

JUDICIALIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS NÃO INCORPORADOS AO SUS: IMPACTOS NA IGUALDADE DE ACESSO AO DIREITO HUMANO À SAÚDE

JUDICIALIZATION OF MEDICATIONS NOT INCORPORATED INTO THE SUS: IMPACTS ON EQUAL ACCESS TO THE HUMAN RIGHT TO HEALTH

Alexia Caroline Gonçalves de Assis¹

Bianca de Oliveira²

Thamirys Cristina Mello de Oliveira³

Resumo: O presente artigo tem por objetivo analisar, sob uma perspectiva crítica, se e em que medida a judicialização de medicamentos não incorporados ao Sistema Único de Saúde (SUS) contribui para o aprofundamento das iniquidades no acesso ao direito humano à saúde no Brasil. Em um primeiro momento, apresenta-se o fenômeno da judicialização de medicamentos não padronizados no SUS; em seguida, discute-se como desigualdades socioeconômicas, especialmente quando interseccionadas com marcadores sociais, como raça e gênero, dificultam ou inviabilizam o acesso ao Poder Judiciário. Por fim, examinam-se os limites da atuação judicial em matéria de políticas públicas distributivas, após a fixação da tese do Tema 6 pelo Supremo Tribunal Federal (STF), que culminou na edição da Súmula Vinculante nº 61. A pesquisa adota metodologia qualitativa, com abordagem bibliográfica e documental. Conclui-se que a judicialização seletiva reforça injustiças sociais no acesso a bens e serviços de saúde, favorecendo indivíduos com melhor possibilidade de acionar o Poder Judiciário e redirecionando recursos públicos das políticas universais para a satisfação de demandas individuais, em detrimento, sobretudo, da população que depende exclusivamente do SUS.

Palavras-chave: Direito à saúde; Judicialização da saúde; Sistema Único de Saúde (SUS); Desigualdades socioeconômicas; Acesso à justiça.

Abstract: This article aims to analyze, from a critical perspective, whether and to what extent the judicialization of medications not incorporated into the Brazilian Unified Health System (SUS) contributes to deepening inequities in access to the human right to health in Brazil. Initially, it presents the phenomenon of litigation concerning non-standardized drugs within the SUS; subsequently, it discusses how socioeconomic inequalities, when intersected with social markers such as race and gender, hinder or even prevent access to the Judiciary. Finally, it examines the limits of judicial intervention in distributive public policies, following the Supreme Federal Court's (STF) ruling on Theme 6, which culminated in the issuance of Binding Precedent N°. 61. The research adopts a qualitative methodology, with bibliographic and documentary approaches. It concludes that selective judicialization operates as a mechanism reinforcing inequities in access to health goods and services, favoring individuals with privileged access to the Judiciary and redirecting public resources away from universal policies toward the satisfaction of individual claims, to the detriment, above all, of the population dependent on the SUS.

Keywords: Right to health; Judicialization of health; Unified Health System (SUS); Socioeconomic inequalities; Access to justice.

Sumário: Introdução. 1. Justiciabilidade do direito à saúde no Brasil. 2. Acesso à justiça e desigualdade social. 3. Tema 6 do STF: novo paradigma para a judicialização da saúde. Considerações finais. Referências.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

¹ Mestranda em Direito do Estado pelo Programa de Pós-Graduação em Direito da Universidade Federal do Paraná, alexia.caroline@ufpr.br, ORCID: 0009-0003-8504-9435.

² Mestranda em Direitos Humanos e Democracia pelo Programa de Pós-Graduação em Direito da Universidade Federal do Paraná (PPGD/UFPR), oliveira.bianca@ufpr.br; ORCID: 0009-0003-8452-6447.

³ Mestranda em Direito Humanos e Democracia pelo Programa de Pós-Graduação em Direito da Universidade Federal do Paraná, thamirys.oliveira@ufpr.br, ORCID:0009-0007-4232-4299.

INTRODUÇÃO

O direito à saúde está consagrado como direito humano no artigo 12 do Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (PIDESC) e no artigo 10 do Protocolo de San Salvador, ambos ratificados pelo Brasil. Esses dispositivos impõem aos Estados o dever de promover, de forma progressiva, o acesso universal, igualitário e não discriminatório aos bens e serviços de saúde.

No ordenamento jurídico interno, instituiu-se um Estado Democrático de Direito previsto no artigo 1º da Constituição Federal, orientado pelos ideais de justiça social, solidariedade e redução das desigualdades sociais e regionais (CF, art. 3º), assegurando a saúde como direito fundamental de todos e dever do Estado (CF, arts. 6º e 196). Com o advento dessa ordem constitucional, consolidou-se uma nova concepção dos direitos sociais, marcada por sua aplicabilidade direta e imediata, para além de mera garantia programática (CF, art. 5º, §1º).

Diante desse cenário, teve início, nos anos 1990, a chamada judicialização da saúde, entendida como o uso de ações judiciais para compelir o Poder Público ao fornecimento de tratamentos médicos (Bucci, 2017). Desde então, esse fenômeno tem se intensificado, notadamente no que se refere à assistência farmacêutica. Conforme dados do Painel de Estatísticas Processuais de Direito à Saúde do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), entre 2020 e 2024, houve um crescimento de aproximadamente 76% no número de novas ações judiciais, passando de 219.020 para 385.844 processos.

Sedimentou-se na doutrina e na jurisprudência o entendimento pacífico quanto à garantia dos remédios abrangidos pelos programas de dispensação gratuita do Sistema Único de Saúde (SUS). Nesses casos, a intervenção do Poder Judiciário não interfere na formulação da política pública, porquanto o juízo de necessidade e eficácia foi previamente realizado pela própria administração pública, sendo, portanto, vinculante à sua atuação (STF, 2020).

A complexidade da questão constitucional reside nas decisões que determinam o fornecimento de medicamentos não incluídos nas listas oficiais, as quais podem favorecer indivíduos em posições socioeconômicas privilegiadas, agravando, assim, as desigualdades na fruição de bens e serviços de saúde.

Dessa forma, este artigo tem por principal objetivo analisar, sob uma perspectiva crítica, se e em que medida a judicialização de fármacos não integrados ao SUS contribui para o aprofundamento das desigualdades socioeconômicas no acesso à saúde no Brasil.

Parte-se da hipótese de que a entrega de medicações não incorporadas à rede pública favorece cidadãos com melhores condições econômicas, institucionais e informacionais para

acionar o Judiciário, acentuando a marginalização de grupos historicamente invisibilizados, sobretudo quando a vulnerabilidade financeira se articula com fatores como raça e gênero.

Adota-se, para tanto, uma abordagem qualitativa, com metodologia bibliográfica e documental, fundamentada na análise de doutrina especializada, artigos científicos, legislação, jurisprudência e dados empíricos extraídos de fontes oficiais, como pareceres técnicos e relatórios disponibilizados em sítios eletrônicos governamentais.

O trabalho, inicialmente, contextualiza o fenômeno da demanda judicial por medicamentos não incorporados ao SUS. Em seguida, examina se e como as desigualdades econômicas, particularmente quando interseccionadas com marcadores sociais de raça e gênero, inviabilizam o acesso ao Judiciário. Por fim, discutem-se os impactos concretos da judicialização sobre esses grupos vulneráveis, bem como os limites da atuação judicial em matéria de políticas públicas distributivas, especialmente após a fixação da tese de julgamento do Tema 6 pelo Supremo Tribunal Federal (STF), em setembro de 2024, que culminou na edição da Súmula Vinculante nº 61.

