

FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO  
Escola de Governo Professor Paulo Neves de Carvalho

Danielle Cristine Medina Ivo

A JUDICIALIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS E O IMPACTO NO ORÇAMENTO DA  
SAÚDE NO ESTADO DE MINAS GERAIS

Belo Horizonte

2025

Danielle Cristine Medina Ivo

A JUDICIALIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS E O IMPACTO NO ORÇAMENTO DA  
SAÚDE NO ESTADO DE MINAS GERAIS

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado na modalidade de monografia ao Curso de Graduação em Administração Pública da Escola de Governo Professor Paulo Neves de Carvalho da Fundação João Pinheiro, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Administração Pública.

Orientador: Silvio Ferreira Júnior

Belo Horizonte  
2025

196j

Ivo, Danielle Cristine Medina.

A judicialização de medicamentos e o impacto no orçamento da saúde no Estado de Minas Gerais / Danielle Cristine Medina Ivo. – 2025.

88 f. ; il.

Trabalho de conclusão de Curso (Bacharel em Administração Pública) – Escola de Governo Professor Paulo Neves de Carvalho, Fundação João Pinheiro, 2025.

Orientador: Prof. Dr. Silvio Ferreira Júnior.

Bibliografia: f. 75-88

1. Saúde - Orçamento - Minas Gerais. 2. Medicamento - Planejamento de saúde - Decisão Judicial. 3. Políticas públicas - Saúde - Minas Gerais. 4. Sistema Único de Saúde (SUS) - Minas Gerais.


CDU 614:336.12(815.1)

Danielle Cristine Medina Ivo

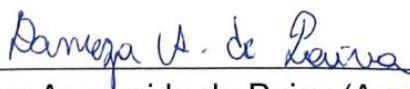
A Judicialização de Medicamentos e o Impacto no Orçamento na Saúde no  
Estado de Minas Gerais

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado ao Curso de Graduação  
em Administração Pública da Escola de  
Governos Professor Paulo Neves de  
Carvalho, da Fundação João Pinheiro,  
como requisito parcial para a obtenção  
do título de bacharel em Administração  
Pública.

**Aprovada na Banca Examinadora**



Silvio Ferreira Júnior (Orientador) – Fundação João Pinheiro



Danuza Aparecida de Paiva (Avaliador) – OGE/MG



Matheus Fernandes Figueiredo Couto (Avaliador) – AGE/MG

Belo Horizonte, 02 de dezembro de 2025

*Para Laura e Ester.*

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus pela conclusão deste ciclo.

Ao meu marido, Leonardo, e às minhas filhas, Laura e Ester, pelo amor, suporte e compreensão indispensáveis para todas as minhas realizações.

À memória de minha avó Terezinha, cuja presença segue a me inspirar.

Aos meus amigos da “Old School” — Carolina, Deivid, Diogo, Felipe e Luciana — pela parceria e por proporcionarem os melhores momentos nesta jornada.

À “Confraria do Café”, formada por amigos que vieram enriquecer a caminhada.

Aos colegas da Turma XLIV CSAP, por compartilharem esta importante etapa acadêmica.

Ao professor Silvio, orientador, pela disponibilidade, condução técnica e generosidade no compartilhamento de conhecimentos essenciais ao longo do curso e na realização desta pesquisa.

À Fundação João Pinheiro, a seus professores e funcionários, pela base formativa e pela excelência institucional que tornaram esta realização possível.

E à equipe da Assessoria Estratégica da Saúde, pela oportunidade de estágio e por me permitir conviver com profissionais que se dedicam a “tornar real o SUS ideal”.

*“Tudo começa e termina com o usuário final.”*  
(Ralph Kimball)

## RESUMO

Este trabalho analisa a judicialização da saúde em Minas Gerais, com ênfase nos impactos orçamentários decorrentes das decisões judiciais que determinam o fornecimento de medicamentos. A pesquisa parte do pressuposto de que a efetivação do direito constitucional à saúde, embora essencial, enfrenta limitações decorrentes da escassez de recursos públicos e da complexidade federativa do Sistema Único de Saúde (SUS). Por meio de abordagem descritiva e analítica, fundamentada em revisão bibliográfica, documental e análise de dados orçamentários, o estudo examina a evolução das despesas estaduais relacionadas a demandas judiciais, identificando tendências de crescimento e repercussões sobre o planejamento financeiro. O trabalho contextualiza a assistência farmacêutica no âmbito do SUS, o papel dos componentes básicos e especializados, o financiamento tripartite e a influência das decisões do Supremo Tribunal Federal (STF) na definição de critérios para o fornecimento de medicamentos. Os resultados demonstram que a judicialização, ao priorizar demandas individuais, impõe ônus expressivo ao orçamento estadual, comprometendo a previsibilidade das contas públicas e a execução de políticas estruturantes. Conclui-se que o fenômeno exige respostas institucionais articuladas, baseadas na racionalidade técnica, no diálogo interinstitucional e na qualificação das decisões judiciais, de modo a compatibilizar o direito individual à saúde com a sustentabilidade do sistema público. O estudo contribui, assim, para o aprimoramento da gestão e para o fortalecimento das políticas públicas de saúde em Minas Gerais.

**Palavras-chave:** judicialização da saúde; medicamentos; orçamento público; assistência farmacêutica.

## ABSTRACT

This study analyzes the judicialization of healthcare in Minas Gerais, focusing on the budgetary impacts of court decisions ordering the supply of medicines. The research is based on the premise that the fulfillment of the constitutional right to health, although essential, faces limitations arising from the scarcity of public resources and the federative complexity of the Unified Health System (SUS). Through a descriptive and analytical approach grounded in bibliographic review, documentary analysis, and examination of budgetary data, the study evaluates the evolution of state expenditures related to judicial demands, identifying growth trends and their implications for financial planning. It contextualizes pharmaceutical assistance within the SUS framework, addressing the roles of the basic and specialized components, the tripartite funding model, and the influence of the Federal Supreme Court (STF) decisions in establishing criteria for the judicial supply of medicines. The results show that judicialization, by prioritizing individual claims, imposes a significant burden on the state budget, compromising fiscal predictability and the execution of structural public health policies. The study concludes that this phenomenon demands coordinated institutional responses based on technical rationality, interinstitutional dialogue, and the qualification of judicial decisions, in order to reconcile the individual right to health with the sustainability of the public system. Thus, it contributes to improving management and strengthening public health policies in Minas Gerais.

**Keywords:** health judicialization; medicines; public budget; pharmaceutical assistance.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Blocos de Financiamento .....	33
Figura 2	Subsecretaria de Acesso a Serviços de Saúde .....	46
Figura 3	Organograma SES-MG .....	47

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - População residente, despesas do Orçamento Fiscal e despesas da saúde pública em Minas Gerais nos anos de 2016 a 2024 - Valores expressos em R\$1 milhão, a preços de dezembro de 2024 pelo IPCA .....	60
Tabela 2 - Despesas <i>per Capita</i> do Orçamento Fiscal e na saúde pública em Minas Gerais nos anos de 2016 a 2024 - Valores expressos em R\$1,00 real, preços de dezembro de 2024 pelo IPCA .....	61
Tabela 3 - Indicadores de desempenho da execução orçamentária relacionada à saúde pública em Minas Gerais nos anos de 2016 a 2024, com destaque para a compra de medicamentos.....	62
Tabela 4 - Estatística descritiva das quantidades de medicamentos dentre as variedades adquiridas pelo estado de Minas Gerais, decorrentes de decisão judicial, no quadriênio 2021-2024 .....	64
Tabela 5 - Estatística descritiva dos valores médios das variedades de medicamentos adquiridos pelo estado de Minas Gerais, decorrentes de decisão judicial, no quadriênio 2021-2024. Valores expressos em R\$1,00 real, a preços de dezembro de 2024 pelo IPCA .....	65
Tabela 6 - Estatística descritiva das despesas totais por variedades de medicamentos adquiridos pelo estado de Minas Gerais, decorrentes de decisão judicial, no quadriênio 2021-2024. Valores expressos em R\$1,00 real, a preços de dezembro de 2024 pelo IPCA .....	66
Tabela 7 - Coeficientes de correlação de <i>Spearman</i> entre as quantidades adquiridas, os valores médios e os valores totais de medicamentos adquiridos por força de decisões judiciais no quadriênio 2021-2024 .....	67
Tabela 8 - Coeficientes de correlação de <i>Spearman</i> entre as quantidades adquiridas, os valores médios, os valores totais e correspondentes percentuais da quantidade total adquirida e do valor total despendido de medicamentos adquiridos por força de decisões judiciais no ano de 2024 .....	68

