as limitações orçamentárias do Estado.

O exame de casos concretos permite compreender como as diretrizes fixadas pelo STF e STJ, são interpretadas e aplicadas pelos magistrados de instâncias inferiores. Revela-se, assim, um movimento dialético: de um lado, a necessidade de uniformização jurisprudencial para evitar decisões contraditórias e garantir isonomia, de outro, a realidade das demandas locais, em que o juiz de 1º grau muitas vezes precisa decidir em prazos exíguos diante de riscos iminentes à saúde ou à vida do paciente.

Um exemplo paradigmático da judicialização de medicamentos de altíssimo custo é o caso do *Spinraza*, utilizado no tratamento da Atrofia Muscular Espinhal. Em julgamento da 3ª Turma do TRF-3, foi reconhecida a responsabilidade solidária dos entes federativos no fornecimento do fármaco, assegurando-se a prevalência do direito à saúde sobre a alegação de limitações orçamentárias. O colegiado aplicou os critérios fixados pelo tema 106 do STJ:

DIREITO PROCESSUAL CIVIL. CONSTITUCIONAL. ADMINISTRATIVO. FORNECIMENTO DE MEDICAMENTO DE ALTO CUSTO SPINRAZA. RESPONSABILIDADE SOLIDÁRIA DOS ENTES FEDERATIVOS. DIREITO À SAÚDE. DEVER DO ESTADO. PREENCHIMENTO DOS REQUISITOS DISPOSTOS REsp XXXXX/SP. APELAÇÃO PROVIDA. O cerne da presente controvérsia gravita em torno da discussão sobre o fornecimento de medicamento de alto custo “Spinraza” para o abrandamento da doença Atrofia Muscular Espinhal – AME, tipo 3 que acomete o autor. Pacificou-se no Supremo Tribunal Federal e no Superior Tribunal de Justiça o entendimento de que é solidária a responsabilidade dos entes da Federação na execução das ações e no dever fundamental de prestação de serviço público de saúde, consoante previsto no artigo 198, caput e §§, da Constituição Federal e na Lei n. 8.080/1990. Encontra-se firmada a interpretação constitucional da matéria, no sentido da prevalência da garantia de tutela à saúde do cidadão hipossuficiente sobre eventual custo financeiro imposto ao Poder Público, pois o Sistema Único de Saúde - SUS deve prover os meios para o fornecimento de medicamento e tratamento que sejam necessários, segundo prescrição médica, a pacientes sem condições financeiras de custeio pessoal ou familiar, sem o que se afasta o Estado da sua concepção de tutela social, reconhecida e declarada pela Constituição de 1988. Precedentes do Supremo Tribunal Federal, do Superior Tribunal de Justiça e dessa Corte Regional. Tendo em vista o alto custo do referido medicamento e não tendo o autor condições de custeá-lo, negar-lhe o fornecimento pretendido implicaria desrespeito às normas constitucionais que garantem o direito à saúde e à vida. A alegação de que a concessão do pedido é inviável, ante as limitações materiais do SUS e ante ao princípio da reserva do possível, não é suficiente para afastar a obrigatoriedade de seu fornecimento, ainda mais sendo tal insumo adequado para o abrandamento do sofrimento do autor. É pacífica a jurisprudência no sentido de ser obrigação inafastável do Estado assegurar às pessoas desprovidas de recursos financeiros o acesso à medicação necessária à cura, controle ou abrandamento de suas moléstias, sobretudo às mais graves, como a do caso em comento, bem como de haver responsabilidade solidária dos entes federativos no exercício desse múnus constitucional. Através de uma análise acurada, percebe-se que o autor preenche cumulativamente todos requisitos estipulados pelo REsp XXXXX/SP. A tese exige, cumulativamente, os seguintes requisitos: I) Comprovação, por meio de laudo médico fundamentado e circunstanciado expedido por médico que assiste o paciente, da imprescindibilidade ou necessidade do medicamento, assim como da ineficácia, para o tratamento da moléstia, dos fármacos fornecidos pelo SUS; II) Incapacidade financeira do paciente de arcar com o custo do medicamento prescrito; III) Existência de registro do medicamento na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Negar o tratamento ora requerido, ainda que a eficácia seja limitada implicaria cercear os direitos constitucionais basilares à vida e saúde da autora. Inversão do ônus das sucumbências e dos honorários advocatícios. Apelação da autora provida (TRF-3 - ApCiv: XXXXX20194036128, Relator.: Desembargador Federal NELTON AGNALDO MORAES DOS SANTOS, Data de Julgamento: 12/07/2021, 3ª Turma, Data de Publicação: Intimação via sistema DATA: 14/07/2021)