1. JUSTICIABILIDADE DO DIREITO À SAÚDE NO BRASIL

O contexto inaugurado pela Constituição Federal de 1988 conferiu à saúde o status de direito fundamental, previsto no artigo 196, que a define como “direito de todos e dever do Estado” e assegura o “acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. No entanto, por se tratar de direito social de natureza prestacional, sua concretização depende de ações positivas do Estado, implementadas de forma progressiva, por meio de políticas públicas e planejamento orçamentário (Sarlet, 2018).

Diante do novo desenho constitucional, cabe ao Sistema Único de Saúde (SUS), instituído como o principal mecanismo de concretização desse direito, organizar-se em torno de princípios substantivos elencados nos incisos do art. 7º da Lei nº 8.080/1990, entre os quais merecem destaque, para os fins deste estudo, a universalidade, a integralidade e a igualdade. O princípio da universalidade diz respeito à exigência de que toda a população brasileira, independentemente de sua renda, localização regional, sexo, cor, possa ter acesso ao atendimento pelo SUS, admitindo o estabelecimento de prioridades apenas com base em critérios de risco e vulnerabilidade, como nas situações de epidemia (Souza, 2011).

Já o princípio da integralidade deve ser interpretado como a garantia de uma cobertura assistencial completa em seus diversos níveis. Diferente da concepção equivocada de fornecimento irrestrito de qualquer insumo, o conceito refere-se à estruturação do atendimento que acompanha o paciente desde a atenção básica até os serviços de alta complexidade e especialização. Isso

assegura o acesso a todo o suporte necessário, inclusive a medicamentos de alto custo, desde que dentro da lógica escalonada do sistema. Nesse sentido:

A integralidade evita diversos problemas que poderiam surgir a partir da adoção de uma política sanitária puramente utilitarista. Isso porque impede que a alocação de recursos sanitários se faça pura e simplesmente no sentido de proteger o maior número de pessoas, justificando a adoção de medidas como: i) a atenção à saúde de alta complexidade em nível terciário; ii) o desenvolvimento de políticas públicas de atenção aos grupos minoritários como índios, mulheres, crianças, negros, transexuais e idosos; iii) a gratuidade de medicamentos de alto custo para o tratamento de algumas doenças raras. Nenhuma dessas medidas se justificaria a partir de uma lógica utilitarista, porquanto não seriam capazes de maximizar o saldo líquido de utilidade geral. Entretanto, demonstram-se totalmente viáveis desde uma leitura liberal igualitária, haja vista que todos esses indivíduos são dotados de dignidade ímpar que não pode ser instrumentalizada (Souza, 2011, p. 196).

Por fim, o princípio da igualdade impõe o tratamento equânime, ajustando a assistência às desigualdades dos usuários. Para viabilizar o sistema, o SUS apoia-se também em diretrizes organizacionais — como a unidade, a descentralização e a regionalização — que disciplinam a atuação coordenada dos entes federados na prestação da saúde.

Assim, o conjunto desses elementos conforma a estrutura normativa que orienta a formulação e a execução das políticas públicas de saúde, delimitando tanto o alcance quanto as balizas para a atuação estatal. E, a partir desse marco constitucional-organizacional, ganha relevo a discussão acerca da possibilidade e da extensão do controle judicial na efetivação do direito à saúde, consolidando-se na doutrina duas interpretações predominantes sobre sua justiciabilidade, cada uma oferecendo respostas distintas aos desafios impostos pela intervenção do Poder Judiciário no âmbito das políticas públicas.

A primeira corrente adota uma leitura mais ampla, sustentando que o direito à saúde, por estar intrinsecamente ligado à dignidade da pessoa humana, pode ser exigido judicialmente, inclusive em hipóteses não contempladas pelas políticas públicas do SUS, especialmente quando estiver em jogo a dimensão do mínimo existencial (Sarlet; Figueiredo, 2007). Em contrapartida, a segunda corrente, de caráter restritivo, defende a autocontenção judicial, a partir do princípio da separação dos poderes (CF, art. 2º), com a adoção de uma postura de maior deferência institucional, limitada ao controle de legalidade das políticas públicas existentes (Bucci, 2017).

Essas divergências teóricas assumem contornos concretos no fenômeno da judicialização da saúde, sobretudo diante do crescimento exponencial de ações judiciais que pleiteiam o fornecimento de fármacos não padronizados ao SUS, gerando impactos significativos na alocação de recursos públicos e podendo aprofundar as iniquidades no acesso a bens e serviços de saúde.

Para compreender melhor essa dinâmica, os dados da Pesquisa de Assistência Farmacêutica no SUS indicam que, em 2023, aproximadamente 32,9% dos gastos estaduais com medicamentos decorreram de decisões judiciais (Vieira *et al.*, 2025). No mesmo ano, o Ministério da Saúde destinou mais de R\$1,9 bilhão para a compra de remédios não incluídos nas listas oficiais (Brasil, 2024). Além disso, conforme aponta uma revisão integrativa publicada em 2020, a taxa de deferimento das demandas judiciais relativas a medicamentos de alto custo não incorporados se aproximava de 90% (Costa; Silva; Ogata, 2020).

O referido cenário demonstra os efeitos práticos decorrentes da adoção de uma concepção absolutista do direito à saúde, fomentando críticas ao ativismo judicial, na medida em que a transferência de recursos públicos para o cumprimento de decisões judiciais individualizadas compromete a disponibilização de tratamentos já previstos nas políticas públicas de saúde destinados à coletividade.

É preciso ter em vista que, embora se busque pela máxima efetividade dos direitos fundamentais, em razão da escassez de recursos públicos e das necessidades ilimitadas, não é possível garantir que todos os fármacos sejam ofertados. Dessa forma, nas palavras do Ministro Luís Roberto Barroso, escolhas trágicas devem ser feitas: “investir em um determinado medicamento ou tratamento sempre implica deixar de investir em outros” (STF, 2016, p. 13-14).

Tais decisões distributivas, que envolvem a definição de quais remédios serão ou não ofertados gratuitamente à população, constituem um processo político de competência dos Poderes Executivo e Legislativo, os quais, além de possuírem legitimidade democrática para a alocação de recursos públicos, dispõem de maior qualidade decisória para assegurar que a melhor saúde alcance o maior número de pessoas, mediante critérios claros de prioridade e meios adequados de implementação (Bucci, 2006). Nesse âmbito, destaca-se o papel da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (CONITEC), responsável por avaliar, com o uso de limiares de custo-efetividade, a inclusão, exclusão ou alteração de medicações no SUS.

O raciocínio estritamente jurídico do magistrado é, em regra, apto à aplicação da justiça no caso concreto (microjustiça), mas tende a desconsiderar os impactos econômicos e financeiros dessas decisões na sustentabilidade da gestão pública de saúde (macrojustiça), produzindo efeitos sistêmicos que prejudicam a maioria da população dependente do SUS (Barroso, 2009).