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Blocos de Financiamento .....	33
Quadro 2 - Distribuição de Responsabilidades .....	41
Quadro 3 - Competência Jurisdicional, Custeio e Ressarcimento de Medicamentos e Insumos pelo SUS .....	43
Quadro 4 - Medicamentos com maior frequência de judicialização em Minas Gerais, 2024 .....	52
Quadro 5 - Perfil dos medicamentos com maior frequência de judicialização: Incorporação, Oferta no SUS e Demandas Judiciais, 2024 .....	53

## LISTA DE SÍMBOLOS

$<$	Menor que
$>$	Maior que
$\leq$	Menor ou igual a
$\geq$	Maior ou igual a
$e^{(\beta)}$	e elevado a $\beta$
$\rho$	Rô. Coeficiente de Correlação de <i>Spearman</i>

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<b>ADCT</b>	Ato das Disposições Constitucionais Transitórias
<b>AF</b>	Assistência Farmacêutica
<b>ACS</b>	Agentes Comunitários de Saúde
<b>ANVISA</b>	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
<b>APS</b>	Atenção Primária à Saúde
<b>ASPS</b>	Ações e Serviços Públicos de Saúde
<b>ATS</b>	Avaliações de Tecnologia em Saúde
<b>CBAF</b>	Componente Básico da Assistência Farmacêutica
<b>CEAF</b>	Componente Especializado da Assistência Farmacêutica
<b>CEME</b>	Central de Medicamentos
<b>CESAF</b>	Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica
<b>Cfamge</b>	Coordenadoria de Fiscalização e Avaliação da Macrogestão Governamental do Estado
<b>CID</b>	Classificação Internacional de Doenças
<b>CIJMG</b>	Centro de Inteligência da Justiça de Minas Gerais
<b>CIB</b>	Comissão Intergestores Bipartite
<b>CIT</b>	Comissão Intergestores Tripartite
<b>CMED</b>	Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos
<b>CNJ</b>	Conselho Nacional de Justiça
<b>CNS</b>	Conselho Nacional de Saúde

<b>Conitec</b>	Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias
<b>CPMF</b>	Contribuições Provisória sobre Movimentação Financeira
<b>DDT</b>	Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas
<b>DF</b>	Distrito Federal
<b>DPVAT</b>	Seguro de Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre
<b>e-NatJus</b>	Sistema Nacional de Pareceres e Notas Técnicas
<b>FES</b>	Fundo Estadual de Saúde
<b>FJP</b>	Fundação João Pinheiro
<b>FNS</b>	Fundo Nacional de Saúde
<b>FPE</b>	Fundo de Participação dos Estados
<b>IAPs</b>	Institutos de Aposentadorias e Pensões
<b>IBGE</b>	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
<b>ICMS</b>	Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços
<b>INPS</b>	Instituto Nacional de Previdência Social
<b>IPCA</b>	Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo
<b>IPI</b>	Imposto sobre Produtos Industrializados
<b>IPVA</b>	Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores
<b>IRRF</b>	Imposto de Renda Retido na Fonte
<b>ITCMD</b>	Imposto sobre Transmissão Causa Mortis e Doação
<b>LAI</b>	Lei de Acesso à Informação
<b>LDO</b>	Leis de Diretrizes Orçamentárias

<b>LOA</b>	Leis Orçamentárias Anuais
<b>LRF</b>	Lei de Responsabilidade Fiscal
<b>MS/GM</b>	Ministério da Saúde/Gabinete do Ministro
<b>NAT-Jus</b>	Núcleos de Apoio Técnico do Judiciário
<b>NOB</b>	Norma Operacional Básica
<b>OBZ</b>	Orçamento Base Zero
<b>OMS</b>	Organização Mundial da Saúde
<b>OSS</b>	Orçamento da Seguridade Social
<b>PAF</b>	Política de Assistência Farmacêutica
<b>PCDT</b>	Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas
<b>PF</b>	Preço de Fábrica
<b>PFB</b>	Programa de Farmácia Básica
<b>PIB</b>	Produto Interno Bruto
<b>PMC</b>	Preço Máximo ao Consumidor
<b>PMVG</b>	Preço Máximo de Venda ao Governo
<b>PNAF</b>	Política Nacional de Assistência Farmacêutica
<b>PNM</b>	Política Nacional de Medicamentos
<b>PPA</b>	Plano Plurianual
<b>PPAG</b>	Plano Plurianual de Ação Governamental
<b>PSF</b>	Programa Saúde da Família
<b>Rename</b>	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
<b>RMB</b>	Relação Nacional de Medicamentos Básicos

<b>RPNP</b>	Restos a Pagar Não Processados
<b>RPP</b>	Restos a Pagar Processados
<b>Secope</b>	Setor de Suporte Estratégico da Direção do Foro da Comarca de Belo Horizonte
<b>Seplag</b>	Secretaria de Estado de Planejamento e Gestão
<b>SES-MG</b>	Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais
<b>Siops</b>	Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde
<b>SM</b>	Salários Mínimos
<b>SPVAT</b>	Seguro Obrigatório para Proteção de Vítimas de Acidentes de Trânsito
<b>STF</b>	Supremo Tribunal Federal
<b>STJ</b>	Superior Tribunal de Justiça
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>SUS-MG</b>	Sistema Único de Saúde de Minas Gerais
<b>TCE</b>	Tribunal de Contas do Estado
<b>TCE-MG</b>	Tribunal de Contas do Estado de Minas Gerais
<b>TCU</b>	Tribunal de Contas da União
<b>TGCA</b>	Taxa Geométrica de Crescimento Anual
<b>TJMG</b>	Tribunal de Justiça de Minas Gerais