O caso evidencia o dilema da judicialização, uma vez que o *Spinraza* possui um dos custos mais elevados do mercado farmacêutico: em 2017, o Ministério da Saúde, através do Ministro Ricardo Barros, anunciou um acordo para adquiri-lo com

desconto de 50%, reduzindo o valor de R\$ 420 mil para R\$ 209 mil por dose, o que ainda representa uma despesa anual de milhões de reais por paciente, dado o regime contínuo de aplicação. Assim, a decisão reafirma a obrigação estatal de garantir o acesso ao tratamento, mas, ao mesmo tempo, expõe o impacto orçamentário desproporcional de demandas individuais, colocando em tensão a efetividade do direito à saúde e a sustentabilidade do Sistema Único de Saúde.

O caso do *Spinraza* guarda semelhanças com outros medicamentos frequentemente judicializados no Brasil, como o *Eculizumabe* (utilizado no tratamento da Hemoglobinúria Paroxística Noturna e da Síndrome Hemolítico-Urêmica Atípica) e o *Galsulfase* (destinado às mucopolissacaridoses). Assim como o *Spinraza*, ambos figuraram entre os fármacos de maior impacto orçamentário da União, com gastos que, em 2016, ultrapassaram R\$ 624 milhões apenas com o *Eculizumabe* e cerca de R\$ 127 milhões com o *Galsulfase*. A característica comum a esses tratamentos é a baixa prevalência das doenças associadas e o custo unitário extremamente elevado, que pode superar milhões de reais anuais por paciente, comprometendo parcelas significativas do orçamento público.

Esses exemplos evidenciam o dilema ético-jurídico enfrentado pelo Judiciário: de um lado, a necessidade de assegurar a sobrevivência e a dignidade de indivíduos portadores de doenças raras, de outro, a responsabilidade de evitar que a destinação de recursos a casos isolados fragilize a lógica coletiva de equidade que estrutura o SUS. Nesse contexto, a judicialização de medicamentos de alto custo impõe a urgência de um modelo de decisão fundamentado em critérios técnicos e de custo-efetividade, sob pena de transformar a proteção de alguns em um obstáculo para a garantia do direito à saúde de muitos.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise empreendida evidenciou que o direito à saúde, consagrado de forma ampla e robusta pela Constituição Federal de 1988, representa uma das expressões mais avançadas do constitucionalismo social contemporâneo. Contudo, a efetivação desse direito enfrenta o desafio de compatibilizar sua universalidade com os limites

financeiros e estruturais do Estado, especialmente diante do fenômeno da judicialização da saúde.

Constatou-se que a judicialização, embora assegure direitos individuais em situações concretas, gera repercussões significativas sobre a sustentabilidade do SUS. Os casos analisados, como o fornecimento do medicamento *Spinraza*, ilustram de modo emblemático o impacto de decisões judiciais que, voltadas a um número reduzido de pacientes, podem comprometer parcelas expressivas do orçamento público. O mesmo se verifica em relação a outros fármacos de altíssimo custo, como o *Eculizumabe* e o *Galsulfase*, cuja aquisição judicializada concentra recursos que poderiam ser destinados a políticas de maior alcance coletivo.

Ao examinar a jurisprudência dos tribunais superiores, observou-se que o STF tem buscado conciliar a proteção do direito fundamental à saúde com a reserva do possível, fixando critérios como a imprescindibilidade clínica, a inexistência de alternativas no SUS e a incapacidade financeira do paciente. Tais balizas, somadas ao esforço de uniformização e de diálogo institucional, representam avanços na tentativa de equilibrar a tutela individual e a preservação da equidade e da integralidade do sistema.