Cabe mencionar, ainda, que, ao tratar a saúde como um direito subjetivo absoluto, o Judiciário, por vezes, decide a partir de argumentos emocionais, e não jurídicos. Existem relatos de magistrados que, diante de pleitos individuais por medicamentos, sentem-se moralmente compelidos a deferi-los, sob a justificativa de que, caso contrário, não conseguiriam usufruir do “tranquilo sono dos justos” (Sabino, 2014, p. 129). Em decorrência disso, cunhou-se pela doutrina a expressão “justiça de misericórdia” para designar decisões judiciais que priorizam o apelo individual em detrimento do interesse coletivo, criando a ilusão de ampliação do acesso à saúde (Sabino, 2014, p. 130).

De acordo com Valle (2013, p. 393), o amplo controle judicial sobre as políticas públicas

[...] em nome de incluir (o jurisdicionado), culmina por promover a exclusão de alguém que também é vulnerável, e que conta ainda em seu desfavor com a circunstância de não ter tido oportunidade de trazer sua história humana, sua presença como ser que sofre, ao conhecimento do juiz sensível.

Acrescenta a autora que “a ‘bondade’ da decisão judicial em favor do atendido revelar-se-á ‘maldade’ para terceiro não integrante do processo, destinatário natural da política pública” (Valle, 2013, p. 394).

Não se pode deixar de reconhecer a tarefa árdua do julgador nesses casos, mas as políticas públicas de saúde devem seguir a diretriz de reduzir as desigualdades estruturais, alcançando grupos historicamente marginalizados, segundo os três princípios fundamentais do SUS — universalidade (acesso a todos os cidadãos), integralidade (acesso a todos os níveis de complexidade) e igualdade (não discriminação) — previstos nos incisos I, II e IV do art. 7º da Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1990). No entanto, contrariando essa lógica, a judicialização desse direito insere uma abordagem individualista e elitista na prestação da assistência farmacêutica, comprometendo a distribuição e a promoção equitativa dos bens e serviços.

2. ACESSO À JUSTIÇA E DESIGUALDADE SOCIAL

O Brasil figura historicamente entre os países mais desiguais do mundo, quadro evidenciado por indicadores persistentes de concentração de renda, disparidades regionais e desigual distribuição de oportunidades sociais. Esse cenário pode ser ilustrado a partir do Relatório de Distribuição Pessoal da Renda e da Riqueza da População Brasileira — Dados do IRPF 2023, divulgado pelo Ministério da Fazenda (2025), segundo o qual o 1% mais rico concentra cerca de 37,3% da riqueza nacional. Entre os 10% mais pobres, as mulheres negras respondem por 39,8%

da renda desse estrato, ao passo que, entre os 10% mais ricos, sua participação cai para apenas 9,4%. Em contraste, os homens brancos concentram 42,2% da riqueza no topo da pirâmide, enquanto na base representam 10,3%.

A desigualdade socioeconômica manifesta-se de forma particularmente intensa no campo dos direitos sociais, como a saúde e o acesso à justiça, na medida em que fatores como renda, escolaridade, território e inserção no mercado de trabalho não apenas determinam o acesso a bens e serviços essenciais, mas também influenciam a qualidade, a efetividade e a dignidade com que tais direitos são vivenciados. Essa dinâmica perpetua ciclos de exclusão, aprofunda distâncias sociais já existentes e constitui barreiras concretas ao pleno exercício da cidadania. Nesse contexto, as injustiças sociais podem inclusive assumir um caráter vital, traduzindo-se em chances desiguais de viver ou morrer entre diferentes grupos populacionais (Therborn, 2010).

No plano específico da política de saúde, dados divulgados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) demonstram que o Brasil atingiu, em agosto de 2025, 53 milhões de beneficiários em planos de assistência médica, o que significa que aproximadamente 75,3% da população, de um total de 213,4 milhões de pessoas (IBGE, 2023), dependem exclusivamente do SUS.

Além disso, os resultados indicam um profundo abismo regional na cobertura privada: as regiões Sul e Sudeste concentram os maiores percentuais de beneficiários, ao passo que o Norte e o Nordeste permanecem no topo da dependência do sistema público, com índices superiores a 80%. Em São Paulo, cuja população alcança aproximadamente 44,4 milhões de habitantes (IBGE, 2023), 18.557.101 pessoas possuem plano de saúde, de modo que cerca de 58,2% recorrem diretamente à rede pública. No extremo oposto, em Roraima, com 636.707 habitantes (IBGE, 2023), apenas 32.356 dispõem de cobertura privada, razão pela qual aproximadamente 94,9% dos moradores permanecem integralmente dependentes do sistema público de saúde.

De igual modo, conforme se observa no relatório da Pesquisa Nacional de Saúde de 2019, a vulnerabilidade econômica, notadamente quando interseccionada com marcadores sociais como raça e gênero, está intrinsecamente associada à dependência ao SUS. Segundo os registros, 64,7% dos usuários da rede pública declararam renda familiar inferior a um salário mínimo, sendo que 69,9% dos atendidos na Atenção Primária à Saúde são mulheres, das quais 60,9% são pretas ou pardas. Estima-se que quase 80% da população brasileira dependente do SUS se autodeclara negra (Nações Unidas Brasil, 2017).

Tais assimetrias também se projetam no plano institucional do sistema de justiça, traduzindo-se nas dificuldades enfrentadas por amplos segmentos da população para acessar, compreender e acompanhar processos judiciais, uma vez que o sistema jurídico, complexo e

frequentemente distante das realidades periféricas e rurais, tende a oferecer respostas mais céleres e efetivas aos grupos socialmente privilegiados.

É relevante salientar que o acesso à justiça é considerado um “direito fundamental de natureza instrumental”, pois é por meio dele que se viabiliza a proteção dos demais direitos assegurados pelo ordenamento jurídico. De acordo com Gonçalves, esse caráter instrumental decorre do fato de que, sem mecanismos efetivos de acesso ao Judiciário, os direitos fundamentais permanecem meramente formais, desprovidos de concretude. Nessa perspectiva:

[...] a negação do direito fundamental de acesso à justiça pode ser encarada como a negação a todos os demais direitos fundamentais insculpidos no ordenamento jurídico pátrio, pois uma vez ameaçados ou violados tais direitos, sem a possibilidade de se efetuar o acesso à justiça [...] seus detentores quedariam inertes e sem meios de promover a sua defesa, já que, em regra, é vedada a utilização da autotutela (Gonçalves, 2011, p. 35).

Não obstante, como apontado pelo Relator Especial da Organização das Nações Unidas (ONU) sobre pobreza extrema, indivíduos em situação de vulnerabilidade socioeconômica são, paradoxalmente, aqueles que mais sofrem sanções e controles estatais, tanto criminais quanto administrativos, ao mesmo tempo em que enfrentam severas barreiras para acionar a justiça, principalmente quando buscam a tutela de direitos fundamentais (Alston, 2020).

Em estudo empírico, Ferraz (2019) constatou que a judicialização de medicamentos não incorporados ao SUS predomina nos estados mais ricos com maior Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) da Região Sul e Sudeste, onde as taxas de litigância per capita são mais expressivas, estando, em média, em 178 ações por 100 mil habitantes no Sul e 103 ações por 100 mil habitantes no Sudeste, enquanto nos estados mais pobres, com menor IDH do Norte e do Nordeste, estão em 40 ações por 100 mil habitantes e 26 ações por 100 mil habitantes, respectivamente.