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>18</b>
<b>2</b>	<b>DA ASSISTÊNCIA FRAGMENTADA AO SUS: PRINCÍPIOS ORGANIZATIVOS, INTEGRALIDADE DO CUIDADO E DESAFIOS DE EFETIVAÇÃO</b> .....	<b>21</b>
<b>3</b>	<b>ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO SUS</b> .....	<b>23</b>
	3.1 A POLÍTICA NACIONAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA E O COMPONENTE ESPECIALIZADO.....	26
<b>4</b>	<b>RESPONSABILIDADES COMPARTILHADAS NA GESTÃO DO SUS</b> .....	<b>27</b>
	4.1 FINANCIAMENTO DA SAÚDE .....	29
	4.2 METODOLOGIA DE CÁLCULO DO ÍNDICE DE APLICAÇÃO EM AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE (ASPS).....	33
<b>5</b>	<b>CAMINHOS REGULATÓRIOS E INSTITUCIONAIS PARA O ACESSO A MEDICAMENTOS NO SUS</b> .....	<b>35</b>
	5.1 GOVERNANÇA JUDICIAL E PARÂMETROS INSTITUCIONAIS PARA A RACIONALIZAÇÃO DA JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE .....	39
	5.2 PARÂMETROS DE COMPETÊNCIA, CUSTEIO E RACIONALIDADE INSTITUCIONAL NO FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS .....	41
<b>6</b>	<b>ORGANIZAÇÃO, ORÇAMENTO E JUDICIALIZAÇÃO: O TRIÂNGULO DA GESTÃO DA SAÚDE PÚBLICA NO ESTADO DE MINAS GERAIS</b> .....	<b>44</b>
	6.1 O ORÇAMENTO EM MINAS GERAIS - DIRETRIZES, REFORMAS E SUSTENTABILIDADE FISCAL.....	48
	6.2 A JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE EM MINAS GERAIS: IMPACTOS NO ORÇAMENTO E A BUSCA POR UMA RACIONALIDADE DECISÓRIA ESTADUAL. ....	49
<b>7</b>	<b>METODOLOGIA</b> .....	<b>54</b>
	7.1 MÉTODOS DE SISTEMATIZAÇÃO E LEITURA ESTATÍSTICA DAS INFORMAÇÕES .....	57
<b>8</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÕES: EVIDÊNCIAS ORÇAMENTÁRIAS E IMPLICAÇÕES DA JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE</b> .....	<b>58</b>
<b>9</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>71</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>75</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A garantia do direito à saúde, embora constitucionalmente reconhecida como dever do Estado, confronta-se com desafios concretos relacionados à limitação de recursos públicos. A efetivação desse direito transcende as normas jurídicas, dependendo fundamentalmente de infraestrutura, pessoal qualificado, insumos suficientes e, sobretudo, de um planejamento orçamentário sólido, uma vez que sem orçamento não se faz saúde.

Nesse contexto, a Assistência Farmacêutica (AF) se destaca como uma das principais estratégias para assegurar o direito à saúde, sendo responsável por garantir o acesso a medicamentos essenciais com qualidade, segurança, eficácia e uso racional (BRASIL, 2004c). Estruturada em etapas que abrangem desde a seleção até o monitoramento (BRASIL, 2010), a AF é orientada pela Política Nacional de Medicamentos (PNM) de 1998 e pela Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) de 2004. Tais políticas reforçam os princípios do SUS e estabelecem parâmetros como a adoção da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename) (BRASIL, 1998c; BRASIL, 2004c). Contudo, a AF enfrenta dificuldades, sobretudo em razão da judicialização, definida como:

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

Abrangendo assim, um conjunto amplo de controvérsias que compreende desde solicitações de prestações de saúde a serem ofertadas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), até disputas contratuais relacionadas à cobertura assistencial ou a cobranças na saúde suplementar, além de questões correlatas ao biodireito, como litígios decorrentes de alegados erros médicos (VIEIRA, 2020).

No presente trabalho, contudo, adota-se como foco analítico a judicialização da saúde no âmbito do SUS — frequentemente denominada, no sistema de Justiça, como judicialização da saúde pública — com ênfase específica nas demandas relativas ao fornecimento de medicamentos no estado de Minas Gerais.

Esse fenômeno reflete tanto a busca pela concretização do direito constitucional, quanto as lacunas na formulação de políticas públicas e a capacidade técnica de resposta dos gestores (CHIEFFI; BARATA, 2009), sendo intensificado pela

ausência de protocolos clínicos definidos e pela desarticulação entre níveis de gestão (OLIVEIRA; BERMUDEZ, 2010).

A judicialização da saúde no Brasil tem suas raízes na expansão dos direitos fundamentais, consolidada na Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988), que estabeleceu a saúde como direito universal e dever do Estado. Desde então, o acesso ao Poder Judiciário para assegurar esse direito intensificou-se, especialmente diante das dificuldades na implementação das políticas públicas do SUS. Essa trajetória ganhou maior destaque a partir do ano 2000, com o julgamento do Agravo Regimental no Recurso Extraordinário 271.286<sup>1</sup> pelo Supremo Tribunal Federal (STF), que firmou o entendimento de que a saúde constitui um direito subjetivo passível de reconhecimento judicial (MINAS GERAIS, 2025b; GLOBAL HEALTH RIGHTS, 2015).

Esse cenário culminou em um aumento exponencial de demandas judiciais, e expôs as fragilidades no planejamento e na execução orçamentária (MINAS GERAIS, 2025b). Pois, a judicialização, ao mesmo tempo que representa o avanço no reconhecimento dos direitos fundamentais, reflete a incapacidade do sistema em atender às necessidades da população de forma equitativa e eficiente. Tal fenômeno, ainda que seja o exercício legítimo de um direito, impõe desafios práticos e éticos, pois as decisões judiciais, tipicamente focadas em demandas individuais, interferem na lógica coletiva das políticas públicas, exigindo readequações financeiras nem sempre previstas ou viáveis, o que ameaça a sustentabilidade do sistema.

Sob a ótica das políticas públicas, a judicialização pode ser compreendida como uma construção institucional e social de um problema público (CEFAÏ, 2017), que ganha contornos de "excesso" e provoca justificativas para a criação de mecanismos de resposta estatais, como fóruns, comitês técnicos e câmaras de conciliação (AZEVEDO; AITH, 2019). Deliberado por políticas tripartites, o cenário nacional também se qualifica e desenvolve mecanismos de atuação relevantes, como a audiência pública do STF de 2009, que resultou na Resolução nº 107/2010 do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), instituindo o Fórum Nacional do Judiciário para a Saúde (CNJ, 2010) e a Resolução nº 238/2016, que, posteriormente, determinou a criação dos Comitês Estaduais de Saúde para reforçar a cooperação técnica com o

---

<sup>1</sup> Disponível em: <https://www.globalhealthrights.org/wp-content/uploads/2015/03/BRAZIL-SC-2000-Rosa-Vieira-v.-Mun-Porto-Alegre-No.-271.286-8.pdf>. Acesso em: 03/11/25.

Ministério da Saúde por meio dos Núcleos de Apoio Técnico do Judiciário (NAT-Jus) (CNJ, 2016).

Além dos mecanismos institucionais, decisões recentes do Supremo Tribunal Federal (STF) também estabeleceram diretrizes jurídicas cruciais ao fornecimento de medicamentos. O Tema 6 de Repercussão Geral autorizou o fornecimento judicial de medicamentos não incorporados ao SUS, desde que atendidos requisitos como a inexistência de substituto terapêutico, a comprovação de eficácia e a incapacidade financeira do paciente (STF, 2024b). Complementarmente, o Tema 1234 estabeleceu regras sobre a responsabilidade e competência judicial para o fornecimento de medicamentos pelo SUS, especialmente os de alto custo e não padronizados, por meio de acordos interfederativos homologados pela Corte, visando aprimorar a organização e a responsabilidade financeira entre os entes federados diante da crescente demanda. (STF, 2024c).

Nesse contexto, a judicialização da saúde se configura como um desafio significativo à capacidade do Estado de dar continuidade a prestação dos serviços essenciais à população e de manter o equilíbrio entre direitos individuais e coletivos, para execução de políticas preventivas e estruturantes (SOUSA, 2023; BRASIL, 2025e). Portanto, torna-se fundamental investigar os efeitos financeiros da judicialização da saúde, com especial atenção ao cenário estadual.

Embora o foco recaia sobre as pressões fiscais, a investigação reconhece a complexidade inerente ao tema, que exige o equilíbrio entre a garantia constitucional do direito individual à saúde e a alocação eficiente dos recursos públicos, essenciais para a saúde coletiva. Esse contraste aponta para um deslocamento gradativo do protagonismo do Executivo estatal no planejamento das ações relacionadas ao fornecimento de medicamentos, com o Poder Judiciário passando a influenciar, de maneira significativa, na alocação de recursos, refletindo fragilidades na assistência farmacêutica e impondo ao Executivo desafios adicionais para equilibrar a sustentabilidade financeira com o atendimento às necessidades da população.