Mais do que um debate jurídico ou orçamentário, o tema da judicialização da saúde expõe o paradoxo do Estado brasileiro: garantir a todos o direito universal previsto na Constituição e, ao mesmo tempo, administrar recursos finitos em um cenário de desigualdades profundas. A análise desenvolvida demonstrou que não basta reconhecer o direito, é necessário torná-lo exequível de forma justa. Cada decisão judicial que assegura um medicamento de alto custo a um indivíduo simboliza, por um lado, a força normativa da Constituição e a sensibilidade do Judiciário, por outro, revela o risco de enfraquecer o coletivo em benefício da minoria.

Conclui-se, portanto, que o verdadeiro desafio contemporâneo não está em negar a via judicial, mas em racionalizá-la. É imperioso que a atuação do Judiciário se pautem por critérios técnicos, pareceres especializados e políticas públicas baseadas em evidências, de modo que a efetividade do direito à saúde se concretize de forma equilibrada, sustentável e justa. O verdadeiro desafio não é negar a via

judicial, mas racionalizá-la, de modo que a efetividade do direito fundamental à saúde se concretize de forma equilibrada, sustentável e justa, em benefício de toda a sociedade brasileira.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

(TRF-3 - ApCiv: XXXXX20194036128, Relator.: Desembargador Federal NELTON AGNALDO MORAES DOS SANTOS, Data de Julgamento: 12/07/2021, 3ª Turma, Data de Publicação: Intimação via sistema DATA: 14/07/2021). Disponível em: <<https://www.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/trf-3/1319069657>>. Acesso em 11 de set. de 2025.

Canadá Healt Act. Disponível em: <<https://laws-lois.justice.gc.ca/eng/acts/C-6/>>. Acesso em 26 de ago. De 2025.

Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health. Disponível em: <https://www.cda-amc.ca/sites/default/files/corporate/StratPlan/2025/2025_strat_plan_EN.pdf>. Acesso em 06 de set. de 2025.

CNJ - Justiça em Números. Disponível em: <<https://justica-em-numeros.cnj.jus.br/painel-saude/>>. Acesso em 29 de ago. 2025.

CONSTITUTION OF THE WORLD HEALTH ORGANIZATION. Disponível em: <<https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1>>. Acesso em 29 de ago. De 2025.

Constituição da África do Sul. Disponível em: <<https://www.gov.za/documents/constitution/chapter-2-bill-rights#27/>>. Acesso em 26 de ago. de 2025.

Constituição da Rússia. Disponível em: <https://www.constituteproject.org/constitution/Russia_2014#s250/>. Acesso em 26 de ago. de 2025.

Constitutional Approaches to the Right to Health. Disponível em: <<https://www.worldpolicycenter.org/constitutional-approaches-to-the-right-to-health>>. Acesso em 24 de ago. de 2025.

CORREIA, L. R., et. al. (2025). Impact evaluation of technical notes issued by NATJUS on healthcare judicialization. Disponível em: <<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12176339/>>. Acesso em 10 de set. de 2025.

FERRAZ, O. L. M. (2019). Para equacionar a judicialização da saúde no Brasil. Revista Direito GV, 15, e1934. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/rdgv/a/tLdSQ4Ggnm4w8GSfYdcqtTy/?format=html&lang=pt>>. Acesso em: 05 de set. de 2025.

GLASGOW, R. E., et al. (2012). National Institutes of Health Approaches to Dissemination and Implementation Science: Current and Future Directions. Disponível em: <<https://ajph.aphapublications.org/doi/full/10.2105/AJPH.2012.300755>>. Acesso em 06 de set. de 2025.

MATSUURA, Hiroaki. (2019). Exploring the association between the constitutional right to health and reproductive health outcomes in 157 countries. Disponível em: <<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7888040/>>. Acesso em 24 de ago. de 2025.