Diante desse quadro, percebe-se uma correlação significativa entre o nível de desenvolvimento econômico e o volume de ações judiciais, de modo que, embora a judicialização seja apresentada como mecanismo de efetivação do direito à saúde, ela tende a favorecer grupos com maior capacidade de mobilização jurídica, reforçando desigualdades regionais e socioeconômicas no acesso ao sistema judiciário.

Outrossim, nota-se que nos estados do Norte e Nordeste, onde os índices desse fenômeno são mais baixos, encontra-se a maior população negra do país (Sá *et al.*, 2024). E mesmo nessas regiões, a judicialização da saúde, quando presente, beneficia majoritariamente pessoas brancas,

com predominância de renda acima de dez salários mínimos e nível de ensino superior ou mais, segundo um estudo realizado em Pernambuco (Barros, 2020).

Ressalta-se, ainda, que, embora faltem estudos sistemáticos sobre o perfil socioeconômico dos litigantes em demandas por medicamentos específicos, as pesquisas existentes indicam que essas ações concentram-se em fármacos oncológicos e de alto custo, sendo predominantemente patrocinadas por advogados particulares (Anjos, 2019).

Dessa forma, é necessário adotar um olhar interseccional para compreender como a vulnerabilidade econômica se articula com outras formas de opressão, como racismo e machismo, promovendo uma marginalização ainda maior do sistema de justiça e refletindo em possibilidades desiguais de defesa em juízo (Crenshaw, 1989).

Mesmo com a existência da Defensoria Pública, quase 25% da população brasileira não tem acesso à assistência jurídica gratuita, de acordo com a Pesquisa Nacional da Defensoria Pública de 2022, devido à ausência do órgão em muitas comarcas, especialmente em regiões pobres e remotas, e à existência de barreiras práticas como dificuldade de transporte, falta de documentos e exclusão digital.

Conforme aponta o Relatório do Índice de Acesso à Justiça emitido pelo Conselho Nacional de Justiça - CNJ (2021), fatores como escolaridade e renda exercem influência significativa sobre a capacidade de recorrer ao Judiciário. Por conseguinte, indivíduos com maior nível socioeconômico e educacional tendem a acionar mais frequentemente os mecanismos judiciais para assegurar seus direitos, o que se explica pelo fato de que a educação não apenas possibilita reconhecer violações, mas também compreender os meios adequados para repará-las.

Esse panorama, quando confrontado com a pesquisa de Almeida (2025), a qual aponta que apenas onze unidades da federação possuem cobertura integral da Defensoria Pública em todas as comarcas — sendo cinco delas situadas na Região Norte (Acre, Amapá, Rondônia, Roraima e Tocantins) — esclarece as razões pelas quais estados nortistas, embora apresentem maior cobertura proporcional da Defensoria, não figuram entre aqueles com maior índice de judicialização da saúde.

Importante destacar, também, não ser possível afirmar que os beneficiários das ações judiciais para fornecimento de medicamentos sejam majoritariamente pessoas em situação de hipossuficiência oriundas de estados mais desenvolvidos. Isso ocorre porque, no Sul e Sudeste, apenas o Rio Grande do Sul e o Rio de Janeiro contam com cobertura mais ampla da Defensoria Pública, enquanto os demais estados dessas regiões apresentam assistência jurídica bastante limitada, deixando parcela vulnerável da população sem atendimento adequado (Almeida, 2025).

Desse modo, o direito à igualdade no acesso à saúde não pode ser reduzido a uma dimensão formal, que apenas proíbe discriminações explícitas ou tratamentos arbitrários no ordenamento

jurídico. É necessário adotar uma concepção material ou substancial de igualdade, que articule as perspectivas antidiscriminatória e antissubordinatória, reconhecendo que padrões estruturais de exclusão impedem o pleno exercício de direitos fundamentais por parte de grupos historicamente inviabilizados (Moreira, 2020).

Sob essa ótica, uma sociedade democrática não pode ser complacente com um sistema jurídico que permita práticas aparentemente neutras, mas que podem contribuir para a piora da situação de indivíduos em permanente desvantagem (Moreira, 2020).

Por isso, a possibilidade de o Judiciário determinar a entrega de fármacos não disponibilizados pelo SUS aprofunda ainda mais o abismo social existente no país, ao privilegiar aqueles que detêm maior poder econômico, por disporem de recursos financeiros e informacionais que lhes garantem um acesso qualificado à justiça.

A esse respeito, Ferraz e Wang (2014) sustentam que a judicialização da saúde no Brasil tem contribuído para a consolidação de um SUS de duas portas: uma, destinada àqueles que recorrem ao Judiciário, para os quais a “vida não tem preço” e que, por isso, obtêm acesso irrestrito aos recursos públicos para atender suas necessidades; e outra, voltada ao restante da população, que permanece sujeita aos critérios distributivos do poder político e tem seu acesso ainda mais limitado em razão do redirecionamento orçamentário imposto por decisões judiciais individualizadas. Para os autores

[...] o argumento daqueles que defendem incondicionalmente a judicialização como simples proteção da vida deve portanto ser adaptado para exprimir seu verdadeiro sentido: ‘A vida não tem preço, mas a vida de alguns tem menos preço que a vida de outros’.

Logo, negar um remédio não incluído na lista do SUS para dispensação gratuita a todos não significa, necessariamente, ignorar o valor da vida e da saúde do demandante, mas sim atribuir a ela o mesmo valor que se dá à vida e à saúde de todos que também dependem do sistema (Ferraz; Wang, 2014).

Esse raciocínio expõe a tensão entre a proteção individual e a justiça distributiva, na medida em que decisões judiciais que determinam o fornecimento de medicamentos de alto custo para um único paciente podem comprometer recursos originalmente destinados a políticas públicas capazes de alcançar milhares de pessoas. Em um sistema universal e limitado por orçamento, cada escolha implica renúncia: atender a uma demanda individual pode significar deixar de financiar vacinas, tratamentos básicos ou programas preventivos que salvam vidas em escala coletiva.

Quando o Judiciário concede tratamentos não incorporados ao SUS, favorece grupos com maior poder aquisitivo e informação, enquanto populações pobres continuam sem acesso a serviços essenciais. Essa lógica contradiz os princípios constitucionais de universalidade e equidade, transformando um mecanismo de garantia em instrumento de injustiça social.

Portanto, a defesa incondicional da judicialização como “proteção da vida” precisa ser relativizada à luz da justiça distributiva e da sustentabilidade das políticas públicas (Ferraz; Wang, 2014). A efetivação do direito à saúde não pode ser reduzida à dimensão individual, mas deve equilibrar direitos fundamentais com critérios técnicos, econômicos e éticos, sob pena de aprofundar desigualdades e comprometer a própria função social do sistema público (Daniels, 2007; Ferraz, 2019).