Neste cenário de fragilidade e alocação indireta de recursos, a hipótese central deste estudo sustenta que a dinâmica desse fenômeno ocasiona um ônus financeiro significativo e mensurável no orçamento estadual. Dessa forma, o objetivo central desta pesquisa é quantificar e analisar a evolução desse impacto orçamentário no SUS-MG, por meio de dados temporais de despesas e volumes de medicamentos

judicializados, visto que essa dinâmica de custeio limita a capacidade do Estado de planejar e executar políticas públicas de saúde.

O trabalho se propõe a descrever, em um primeiro momento, os fundamentos históricos, normativos e organizacionais que estruturam o Sistema Único de Saúde e a Assistência Farmacêutica, contextualizando a judicialização como reflexo das limitações e potencialidades do modelo público vigente. Posteriormente, apresenta-se a metodologia empregada, detalhando as fontes de dados, os procedimentos estatísticos e os critérios adotados para a mensuração do impacto orçamentário. Na sequência, são expostos e discutidos os resultados obtidos, com base em indicadores fiscais e financeiros que evidenciam as tendências de crescimento das despesas judicializadas e suas correlações com a execução orçamentária da saúde. Por fim, as considerações finais integram as dimensões jurídica, financeira e administrativa da análise, permitindo visualizar de forma ampla as implicações da judicialização para o planejamento estatal, a eficiência do gasto público e a efetividade do direito à saúde.

Espera-se, assim, que o estudo contribua para o aprimoramento das políticas públicas e sirva para subsidiar gestores, operadores do direito e formuladores de políticas na construção de soluções mais equitativas e sustentáveis, no âmbito da gestão da saúde em Minas Gerais, fundamento que orienta e legitima a realização do presente estudo.

## **2 DA ASSISTÊNCIA FRAGMENTADA AO SUS: PRINCÍPIOS ORGANIZATIVOS, INTEGRALIDADE DO CUIDADO E DESAFIOS DE EFETIVAÇÃO**

A consagração do direito à saúde na Constituição de 1988 resultou de um processo de mobilização iniciado nos anos 1970, que reuniu vários setores sociais. Apesar das divergências de interesses, a articulação desses atores foi decisiva e teve como marco a 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, onde se definiram os contornos do atual artigo 196 e as bases de um novo modelo de atenção:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e **ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.** (Brasil, 1988, art. 196. Grifo nosso).

Mas, nem sempre foi assim. Durante o regime militar, o sistema de saúde era restritivo. Em 1966, o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) passou a unificar os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), mas sua cobertura limitava-se a trabalhadores urbanos formais, deixando grande parte da população dependente de serviços filantrópicos ou privados. Em 1990, o INPS foi extinto e suas funções absorvidas pelo INSS (SCOREL, 2012). Nesse período, consolidava-se um modelo médico-hegemônico, curativo e individualista, voltado à especialização e ao fortalecimento do complexo médico-industrial (MELO, 2017). Assim, a atenção primária e a saúde pública foram relegadas a segundo plano, com investimentos reduzidos — cerca de 2% do PIB, segundo Ponte (2010a *apud* SCOREL, 2012) — mantendo-se apenas o desenvolvimento de programas isolados, como as imunizações e o combate à tuberculose (PAIM, 2012).

Diante desse quadro, emergiu o movimento sanitarista, que defendeu a saúde como direito de cidadania e resultou na criação do Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado pela Lei nº 8.080/1990, com base nos princípios de universalidade, igualdade, integralidade, descentralização e participação social (BRASIL, 1990). A universalidade rompeu com o modelo contributivo, garantindo acesso a todos (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1996 *apud* SCOREL, 2012). A igualdade assegurou esse acesso em bases equânimes, enquanto a integralidade definiu o conjunto articulado de ações preventivas e curativas nos diferentes níveis de complexidade (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2012), em uma abordagem biopsicossocial, contínua no cuidado e baseada em políticas intersetoriais (PAIM, 2012).

Para dar sustentação a esses princípios, o Decreto nº 7.508/2011 (BRASIL, 2011a) regulamentou a organização do SUS em redes de atenção para assegurar a continuidade do cuidado, consolidando a Atenção Primária à Saúde (APS) como a porta de entrada e coordenadora das ações (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2012). Neste cenário, o acesso a AF, objeto dessa investigação, quando plenamente integrada à APS, transformou a unidade de saúde no ponto central para o acesso seguro e o uso racional de medicamentos, garantindo, assim, a integralidade e a resolutividade do cuidado ao paciente.

Entretanto, a abrangência desse princípio foi posteriormente regulamentada pela Lei nº 12.401/2011, que limitou a assistência terapêutica a medicamentos e procedimentos já incorporados ao SUS, afastando do ente federativo a

obrigatoriedade de fornecer qualquer tratamento disponível no mercado (BRASIL, 2011c). Essa interpretação, que estabelece um contraponto à integralidade irrestrita, já havia sido utilizada pelo STF na STA nº 175/2010<sup>2</sup>. Na ocasião, destacou-se que o direito à saúde corresponde preferencialmente ao acesso aos tratamentos instituídos pela ANVISA, e não a tratamentos indiscriminados.

Ademais, não se pode esquecer de que a gestão do Sistema Único de Saúde, obrigado a observar o princípio constitucional do acesso universal e igualitário às ações e prestações de saúde, só torna-se viável mediante a elaboração de políticas públicas que repartam os recursos (naturalmente escassos) da forma mais eficiente possível. Obrigar a rede pública a financiar toda e qualquer ação e prestação de saúde existente geraria grave lesão à ordem administrativa e levaria ao comprometimento do SUS, de modo a prejudicar ainda mais o atendimento médico da parcela da população mais necessitada. Dessa forma, podemos concluir que, em geral, deverá ser privilegiado o tratamento fornecido pelo SUS em detrimento de opção diversa escolhida pelo paciente, sempre que não for comprovada a ineficácia ou a impropriedade da política de saúde existente. (STF, 2010 p. 22)

Outrossim, a Constituição de 1988 também consolidou os princípios organizativos da descentralização e da participação social como eixos estruturantes do SUS, reforçando a gestão federativa e o controle social. Esses princípios refletiram uma concepção ampliada de saúde, vinculada às condições de vida da população e dependência de ações articuladas entre diferentes setores e entes federados (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2012), de modo a assegurar políticas integradas capazes de promover sua efetiva materialização.

### **3 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO SUS**

A Política de Assistência Farmacêutica (PAF) no Brasil possui um histórico consolidado que antecede tanto a Constituição Federal de 1988 quanto a Lei nº 8.080/90 (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990). Seus primeiros marcos foram estabelecidos ainda na década de 1960, com a elaboração da Relação Básica e Prioritária de Produtos Biológicos e Materiais de Uso Farmacêutico Humano e Veterinário. Esta medida demonstrou um caráter pioneiro em âmbito internacional, visto que foi implementada antes mesmo das recomendações oficiais emitidas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre o tema, na década de 1970 (MELO, 2017).

---

<sup>2</sup> <https://www.stf.jus.br/arquivo/cms/noticiario/stf/anexo/sta175.pdf> - Aceso em 6 out. 2025.