Medicamento eculizumabe permanece como opção de tratamento para pacientes com doença rara no SUS. Disponível em: <<https://www.gov.br/conitec/pt-br/assuntos/noticias/2021/setembro/medicamento-eculizumabe-permanece-como-opcao-de-tratamento-para-pacientes-com-doenca-rara-no-sus>>. Acesso em 05 de set. de 2025.

Ministério da Saúde comprará medicamento Spinraza para atender ações judiciais. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2017/dezembro/ministerio-da-saude-comprara-medicamento-spinraza-pela-metade-do-preco>>. Acesso em 11 de set. de 2025.

Mucopolissacaridose. Disponível em: <<https://pequenoprincipe.org.br/guia-de-doencas/mucopolissacaridose/>>. Acesso em 05 de set. de 2025.

National Institute for Health and Care Excellence. Disponível em: <<https://www.nice.org.uk/about-us/our-principles>>. Acesso em 06 de set. de 2025.

RE 566.471 (Tema 6) - Critérios para fornecimento de medicamentos fora da lista oficial do SUS. Disponível em: <https://www.stf.jus.br/arquivo/cms/noticiaNoticiaStf/anexo/RE566.471_tema6_infosociedade_LCFSP.pdf>. Acesso em 06 de set. de 2025.

RE 1.366.243 (Tema 1.234) - Regras para fornecimento de medicamentos pelo SUS. Disponível em: <https://www.stf.jus.br/arquivo/cms/noticiaNoticiaStf/anexo/RE1.366.243_tema1234_infosociedade_LCFSP.pdf>. Acesso em 06 de set. de 2025.

Rede NatJus registra mais de 286 mil notas técnicas e se prepara para nova fase com o e-NatJus 4.0. Disponível em: <<https://redenatjus.org.br/rede-natjus-registra-mais-de-286-mil-notas-tecnicas-e-se-prepara-para-nova-fase-com-o-e-natjus-4-0/>>. Acesso em 10 de set. de 2025.

SAHOO M. Pragyan, ROUT S. Himanshu, JAKOVLJEVIC Mihaljo. (2023). Future health expenditure in the BRICS countries: a forecasting analysis for 2035. Disponível em: <<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7888040/>>. Acesso em 24 de ago. de 2025.

Sistema e-NatJus. Disponível em: <<https://www.cnj.jus.br/programas-e-acoas/forum-da-saude-3/e-natjus/>>. Acesso em: 10 de set. de 2025.

Supreme Court of India - Paschim Banga Khet Mazdoorsamity Of Ors vs State Of West Bengal & Anr on 6 May, 1996. Disponível em: <<https://indiankanoon.org/doc/1743022/>>. Acesso em 26 de ago. De 2025.

TCEMG – Judicialização da saúde. Disponível em: <<https://tce.mg.gov.br/-TCEMG-fala-sobre-judicializacao-da-saude-em-audiencia-publica-.html/Noticia/1111625903>>. Acesso em 05 de set. de 2025.

Tema 106 do STJ – Dever do Estado – fornecimento de medicamentos não incorporados pelo SUS – requisitos. Disponível em: <https://www.tjdft.jus.br/consultas/jurisprudencia/jurisprudencia-em-temas/precedentes-qualificados-na-visao-do-tjdft/direito-da-saude/saude-publica/tema-106-2013-dever-do-estado-2013-fornecimento-de-medicamentos-nao-incorporados-pelo-sus-2013-requisitos>> Acesso em 11 de set. de 2025.

Tema 500 - Dever do Estado de fornecer medicamento não registrado pela ANVISA. Disponível em: <<https://portal.stf.jus.br/jurisprudenciaRepercussao/verAndamentoProcesso.asp?classeProcesso=RE&incidente=4143144&numeroProcesso=657718&numeroTema=500>>. Acesso em 06 de set. de 2025.

Tema 793 - Responsabilidade solidária dos entes federados pelo dever de prestar assistência à saúde. Disponível em: <<https://portal.stf.jus.br/jurisprudenciaRepercussao/tema.asp?num=793>>. Acesso em 06 de set. de 2025.