Ainda assim, parcela da doutrina defende que a atuação judicial continua sendo cabível e necessária, sobretudo em contextos de omissão estatal e ineficiência administrativa (Alves; Bitencourt, 2016). Argumenta-se que, nesses casos, a judicialização funciona como mecanismo de concretização do direito fundamental à saúde, protegendo o indivíduo contra abusos e restrições da administração pública (Alves; Bitencourt, 2016).

O desafio está em conciliar a tutela judicial individual com o financiamento de políticas públicas e serviços públicos de saúde universais, sob o risco de se conceder um direito dispendioso a um único cidadão às custas do não atendimento de toda a coletividade vulnerável que depende do SUS, deixando-a à mercê de doenças conhecidas e tratáveis, que poderiam ser evitadas e para as quais já houve previsão orçamentária após extenso estudo e debate, mas cujos recursos foram redirecionados para garantia de privilégios.

3. TEMA 6 DO STF: NOVO PARADIGMA PARA A JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE

Do ponto de vista jurisprudencial, o Supremo Tribunal Federal (STF) e o Superior Tribunal de Justiça (STJ) têm buscado equilibrar o direito individual à saúde com a sustentabilidade do sistema público, a eficiência das políticas públicas e a igualdade de acesso.

Em um primeiro momento, adotava-se um posicionamento que rejeitava a sindicabilidade judicial do direito à saúde, por considerá-lo de caráter meramente programático. Posteriormente, sobretudo a partir dos anos 2000, consolidou-se o reconhecimento de que se trata de autêntico direito fundamental, proliferando-se decisões extravagantes ou emocionais, que admitiam a concessão de prestações de saúde, muitas vezes de forma ampla e irrestrita (Cunha; Farranha, 2021). Um dos precedentes mais representativos dessa orientação foi o julgamento, pela 1ª Turma do Superior Tribunal de Justiça (STJ), do Recurso em Mandado de Segurança nº 11.183/PR,

originário do Tribunal de Justiça do Estado do Paraná (TJPR), no qual se pretendia o fornecimento de medicamento para o tratamento de grave doença neurológica — esclerose lateral amiotrófica. A Corte estadual denegou a segurança, o que ensejou a interposição de recurso ao STJ. Na decisão, o Ministro Relator José Delgado, por meio de voto acolhido por unanimidade, assentou a impossibilidade de se obstar pleitos judiciais voltados à efetivação do direito à saúde:

Penso que os argumentos articulados pelo Estado do Paraná, além de serem juridicamente inconsistentes, revelam o total desprezo por parte das autoridades públicas encarregadas da saúde no país.

O Estado/recorrido preocupa-se, nitidamente, em contrapor-se à situação delineada nos autos com teses jurídicas de custosa credibilidade (desestabilização do Estado de Direito; quebra orçamentária; anarquia dos poderes; falência institucional) para negar à ora recorrente o sagrado direito à sobrevivência (STJ, 2000, p. 121).

A partir da metade da década de 2000, contudo, observa-se uma inflexão nesse entendimento, superando-se a concepção de que o direito à saúde e sua diretriz da integralidade implicariam um “direito a tudo”. Diante do aumento exponencial da judicialização, passou-se a buscar parâmetros para racionalizar a atuação jurisdicional (Balestra Neto, 2015).

A decisão do Superior Tribunal de Justiça (STJ) no Recurso Especial Repetitivo nº 1.657.156/RJ, que culminou na fixação da tese do Tema 106, foi uma das mais importantes tentativas de estabelecer critérios objetivos para a concessão de medicamentos não incorporados aos atos normativos do SUS, exigindo cumulativamente os seguintes requisitos: (i) comprovação, por meio de laudo médico fundamentado e circunstanciado, expedido pelo médico que assiste o paciente, da imprescindibilidade ou necessidade do medicamento, bem como da ineficácia, para o tratamento da moléstia, dos fármacos fornecidos pelo SUS; (ii) incapacidade financeira de arcar com o custo do medicamento prescrito; e (iii) existência de registro do medicamento na ANVISA, observados os usos autorizados pela agência.

No entanto, apesar dos esforços, a tese do Tema 106 do STJ não foi suficiente para conter o avanço da judicialização da saúde. Entre 2018, ano de sua fixação, e 2024, houve um crescimento de 187% em novas ações judiciais relativas a fármacos não padronizados, as quais passaram de 14.350 para 41.158, conforme dados do Painel de Estatísticas do Judiciário – Direito à Saúde, mantido pelo Conselho Nacional de Justiça (CNJ).

Nesse contexto, em setembro de 2024, o Supremo Tribunal Federal (STF) firmou a tese de julgamento do Tema 6 da repercussão geral (RE nº 566.471/RN), assentando que, como regra

geral, o Poder Judiciário não pode compelir o Estado a fornecer medicamentos que não constam nas listas oficiais do Sistema Único de Saúde (SUS) – Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), Relação Estadual de Medicamentos Essenciais (RESME) e Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME) –, independentemente do custo.

O fornecimento excepcional por via judicial é possível, mas deve observar critérios rigorosos, como a apresentação de relatório médico pormenorizado que comprove a necessidade do paciente e a inexistência de substituto terapêutico disponível na rede pública, além da demonstração da ilegalidade do ato de não incorporação do tratamento pleiteado, sempre em respeito à expertise técnica de órgãos como a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC).

Nas razões de decidir, pontuou-se que a excessiva judicialização da saúde afeta os princípios da universalidade e da igualdade no acesso aos bens e serviços, o que compromete a própria continuidade das políticas públicas do setor. Isso ocorre porque as ordens judiciais impactam negativamente a organização e o planejamento administrativo e orçamentário, uma vez que o cumprimento dessas decisões exige a realocação de verbas dentro do orçamento da saúde, especialmente no âmbito do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF).

Há, ainda, o problema da seletividade, tendo em vista que o fornecimento de medicamentos determinados judicialmente atende apenas às partes litigantes, sem se traduzir em políticas universais. Nessa linha, destaca o Ministro Luís Roberto Barroso em seu voto:

Não se deve cometer o equívoco de supor que a ponderação que se faz nessa matéria envolve o direito à saúde e à vida, de um lado, e a separação de Poderes e regras orçamentárias, de outro lado. Se fosse assim, as soluções seriam mais fáceis. Como os recursos são limitados e precisam ser distribuídos entre fins alternativos, a ponderação termina sendo entre vida e saúde de uns versus vida e saúde de outros. A vida e a saúde de quem tem condições de ir a juízo não têm valor maior do que a dos muitos que são invisíveis para o sistema de justiça (STF, 2016, p. 09).

Como também observou o Ministro Alexandre de Moraes, a intervenção judicial desprovida de critérios, ao atender a demandas individuais, compromete políticas voltadas à universalização do fornecimento de medicamentos, reforçando desigualdades sociais no acesso à justiça e podendo, em última instância, desestabilizar a política pública estabelecida.

Por essas razões, as questões de alocação de recursos devem, em princípio, permanecer sob responsabilidade da Administração Pública, impondo-se ao Poder Judiciário uma postura de

autocontenção e deferência aos demais Poderes em matérias tecnicamente complexas ou relacionadas à formulação e implementação de políticas públicas, como aquelas conduzidas pelo Ministério da Saúde e pela CONTEC.