O passo seguinte ocorreu em 1971, com a criação da Central de Medicamentos (CEME), órgão responsável pelo planejamento e pela aquisição centralizada de medicamentos em todo o país. Seu objetivo principal era ampliar o acesso da população de baixa renda a medicamentos essenciais e fomentar a pesquisa e o desenvolvimento científico no setor farmacêutico. Entre suas funções estavam o levantamento epidemiológico, a avaliação da produção nacional, a racionalização das categorias de medicamentos e a coordenação da distribuição em escala nacional (MELO, 2017).

Já em 1976, tem-se aprovada a Relação Nacional de Medicamentos Básicos (RMB), posteriormente renomeada como Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename) em 1982. Com a criação do SUS e a promulgação da Lei nº 8.080/90, a política de medicamentos ganha abrangência ao se apoiar nos princípios da universalidade e da integralidade e transforma a assistência farmacêutica em direito de todos os cidadãos, atribuindo ao SUS a responsabilidade de garantir a assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica, além de estimular o desenvolvimento científico e tecnológico na área da saúde (BRASIL, 1990).

Durante as décadas de 1980 e 1990, a CEME estruturou programas importantes, como o Programa de Farmácia Básica (PFB), instituído em 1987, que buscava racionalizar a distribuição de medicamentos essenciais com base na Rename (CONSENDEY *et al.*, 2000 *apud* MELO, 2017). Contudo, em 1997, a CEME foi extinta, e suas funções foram absorvidas pelo Ministério da Saúde e pelos entes federativos. Esse processo, aliado à Norma Operacional Básica nº 01/1996, aprovado pela Portaria nº 2.203 de 1996, redefiniu o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde, que se torna, portanto, um instrumento essencial para viabilizar a atenção integral à saúde da população e regular as relações entre as três esferas de gestão do Sistema (BRASIL, 1996b). Essa reformulação levou a Assistência Farmacêutica, a ser orientada pelos princípios da descentralização, fortalecimento da produção estatal, aprimoramento das aquisições e maior intervenção no mercado (SIMÕES, 2015).

Como desdobramento, em 1998 foi instituída a Política Nacional de Medicamentos (PNM), considerada o primeiro posicionamento governamental amplo sobre o tema no contexto da reforma sanitária. Inspirada nas orientações da OMS, a PNM tinha como meta assegurar qualidade, eficácia e segurança, além de promover o uso racional de medicamentos e ampliar o acesso da população aos essenciais.

Entre suas diretrizes estavam a revisão periódica da Rename, o fortalecimento da regulação sanitária, o estímulo à pesquisa, a capacitação profissional e a reorientação da assistência farmacêutica (OLIVEIRA *et al.*, 2006 *apud* MELO, 2017).

No ano seguinte, a Rename foi revista de forma significativa, consolidando-se como referência para orientar tanto a produção farmacêutica nacional quanto as listas estaduais e municipais, adequadas aos perfis epidemiológicos regionais (SIMÕES, 2015). Também em 1999 foi criada a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), responsável pelo registro de medicamentos e pela fiscalização da indústria, inclusive dos laboratórios oficiais.

A partir dos anos 2000, intensificaram-se as ações para fortalecer a produção nacional e ampliar o acesso, destacando-se o ano de 2004 com a criação do Fórum de Competitividade da Cadeia Produtiva Farmacêutica, que buscava estimular o desenvolvimento interno, e atender aqueles que não tinham condições de comprar medicamentos no setor privado, dependendo exclusivamente do SUS (RODRIGUES, 2015). Ainda em 2004, foi implementada a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) - Resolução nº 338/04 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que sistematizou diretrizes para a aquisição, distribuição e acesso a medicamentos da atenção básica, estratégicos e de alto custo. Seus eixos incluíam a ampliação do acesso, o fortalecimento do financiamento, o incentivo à produção pública, a promoção do desenvolvimento tecnológico, a qualificação da assistência e o aprimoramento regulatório (BRASIL, 2004a).

Por fim, em 2006, a assistência farmacêutica foi consolidada como um dos blocos de financiamento do SUS, no âmbito do Pacto pela Saúde - Portarias MS/GM nº 399/2006 e nº 699/2006. Essa mudança fortaleceu sua integração às demais ações do sistema e reafirmou a assistência farmacêutica como componente essencial da política nacional de saúde. (BRASIL, 2006a; 2006b).

Em síntese, a trajetória da assistência farmacêutica no Brasil revela um processo de crescente institucionalização, marcado pela ampliação do acesso, pela padronização da Rename e pela criação de estruturas regulatórias como a Anvisa. Ao mesmo tempo, evidencia as tensões entre a necessidade de universalização e os limites orçamentários do sistema.

### **3.1 A Política Nacional de Assistência Farmacêutica e o Componente Especializado**

A Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), aprovada em 2004, consolidou o medicamento como insumo essencial e componente do direito à saúde, reafirmando os princípios de universalidade, integralidade e equidade do SUS. Ao superar a visão restrita de fornecimento e logística, a PNAF passou a compreender a assistência farmacêutica como processo estruturante, que envolve desde a seleção de medicamentos até a avaliação de resultados em saúde (BRASIL, 2004a).

Nesse arranjo, a política estruturou três componentes: o básico, voltado a medicamentos essenciais para a Atenção Primária, com gestão compartilhada entre União, Estados e Municípios; o estratégico, destinado a doenças de relevância coletiva, como tuberculose, hanseníase, malária e HIV/AIDS, adquirido centralmente pelo Ministério da Saúde; e o especializado, criado em 1999 - responsável por garantir a integralidade do tratamento medicamentoso em nível ambulatorial - constituído por medicamentos de alto custo, uso contínuo e doenças raras, cuja dispensação segue critérios clínicos definidos em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) (BRASIL, 2025d).

No âmbito da assistência farmacêutica, o Componente Especializado representa o segmento mais vulnerável à judicialização. Isso se deve ao fato de que ele concentra medicamentos de elevado valor unitário e de incorporação tecnológica recente. Nesse sentido, PCDT buscam garantir racionalidade ao acesso, padronizando diagnósticos, esquemas terapêuticos e parâmetros de acompanhamento. No entanto, decisões judiciais frequentemente desconsideram esses critérios, determinando o fornecimento de medicamentos fora das listas oficiais, impactando o orçamento público (MELO, 2017). Essa dinâmica configura um espaço de maior tensão entre o direito individual à saúde e a racionalidade coletiva do SUS, evidenciando a falta de equilíbrio entre o acesso equitativo e a viabilidade orçamentária do sistema.

Atualmente, o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) contempla 105 condições clínicas e disponibiliza 173 fármacos em 325 apresentações farmacêuticas, cuja oferta resulta de pactuação na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), envolvendo a União, os Estados e os Municípios. Esses medicamentos estão

distribuídos em três grupos: Grupo 1A, com 91 medicamentos em 157 apresentações; Grupo 1B, com 33 medicamentos em 68 apresentações; e Grupo 2, com 52 medicamentos em 100 apresentações. A organização em grupos visa padronizar a gestão, definir responsabilidades federativas e ampliar o acesso a terapias de maior complexidade (BRASIL, 2025b).

Todos os medicamentos do CEAF, bem como seus respectivos grupos e os PCDT correspondentes, encontram-se disponíveis para consulta na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais<sup>3</sup> (Rename), documento oficial que orienta a política pública de acesso a medicamentos no país (BRASIL, 2024b).