Conforme levantamento do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), publicado em 2025, sob o título Diagnóstico da Judicialização da Saúde Pública e Suplementar, dados indicam redução no número de novos casos quando comparados a abril de 2024, que registrou cerca de 36 mil casos novos, e abril de 2025, com cerca de 30 mil casos novos. Tendência semelhante foi observada em julho de 2025, que contabilizou 33,6 mil casos novos, em comparação com o mesmo mês no ano anterior, que registrou 37,5 mil casos novos.

No que se refere às tutelas de urgência em matéria de saúde pública, entre setembro de 2023 e julho de 2024, cerca de 78% dos pedidos foram deferidos, com taxa de procedência final em torno de 88%. No período subsequente, compreendido entre setembro de 2024 e julho de 2025, o percentual de deferimento das liminares foi de aproximadamente 73%, e o índice de procedência final situou-se em torno de 84%. Esses números revelam uma redução progressiva nas taxas de deferimento e de procedência em comparação com o período imediatamente anterior.

Uma possível explicação para esse movimento reside na fixação da tese do Tema 6 pelo STF, mas ainda não se consegue identificar, de maneira segura, os impactos do julgamento, sendo necessária a ampliação da série histórica para confirmação consistente dos efeitos da decisão. As entrevistas realizadas no âmbito da pesquisa conduzida pelo CNJ indicam que, embora a tese constitua diretriz relevante, subsistem preocupações quanto ao grau de sua observância pelos tribunais de segunda instância, verificando-se, em alguns casos, resistência à sua aplicação, o que tem ensejado o uso reiterado da Reclamação Constitucional. Diante desse quadro, destaca-se a importância de iniciativas formativas promovidas pelo CNJ, voltadas ao aperfeiçoamento da compreensão e da aplicação dos precedentes qualificados.

Na busca por outros mecanismos de racionalização, parte da doutrina tem proposto a utilização da teoria dos diálogos constitucionais como alternativa para enfrentar esses impasses, apostando na integração dialógica entre os Poderes, com vistas a assegurar maior sustentabilidade às políticas públicas, sem afronta ao desenho institucional (Hachem; Pethechust, 2020). Nessa perspectiva, as sentenças estruturantes configuram uma das formas possíveis de concretização dessa proposta, atuando como expressão do dever de colaboração harmônica entre os Poderes, norteadas pela lógica do apoio mútuo e funcionando como instrumento para a efetivação de um direito à saúde mais equitativo (Gómez-Velásquez, 2023).

Pode-se afirmar que um avanço nessa direção tenha sido a própria tese fixada no Tema 6 da repercussão geral do STF, segundo a qual, ao analisar um pedido de fornecimento de

medicamento não incluído nas listas do SUS, o juiz deve notificar os órgãos competentes a fim de que avaliem a possibilidade de sua incorporação para todos os usuários. Todavia, a aplicação prática dessa diretriz permanece como campo aberto à investigação empírica, cuja exploração poderá ser oportunamente desenvolvida em estudos futuros.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Declaração Universal dos Direitos Humanos, em seu artigo 25, consagra que toda pessoa tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e à sua família saúde e bem-estar, incluindo cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis, fundamentando-se na premissa do artigo 1º, segundo a qual todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e direitos.

Contudo, impõe-se questionar: quem são, na prática, os destinatários desses direitos? A quem, efetivamente, se dirige o direito humano à saúde quando a estrutura social e os sistemas institucionais reproduzem padrões históricos de exclusão? Essa reflexão é particularmente relevante no Brasil, país marcado por profundas desigualdades que limitam o acesso de grande parcela da população às estruturas do sistema de justiça e ao usufruto equitativo dos bens e serviços de saúde.

À luz das considerações apresentadas, conclui-se que a judicialização da saúde, especialmente no que se refere ao fornecimento de medicamentos não incorporados ao SUS, tem contribuído para o aprofundamento das iniquidades no acesso à saúde. Ao favorecer indivíduos em melhores condições econômicas de acionar o Judiciário, esse fenômeno ocasiona o redirecionamento de recursos públicos das políticas universais para o atendimento de demandas individuais, em prejuízo, sobretudo, da população de baixa renda que depende exclusivamente do SUS.

O acesso desigual à via judicial por grupos socialmente vulnerabilizados mostra-se ainda mais agravado quando interseccionado com outras formas de opressão, como o racismo estrutural e as desigualdades de gênero. Essa articulação de fatores converte a judicialização em um mecanismo de injustiça distributiva, capaz de desorganizar a ordem de priorização e o atendimento da política pública de saúde estabelecida.

Diante desse cenário, impõe-se repensar a atuação judicial nesse campo, a fim de evitar que decisões individualizadas comprometam a efetividade das políticas públicas orientadas à coletividade. A adoção de critérios mais rigorosos, como aqueles fixados pela tese firmada no Tema 6 do Supremo Tribunal Federal (STF), bem como o fortalecimento dos diálogos institucionais entre os Poderes, apresentam-se como caminhos viáveis para harmonizar a proteção de direitos

fundamentais com a racionalidade administrativa, contribuindo para uma saúde pública mais equitativa e democrática.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Daniela Marques do Amaral. Defensoria Pública no Brasil: disparidades e desafios no acesso à justiça. **Revista Caribeña de Ciências Sociales**, Miami, v. 14, n. 4, p. e4529, 2025. DOI: 10.55905/rcssv14n4-009. Disponível em: <https://revistacaribena.com/ojs/index.php/rccs/article/view/4529>. Acesso em: 03 dez. 2025.
- ALSTON, Philip. **The parlous state of poverty eradication: report of the Special Rapporteur on extreme poverty and human rights (A/HRC/44/40)**. Genebra: Conselho de Direitos Humanos da ONU, 2020. Disponível em: <https://www.ohchr.org/en/documents/thematic-reports/ahrc4440-parlous-state-poverty-eradication-report-special-rapporteur>. Acesso em: 08 jul. 2025.
- ALVES, Cássio Guilherme; BITENCOURT, Caroline Müller. O direito fundamental social à saúde na Constituição de 1988: a garantia da dignidade da pessoa humana entre o Poder Judiciário e a ponderação de princípios. **Cadernos do Programa de Pós-Graduação em Direito – PPGDir/UFRGS**, Porto Alegre, v. 11, n. 3, p. 99–118, 2016. DOI: 10.22456/2317-8558.66392. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/ppgdir/article/view/66392>. Acesso em: 07 jul. 2025.
- ANJOS, Elisângela César dos Santos. **Judicialização da saúde no Brasil: uma revisão sistemática da literatura sobre o acesso a ações e serviços de saúde**. 2019. 95 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Brasília, 2019. Disponível em: https://andeps.org.br/wp-content/uploads/2022/07/ve_Elisangela_Cesar_dos_santos_ENSP_2019-Elisangela-Anjos.pdf. Acesso em: 05 jul. 2025.
- BALESTRA NETO, Otávio. A jurisprudência dos tribunais superiores e o direito à saúde – evolução rumo à racionalidade. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 87–111, 2015. p. 97. DOI: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v16i1p87-111>. Acesso em: 09 jul. 2025.
- BARROS, Erika Salviano. **Avaliação do perfil socioeconômico dos impetrantes das demandas judiciais na saúde do Estado de Pernambuco**. 2020. 51 f. Dissertação (Mestrado em Gestão e Economia da Saúde) – Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Recife, 2020. Disponível em: <https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/39373>. Acesso em: 05 jul. 2025.
- BARROSO, Luís Roberto. Da falta de efetividade à judicialização excessiva: direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros para a atuação judicial. **Revista de Direito Social**, Porto Alegre, v. 9, n. 34, p. 11-43, abr./jun. 2009. Disponível em: <https://bd.tjdft.jus.br/handle/tjdft/3043>. Acesso em: 05 jul. 2025.
- BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **ANS divulga dados de movimentação de beneficiários em agosto**. Brasília, DF: ANS, 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/numeros-do-setor/ans-divulga-dados-de-movimentacao-de-beneficiarios-em-agosto>. Acesso em: 08 dez. 2025.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 01 jul. 2025.
- BRASIL. **Decreto n.º 591, de 6 de julho de 1992**. Promulga o Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, adotado pela Assembleia Geral das Nações Unidas em 19 de

dezembro de 1966. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 7 jul. 1992. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/d0591.htm. Acesso em: 07 jul. 2025.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 01 jul. 2025.

BRASIL. Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania. **Protocolo Adicional à Convenção Americana sobre Direitos Humanos em Matéria de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais – Protocolo de San Salvador**. Adesão em 21 ago. 1996. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/atuacao-internacional/organizacao-das-nacoes-unidas-onu/relatorios-internacionais-1/protocolo-adicional-a-convencao-americana-sobre-direitos-humanos-em-materia-de-direitos-economicos-sociais-e-culturais-protocolo-de-san-salvador>. Acesso em: 07 jul. 2025.

BRASIL. **Relatório da distribuição pessoal da renda e da riqueza da população brasileira: dados do IRPF 2023**. Brasília, DF: Ministério da Fazenda, 2025. 32 p. Disponível em: <https://www.gov.br/fazenda/pt-br/central-de-conteudo/publicacoes/conjuntura-economica/estudos-economicos/2025/relatorio-distribuicao-renda-2025.pdf/view>. Acesso em: 06 dez. 2025.

BRASIL. **Relatório de gestão 2023**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024. 313 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_Integral_gestao_tcu_MS_2023.pdf. Acesso em: 07 jul. 2025.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. 1ª Turma. **Recurso em Mandado de Segurança nº 11.183/PR [1999/0083884-0]**. Relator: Ministro José Delgado. Julgado em 22 ago. 2000. Brasília, DF: STJ, 2000. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/stj/8185068>. Acesso em: 07 jul. 2025.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. **Recurso Especial nº 1.657.156/RJ (Tema 106)**. Relator: Ministro Benedito Gonçalves. Julgado em 25 abr. 2018. Brasília, DF: STJ, 2018. Disponível em: https://processo.stj.jus.br/repetitivos/temas_repetitivos/pesquisa.jsp?novaConsulta=true&tipo_pesquisa=T&cod_tema_inicial=106&cod_tema_final=106. Acesso em: 07 jul. 2025.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Recurso Extraordinário nº 566.471/RN (Tema 6 – repercussão geral)**. Relator: Ministro Marco Aurélio Mello. Julgado em: 11 mar. 2020. Brasília, DF: STF, 2020. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/jurisprudenciaRepercussao/verAndamentoProcesso.asp?incidente=2565078&numeroProcesso=566471&classeProcesso=RE&numeroTema=6>. Acesso em: 07 jul. 2025.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Voto-vista do Ministro Luís Roberto Barroso no Recurso Extraordinário n. 566.471/RN (Tema 6)**. Brasília, DF, 28 set. 2016. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/jurisprudenciaRepercussao/verAndamentoProcesso.asp?incidente=2565078&numeroProcesso=566471&classeProcesso=RE&numeroTema=6>. Acesso em: 07 jul. 2025.

BUCCI, Maria Paula Dallari. Contribuição para a redução da judicialização da saúde: uma estratégia jurídico-institucional baseada na abordagem de direito e políticas públicas. In: BUCCI, Maria Paula Dallari. **Direito administrativo e políticas públicas**. São Paulo: Saraiva, 2006. ISBN 8502035355.

BUCCI, Maria Paula Dallari; DUARTE, Clarice Seixas (org.). **Judicialização da saúde: a visão do poder executivo**. São Paulo: Saraiva, 2017. p. 31-88.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Diagnóstico da judicialização da saúde pública e suplementar / Conselho Nacional de Justiça; Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento**. Brasília, DF: CNJ, 2025. 132 p. ISBN: 978-65-5972-204-4 (Justiça Plural). Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2025/07/251105-02-cnj-pnud-diagnostico-da-judicializacao-da-saude-publica-e-suplementar-1.pdf>. Acesso em: 06 dez. 2025.

- CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Índice de acesso à justiça**. Brasília: CNJ, 2021. Disponível em: <https://bibliotecadigital.cnj.jus.br/jspui/handle/123456789/487>. Acesso em: 02 dez. 2025.
- CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Painel de Estatísticas Processuais de Direito à Saúde**. Brasília: CNJ, 2025. Disponível em: <https://justica-em-numeros.cnj.jus.br/painel-saude/>. Acesso em: 08 jul. 2025.
- COSTA, Kemily Benini; SILVA, Lia Mota e; OGATA, Marcia Niituma. A judicialização da saúde e o Sistema Único de Saúde: revisão integrativa. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, Brasília, v. 9, n. 2, p. 149–163, abr./jun. 2020. DOI: 10.17566/ciads.v9i2.635. Disponível em: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/63>. Acesso em: 05 jul. 2025.
- CRENSHAW, Kimberlé. Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: a black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory and antiracist politics. **University of Chicago Legal Forum**, Chicago, v. 1989, n. 1, p. 138-167. Disponível em: <https://chicagounbound.uchicago.edu/uclf/vol1989/iss1/8/>. Acesso em: 06 jul. 2025.
- CUNHA, Jarbas Ricardo Almeida; FARRANHA, Ana Cláudia. Judicialização da Saúde no Brasil: categorização das fases decisórias a partir do Supremo Tribunal Federal e os impactos no Sistema Único de Saúde. **Public Sciences & Policies**, v. 7, n. 1, p. 15-35, 2021. DOI: 10.33167/2184-0644.CPP2021.VVIIN1/pp.15-35. Disponível em: <https://cpp.iscsp.ulisboa.pt/index.php/capp/article/view/98>. Acesso em: 09 jul. 2025.
- DANIELS, Norman. **Just health: meeting health needs fairly**. Cambridge: Cambridge University Press, 2007. ISBN: 978-0521876322. DOI: <https://doi.org/10.1017/CBO9780511809514>.
- direitos fundamentais na perspectiva constitucional. 13. ed. rev., atual. e ampl. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2018.
- ESTEVES, Diogo; AZEVEDO, Júlio Camargo de; GONÇALVES FILHO, Edilson Santana et al. (Coords.). **Pesquisa Nacional da Defensoria Pública 2022**. Brasília: Defensoria Pública da União, 2022. ISBN 978-85-67132-09-9. Disponível em: <https://pesquisanacionaldefensoria.com.br/download/pesquisa-nacional-da-defensoria-publica-2022-eBook.pdf>. Acesso em: 07 jul. 2025.
- FERRAZ, Octávio Luiz Motta. Para equacionar a judicialização da saúde no Brasil. **Revista Direito GV**, São Paulo, v. 15, n. 3, e1934, 2019. DOI: 10.1590/2317-6172201934. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rdgv/a/tLdSQ4Ggnm4w8GSfYdcqtTy/?lang=pt>. Acesso em: 06 jul. 2025.
- FERRAZ, Octávio Luiz Motta; WANG, Daniel Wei Liang. Judicialização da saúde tem criado SUS de duas portas. **Consultor Jurídico – ConJur**, 22 jun. 2014. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2014-jun-22/judicializacao-saude-criado-sus-duas-portas/>. Acesso em: 07 jul. 2025.
- GÓMEZ-VELÁSQUEZ, Alejandro. La colaboración armónica entre poderes: un principio inherente y necesario para el constitucionalismo transformador latinoamericano. **Revista de Investigações Constitucionais**, Curitiba, v. 10, n. 2, e238, maio/ago. 2023. DOI: 10.5380/rinc.v10i2.91130. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/rinc/article/view/e238>. Acesso em: 07 jul. 2025.
- GONÇALVES, Vinícius José Corrêa. **Tribunais Multiportas: em busca de novos caminhos para a efetivação dos direitos fundamentais de acesso à justiça e à razoável duração dos processos**. 2011. 225 f. Dissertação (Mestrado em Ciência Jurídica) – Universidade Estadual do Norte do Paraná (UENP), Jacarezinho, 2011. Disponível em: <https://uenp.edu.br/pos-direito-teses-dissertacoes-defendidas/direito-dissertacoes/1912-vinicius-jose-correa-goncalves/file>. Acesso em: 06 jul. 2025.