#### **4 RESPONSABILIDADES COMPARTILHADAS NA GESTÃO DO SUS**

A delimitação das responsabilidades de cada ente federativo na gestão do SUS constitui aspecto central para compreender os impactos da judicialização sobre essa política pública. Isso porque, na prática, as decisões judiciais frequentemente se apoiam na noção de responsabilidade solidária entre União, Estados e Municípios, permitindo que qualquer um deles seja acionado judicialmente para garantir determinado tratamento ou serviço de saúde. Embora tais decisões se fundamentem no artigo 23 da Constituição, que prevê competência administrativa comum dos entes em matéria de saúde (BRASIL, 1988), esse raciocínio ignora o esforço legislativo e infraconstitucional voltado à definição de normas específicas de organização do SUS. Assim, o simples apelo à solidariedade, sem observar a repartição de responsabilidades, compromete a lógica e a operacionalização do sistema. Desse modo, essa interpretação simplificada do arranjo constitucional e legal que estrutura o SUS pode desorganizar a política pública e enfraquecer o princípio da eficiência previsto no artigo 37 da Constituição de 1988 (BRASIL, 1988).

É fundamental destacar que as regras de distribuição de competências não têm caráter meramente burocrático, mas sim estruturante. Em um país de dimensões continentais e marcado por desigualdades regionais, como o Brasil, seria inviável uma política de saúde baseada apenas em disposições constitucionais gerais. Por essa razão, a legislação infraconstitucional buscou detalhar funções e atribuições específicas, complementando a Constituição e permitindo a efetividade da política.

---

<sup>3</sup> <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sectics/rename> - Acesso em: 10 out. 2025.

Nesse sentido, a saúde deve ser entendida como um direito fundamental de eficácia limitada, cuja plena aplicação depende de regulamentação legislativa (AMARAL e COSTA, 2015).

O descumprimento dessa repartição de competências, além de gerar distorções operacionais, pode incentivar a omissão de gestores públicos. Municípios que deixam de ofertar serviços de sua responsabilidade acabam utilizando a responsabilidade solidária como argumento para transferir atribuições aos Estados ou à União. Essa dinâmica, muitas vezes respaldada pelo Judiciário, gera desigualdades tanto entre os entes federativos quanto entre os cidadãos, favorecendo aqueles que conseguem acessar o sistema de justiça em detrimento da universalidade prevista no SUS. (MELO, 2017)

Dessa forma, o acesso a judicialização pode transformar-se em um instrumento de distorção da política pública: em vez de assegurar acesso equitativo e generalizado, tende a promover atendimentos pontuais e individualizados, beneficiando pessoas com maior capacidade financeira e informacional para acionar o Judiciário. Como resultado, corre-se o risco de se instaurar uma política paralela e desigual, que privilegia indivíduos e entes federativos em detrimento de outros.

No plano normativo, a União exerce papel predominante na coordenação e regulamentação do sistema em âmbito nacional, além de prestar cooperação técnica e financeira aos demais entes. Sua execução direta ocorre em áreas estratégicas, conforme previsto no artigo 16, parágrafo primeiro, da Lei nº 8.080/1990, como na ocorrência de agravos inusitados à saúde, que possam escapar do controle da direção estadual do SUS ou que representem risco de disseminação nacional (BRASIL, 1990).

Os Estados, por sua vez, têm a responsabilidade de planejar e organizar os sistemas regionais de saúde, além de prestar cooperação técnica e financeira aos Municípios. Sua atuação executiva concentra-se em serviços de referência regional, em atividades de vigilância de maior complexidade e em situações de omissão municipal.

Já aos Municípios cabe a função de gerir o sistema local de saúde, coordenando a execução dos serviços, regulando os prestadores privados e assegurando a Atenção Primária à Saúde, considerada a base do SUS (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2012).

A definição mais clara dessas responsabilidades foi consolidada pela Norma Operacional Básica (NOB) de 1996, que permitiu o fortalecimento e a expansão do modelo de atenção focado no Programa Saúde da Família (PSF) e na atuação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Essa normativa reafirmou que o financiamento da saúde é solidário entre os entes, mas delimitou que a execução das políticas deve respeitar a repartição de atribuições, preservando o equilíbrio e a coerência do sistema, com ênfase na atenção primária (BRASIL, 1996b).

#### **4.1 Financiamento da Saúde**

No contexto do financiamento do SUS, é fundamental compreender que a saúde, dada sua relevância econômica, também pode ser objeto de mercantilização. Por esse motivo, a Constituição, em seu artigo 197, (BRASIL, 1988) estabelece que cabe ao Poder Público a regulamentação, fiscalização e controle integral desses serviços, ainda que executados por terceiros. Dessa forma, a atuação estatal torna-se indispensável para assegurar que a prestação da saúde, seja diretamente pelo Estado ou por entes privados, não se submeta às lógicas de mercado, preservando seu caráter de direito social.

Nesse sentido, desde a promulgação da Constituição de 1988, as regras de composição orçamentária da saúde passaram por diversas alterações. Inicialmente, o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT), art.55, determinava que 30% do Orçamento da Seguridade Social (OSS) seriam destinados ao setor. Além disso, o artigo 198 da Constituição Federal de 1988, em seu parágrafo único - renumerado para § 1º pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000 - estabelecia que todas as esferas federativas participariam do financiamento do sistema, ainda que sem definir percentuais específicos. Na prática, nos primeiros anos de implementação do SUS, a União concentrou a maior parte do financiamento, respondendo por cerca de 75% dos recursos do sistema (UGÁ *et al.*, 2012).

Com vistas à operacionalização dos recursos destinados à saúde, foi instituído O Fundo Nacional de Saúde - FNS, pelo Decreto no 64.867, de 24 de julho de 1969, posteriormente reorganizado pelo Decreto nº 806, de 24 de abril de 1993, e reestruturado pelo Decreto no 3.964, de 10 de outubro de 2001, vigente. Esse fundo foi organizado de acordo com as diretrizes e objetivos do Sistema Único de Saúde, e

concebido como unidade fundamental para a administração orçamentária, financeira e contábil, abrangendo os órgãos e entidades da administração direta e indireta que o integram (BRASIL, 1969; 1993; 2001). O FNS consolidou sua estrutura atual de acordo com as diretrizes de modernização da gestão pública e de fortalecimento da *accountability* no setor da saúde.

O FNS tem como propósito assegurar a transparência e a correta aplicação dos recursos públicos, desempenhando funções de fiscalização, controle e avaliação do acompanhamento dos valores transferidos ao sistema, de modo a garantir sua plena integração ao Sistema Nacional de Controle e Avaliação do Ministério da Saúde. Sua missão consiste em contribuir para o fortalecimento da cidadania por meio da melhoria contínua do financiamento das ações de saúde, além de criar mecanismos de transparência que permitam à sociedade o acesso a informações sobre custeio, investimentos e financiamentos realizados no âmbito do SUS. (BRASIL, 2020a).

A gestão do FNS, sob supervisão da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde, é realizada com base no Plano Nacional de Saúde e no Planejamento Anual do Ministério, em consonância com os Orçamentos Anuais, as Diretrizes Orçamentárias e os Planos Plurianuais. Os valores alocados são transferidos de forma descentralizada a Estados, Municípios e Distrito Federal, de modo que esses entes executem ações e serviços de saúde, além de investirem na rede de cobertura assistencial e hospitalar. Essas transferências ocorrem por diferentes modalidades, como Fundo a Fundo, Convênios, Contratos de Repasses e Termos de Cooperação (BRASIL, 2020a).

No que se refere às fontes de receita que compõem o financiamento do SUS, historicamente, destacava-se a destinação de parte dos recursos provenientes do Seguro de Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre (DPVAT), vinculada ao custeio do atendimento às vítimas de acidentes de trânsito, conforme previsto no Decreto nº 2.867/1998 e na Lei nº 8.212/1991 (BRASIL, 1998a, 1991). Embora a cobrança desse seguro tenha sido suspensa e posteriormente substituída pelo Seguro Obrigatório para Proteção de Vítimas de Acidentes de Trânsito (SPVAT), ainda não completamente operacionalizado, instituído pela Lei nº 14.544/2023, (BRASIL, 2023c) o reconhecimento da necessidade de vincular recursos específicos para o tratamento de traumas decorrentes de acidentes permanece um ponto relevante no debate sobre o financiamento da saúde pública.

Adicionalmente, integram o financiamento do SUS os valores aplicados pela União, pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos Municípios, em conformidade com a Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, (BRASIL, 2012) e com a Emenda Constitucional nº 29/2000, (BRASIL, 2000a) que fixou percentuais mínimos obrigatórios de aplicação anual em Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS). De acordo com a legislação, os Municípios e o Distrito Federal (na base municipal) devem aplicar, no mínimo, 15% de sua arrecadação de impostos, enquanto os Estados devem aplicar, no mínimo, 12%. No caso da União, a regra de cálculo foi alterada pela Emenda Constitucional nº 95/2016, que revogou o critério de correção pelo Produto Interno Bruto (PIB) e instituiu a atualização anual do piso federal pela variação nominal do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) (BRASIL, 2016).

As receitas dos Estados, objeto deste estudo, correspondem ao conjunto de recursos que compõem sua arrecadação e são formadas, principalmente, pelos impostos estaduais — como o Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS), o Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores (IPVA) e o Imposto sobre Transmissão Causa Mortis e Doação (ITCMD). Além disso, integram o orçamento estadual as transferências da União, a exemplo da cota-parte do Fundo de Participação dos Estados (FPE), da cota-parte do IPI-Exportação (BARBOSA; CARMO; MANGUALDE, 2023) e das compensações previstas na Lei Complementar nº 87/1996 (Lei Kandir) (BRASIL, 1996a). Outro componente relevante da receita estadual é o Imposto de Renda Retido na Fonte (IRRF), recolhido sobre a remuneração paga aos servidores públicos estaduais, somando-se a outras receitas correntes, como a arrecadação da dívida ativa, multas tributárias, juros de mora e correções monetárias incidentes sobre tributos devidos.

Contudo, parcela desses valores arrecadados pelos Estados deve ser repassada, de forma constitucional e legal, aos Municípios. Entre as transferências obrigatórias, a Emenda Constitucional nº 132/2023 destaca: 25% da arrecadação do ICMS, 50% do IPVA e 25% da cota-parte do IPI-Exportação. Somente após a realização desses repasses é possível definir a receita líquida disponível aos Estados para a execução de suas políticas públicas, inclusive na área da saúde (BRASIL, 1988, 2023b).

É justamente sobre esse montante que incide a obrigação constitucional de aplicação mínima em saúde. Dessa forma, o financiamento da saúde estadual está

diretamente vinculado à arrecadação efetiva dos entes federados, tornando-se proporcional à sua capacidade de gerar receitas e receber repasses federais.

Soma-se a essas fontes o ressarcimento efetuado por operadoras de planos de saúde, nos termos da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, em relação a serviços prestados a beneficiários em instituições públicas ou privadas conveniadas ao SUS (BRASIL, 1998b).

Todavia, durante a década de 1990, o financiamento da saúde sofreu retrações em razão dos ajustes fiscais e da dependência de contribuições temporárias, como a Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF) (OCKÉ-REIS; RIBEIRO; PIOLA, 2001). Mais recentemente, em 2022, o governo de Minas reduziu o ICMS de combustíveis, energia e comunicações para 18%, pelo decreto Estadual nº 48456/2022, (MINAS GERAIS, 2022a) em cumprimento à Lei Federal, o que implicou perda anual de arrecadação estadual. Essa diminuição de receitas comprometeu a capacidade de investimento em políticas públicas essenciais, como saúde e educação (MINAS GERAIS, 2023e).

Dessa maneira, o arranjo de descentralização do financiamento e a vinculação permanente de recursos mínimos, produz efeitos significativos na consolidação do SUS e fortalece sua base de sustentação financeira, garantindo maior estabilidade ao direito à saúde no Brasil frente as ameaças fiscais inerentes à gestão pública.

Com vistas a otimizar a governança e garantir a transparência na aplicação dos recursos, o repasse financeiro da União para Estados, Municípios e ao Distrito Federal, no âmbito do SUS, é realizado por meio de blocos de financiamento (*Figura 1*), cada um destinado a um conjunto específico de ações e serviços, dispostos na Portaria nº 828, de 17 de abril de 2020 (*Quadro 1*). A aplicação desses recursos deve obedecer à finalidade original do repasse, mas é assegurada certa flexibilidade e autonomia financeira aos entes federativos, desde que respeitada a Lei Orçamentária. Assim, os valores podem ser utilizados a qualquer momento, de forma parcial ou integral, ao longo do exercício, o que viabiliza o fluxo financeiro anual e fortalece os instrumentos de planejamento e orçamento. Cabe aos gestores a responsabilidade pelas informações apresentadas no Relatório Anual de Gestão, posteriormente analisado pelo respectivo Conselho de Saúde. Dessa maneira, busca-se garantir que os recursos sejam aplicados com maior eficiência nas ações e serviços públicos de saúde. (BRASIL, 2020b)

Figura 1 - Blocos de Financiamento



Fonte: BRASIL (2020a).

Quadro 1 - Blocos de Financiamento

Blocos de Financiamento	Natureza do Gasto (Objetivo Finalístico)	Áreas de Aplicação e Serviços Públicos de Saúde
I. Bloco de Manutenção	Custeio e Continuidade: Recursos destinados à garantia das condições de oferta e à continuidade da prestação das ações e serviços públicos de saúde.	Atenção Primária Atenção Especializada Assistência Farmacêutica
II. Bloco de Estruturação	Investimento e Expansão: Recursos destinados à criação de capacidade instalada, modernização e expansão da Rede de Serviços Públicos de Saúde.	Vigilância em Saúde Gestão do SUS

Fonte: Elaboração própria, baseado em Brasil (2020a).

## 4.2 Metodologia de Cálculo do Índice de Aplicação em Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS)

Após a análise sobre o financiamento da saúde, torna-se necessário compreender como se dá a apuração do Índice de Aplicação em Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS), instrumento que permite avaliar o cumprimento do percentual mínimo constitucional destinado ao setor. A metodologia de cálculo está

regulamentada pela Lei Complementar nº 141/2012, especialmente em seu art. 24, §§ 1º e 2º, que determina a inclusão das despesas liquidadas e pagas no exercício, bem como das empenhadas e não liquidadas com disponibilidade de caixa, prevendo que em caso de cancelamento ou prescrição de restos a pagar, seja feita a reaplicação dos valores até o encerramento do exercício seguinte (BRASIL, 2012).

Porém, até 2018, o Tribunal de Contas do Estado de Minas Gerais (TCE-MG), em caráter excepcional, incluía no cálculo os restos a pagar processados (RPP) e não processados (RPNP) sem disponibilidade de caixa. Contudo, o cancelamento recorrente desses valores sem compensação posterior, comprometeu a confiabilidade do indicador. Diante disso, o TCE-MG revisou sua metodologia e consolidou análises e planos de ação referentes aos exercícios de 2017 a 2020 (MINAS GERAIS, 2022b), e a partir de 2019, passou a excluir do cálculo os RPNP sem cobertura financeira, computando apenas os pagamentos efetivos. E em 2022, o mesmo critério passou a abranger também os RPP, conforme o Relatório Técnico das Contas Governamentais, exercício 2022 (MINAS GERAIS, 2022b; 2023e).

Assim, consolidou-se esse entendimento, definindo que apenas as despesas empenhadas, liquidadas e pagas, ou inscritas com disponibilidade financeira, podem ser consideradas no índice (MINAS GERAIS, 2016; 2022b).