- HACHEM, Daniel Wunder; PETHECHUST, Eloi. Supremacia judicial no constitucionalismo brasileiro: riscos à democracia e as alternativas das teorias dos diálogos constitucionais. **Revista Brasileira de Estudos Políticos**, Belo Horizonte, n. 121, p. 203-250, jul./dez. 2020. DOI: 10.9732.2020.v121.829. Disponível em: <https://pos.direito.ufmg.br/rbep/index.php/rbep/article/view/829>. Acesso em: 07 jul. 2025.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico 2022**: resultados. Rio de Janeiro: IBGE, 2023. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/22827-censo-demografico-2022.html>. Acesso em: 02 jul. 2025.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional de Saúde 2019**: atenção primária à saúde e informações antropométricas: Brasil. Rio de Janeiro: IBGE, 2020. 66 p. ISBN 978-65-87201-25-2. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=2101758>. Acesso em: 07 jul. 2025.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional de Saúde 2019**: informações sobre domicílios, acesso e utilização dos serviços de saúde: Brasil, grandes regiões e unidades da Federação. Rio de Janeiro: IBGE, 2020. 85 p. ISBN 978-65-872-0118-4. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=2101748>. Acesso em: 07 jul. 2025.
- MOREIRA, Adilson. **Tratado de Direito antidiscriminatório**. São Paulo: Editora Contracorrente, 2020. Capítulo 6.
- ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS NO BRASIL. **Quase 80% da população brasileira que depende do SUS se autodeclara negra**. Brasília, DF: ONU Brasil, 2017. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/78576-quase-80-da-popula%C3%A7%C3%A3o-brasileira-que-depende-do-sus-se-autodeclara-negra>. Acesso em: 02 dez. 2025.
- ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. Paris: ONU, 1948. Disponível em: <https://www.oas.org/dil/port/1948%20Declara%C3%A7%C3%A3o%20Universal%20dos%20Direitos%20Humanos.pdf>. Acesso em: 05 jul. 2025.
- SÁ, Edvaldo Batista de; SANTOS, Yuri Luciano; SILVA, Tatiana Dias. **Edição Censo Demográfico 2022**. Ministério da Igualdade Racial. (Informe MIR - Monitoramento e avaliação, nº 3), Brasília: DF, fev/2024. 13 p. Disponível em: <https://www.gov.br/igualdaderacial/pt-br/composicao/secretaria-de-gestao-do-sistema-nacional-de-promocao-da-igualdade-racial/diretoria-de-avaliacao-monitoramento-e-gestao-da-informacao/informativos/Informe-edicao-censo-demografico2022.pdf>. Acesso em: 05 jul. 2025.
- SABINO, Marco Antonio da Costa. **Políticas públicas, Judiciário e saúde**: limites, excessos e remédios. 2014. Tese (Doutorado em Direito) – Faculdade de Direito, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014. DOI: 10.11606/T.2.2014.tde-11022015-134309. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/2/2137/tde-11022015-134309/pt-br.php>. Acesso em: 06 jul. 2025.
- SARLET, Ingo Wolfgang. **A eficácia dos direitos fundamentais**: uma teoria geral dos SARLET, Ingo Wolfgang; FIGUEIREDO, Mariana Filchtiner. Reserva do possível, mínimo existencial e direito à saúde: Algumas aproximações. **Revista Brasileira de Direitos Fundamentais & Justiça**, [S. l.], v. 1, n. 1, p. 171–213, 2007. DOI: 10.30899/dfj.v1i1.590. Disponível em: <https://dfj.emnuvens.com.br/dfj/article/view/590>. Acesso em: 05 abr. 2025.
- SOUZA, Jorge Munhós de. **Diálogo institucional e direito à saúde**. 2011. 344 f. Dissertação (Mestrado em Direito Civil Constitucional; Direito da Cidade; Direito Internacional e Integração Econômica; Direi) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <https://www.bdt.d.uerj.br:8443/handle/1/9534>. Acesso em: 06 dez. 2025.

THERBORN, Goran. Os campos de extermínio da desigualdade. **Novos estudos**. ed. 87. p. 145-156. jul. 2010. DOI: 10.1590/S0101-33002010000200009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/nec/a/FLs4JpnhJfLvLDBjQThdrqt/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 06 jul. 2025.

VALLE, Vanice Regina Lírio do. Controle judicial de políticas públicas: sobre os riscos da vitória da semântica sobre o normativo. **Revista de Direitos Fundamentais e Democracia**, Curitiba, v. 14, n. 14, p. 387-408, jul./dez. 2013. ISSN 1982-0496. Disponível em: <https://revistaeletronicardfd.unibrazil.com.br/index.php/rdfd/article/view/420>. Acesso em: 06 jul. 2025.

VIEIRA, Fabíola Sulpino et al. **Pesquisa assistência farmacêutica no SUS: uma síntese dos principais resultados para gestores de saúde (2019-2023)**. Brasília, DF: CONASS, 2025. 72 p. ISBN 978-65-88631-44-7. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/pesquisa-assistencia-farmacutica-no-sus/>. Acesso em: 07 jul. 2025.

Como citar este artigo:

ASSIS, Alexia Caroline Gonçalves de; OLIVEIRA, Bianca de; OLIVEIRA, Thamirys Cristina Mello de. Judicialização de medicamentos não incorporados ao SUS: impactos na igualdade de acesso ao direito humano à saúde. **Revista Eletrônica do CEJUR**, Curitiba, v. 4, n. 1, p. 76-95, 2026. DOI: 10.5380/cejur.v4i1.102409.