*As despesas com Ações e Serviços Públicos de Saúde inscritas em Restos a Pagar ao final de cada exercício, sem disponibilidade financeira, cujo direito do credor já foi verificado ou que se encontre em fase de verificação, não podem ser canceladas, salvo se extintas as respectivas obrigações junto aos credores, e devem ser computadas no exercício em que forem pagas, para fins de cálculo do percentual mínimo a que se refere o art. 7º da Lei Complementar n. 141/12 (MINAS GERAIS, 2022, p.327).*

Dessa forma, os RPP sem lastro financeiro, que antes eram contabilizados no momento da inscrição, passam a ser registrados apenas quando houver o pagamento, estimulando a finalização do rito da despesa. Já os RPNP sem cobertura financeira, conforme essa metodologia, serão igualmente contabilizados por ocasião do pagamento, preservando a lógica de incentivo à efetiva execução do gasto. (MINAS GERAIS, 2022b).

A evolução dessa metodologia evidencia um processo contínuo de aperfeiçoamento técnico e normativo, que fortalece o controle dos gastos públicos e assegura maior transparência na aplicação dos recursos destinados à saúde,

alinhando o cálculo do ASPS aos princípios constitucionais da responsabilidade fiscal e ao financiamento adequado do Sistema Único de Saúde.

Nesse contexto, compreender a dinâmica orçamentária torna-se indispensável, uma vez que é por meio dela que se materializa o planejamento plurianual e a execução das políticas públicas no setor, respeitadas as orientações da Lei de Diretrizes Orçamentária (LDO) e da Lei Orçamentária Anual (LOA) dos anos correspondentes ao seu exercício. O orçamento público é o principal instrumento pelo qual o Estado não apenas planeja e executa suas receitas e despesas, mas também cumpre ordens judiciais que impõem gastos imprevistos, como a aquisição de medicamentos e tratamentos especializados (GIACOMONI, 2023).

Em Minas Gerais, a saúde financeira enfrenta desafios significativos, marcados por altos níveis de endividamento e déficits fiscais, o que exige rigor na gestão orçamentária para equilibrar as contas e assegurar a sustentabilidade fiscal (REZENDE, 2023). Dessa forma, a articulação eficiente entre planejamento e execução orçamentária revela-se essencial para garantir a viabilidade das políticas públicas e o cumprimento das responsabilidades constitucionais.

## **5 CAMINHOS REGULATÓRIOS E INSTITUCIONAIS PARA O ACESSO A MEDICAMENTOS NO SUS**

A garantia do acesso a medicamentos no SUS depende de um conjunto estruturado de etapas regulatórias, econômicas e clínicas que conformam os caminhos institucionais percorridos até que um fármaco esteja efetivamente disponível aos usuários. A primeira delas diz respeito à regulação de preços, conduzida pela Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED), responsável por definir limites máximos para valores praticados por laboratórios, distribuidores, farmácias e drogarias.

Essa política de controle de custos, busca promover transparência, evitar abusos de mercado e conferir previsibilidade ao gasto público. Para tanto, a lista oficial de preços, publicada mensalmente no portal da Anvisa, deve ser também disponibilizada pelos estabelecimentos varejistas. Enquanto o varejo segue o Preço Máximo ao Consumidor (PMC), em paralelo, as aquisições governamentais — inclusive quando decorrentes de decisões judiciais — obedecem ao Preço Máximo de

Venda ao Governo (PMVG), equivalente ao preço de fábrica acrescido do desconto obrigatório (BRASIL, 2023a). Assim, a regulação econômica constitui o primeiro mecanismo de ordenação do mercado e de proteção ao orçamento da saúde.

Entretanto, o controle de preços não esgota o processo de acesso, que depende igualmente da análise sanitária. O registro concedido pela Anvisa, autorizando a comercialização do medicamento no território nacional, atesta segurança, eficácia e qualidade e define uma etapa essencial do fornecimento. Todavia, o registro não implica oferta automática pelo SUS. A próxima etapa, de caráter estritamente técnico e também orçamentário, é conduzida pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias (Conitec), instituída pelo Decreto nº 7.646/2011 (BRASIL, 2011b), que avalia evidências científicas, custo-efetividade, impacto fiscal e pertinência clínica, a fim de recomendar a incorporação, exclusão ou alteração de tecnologias na Rename. Como consequência, nesse cenário, muitos medicamentos registrados e presentes no mercado ainda não estão incorporados ao SUS, seja pela necessidade de análise mais aprofundada, seja pela incompatibilidade entre inovação e capacidade financeira do Estado. Essa assimetria, somada ao ritmo acelerado das tecnologias em saúde, tem sido um dos principais fatores de estímulo à judicialização.

Essa tensão torna-se ainda mais acentuada quando o medicamento sequer possui registro sanitário no Brasil. Nesse caso, com sua comercialização proibida, o acesso só é permitido para uso compassivo - modalidade excepcional que autoriza o emprego de fármacos em fase de pesquisas clínicas e destinada a pacientes sem alternativas terapêuticas disponíveis (BRASIL, 2023a). Nesse contexto, a impossibilidade de oferta regular, somada à gravidade dos casos e às expectativas de acesso a terapias inovadoras, impulsiona parte dos usuários a recorrer ao Judiciário, que emerge como reflexo das dificuldades de compatibilizar inovação tecnológica, segurança sanitária e disponibilidade orçamentária.

Além das etapas de registro e incorporação, os instrumentos clínicos normativos também desempenham papel decisivo na conformação do acesso. Sendo eles: as Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas (DDT), de caráter orientativo, que consolidam recomendações técnicas para diagnóstico e manejo clínico; os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT), que aprovados por portarias ministeriais, possuem força normativa e determinam quais exames, medicamentos e

acompanhamentos devem ser obrigatoriamente ofertados pelo SUS (BRASIL, 2025d); e a Classificação Internacional de Doenças (CID) que exerce função de padronização epidemiológica, sem definir condutas terapêuticas (OMS, 2019). A articulação entre esses instrumentos não apenas orienta a prática assistencial, mas também confere suporte técnico e segurança jurídica às decisões clínicas.

Excepcionalmente, na área da oncologia, esse conjunto de instrumentos assume contornos ainda mais específicos. Em razão de seu modelo de financiamento e da velocidade com que surgem novas tecnologias, as DDT oncológicas permitem que centros especializados adotem tratamentos baseados em evidências mesmo antes da incorporação formal ao SUS. Essa flexibilidade, embora amplie as alternativas terapêuticas, também pode acentuar desigualdades e aumentar pressões sobre o sistema, uma vez que muitos desses medicamentos são de alto custo e apresentam tecnologias emergentes. Assim, a judicialização nessa área tende a se intensificar, refletindo tanto a busca por terapias inovadoras quanto a dificuldade do Estado em absorver tais custos de forma imediata e sustentável.

Diante desse panorama, evidencia-se que a regulação de preços, o registro sanitário, a incorporação tecnológica, a atualização da Rename e a aplicação de DDT e PCDT compõem um sistema interdependente que organiza os caminhos formais para o acesso a medicamentos pelo SUS. No entanto, a falta de alinhamento temporal e operacional entre essas etapas abre espaço para tensões entre o direito individual e as políticas coletivas de saúde, sendo a judicialização a via mais acionada para suprir tais lacunas. Em síntese, um dos grandes desafios consiste em promover maior harmonização entre inovação, capacidade financeira e marcos regulatórios, de modo a assegurar que o direito constitucional à saúde seja efetivado com equidade, eficiência e sustentabilidade.

Um desafio adicional no debate sobre a judicialização da saúde refere-se à influência exercida pelos mecanismos institucionais de incorporação de tecnologias. A demanda analisada pela Conitec demonstra que o setor produtivo ocupa posição de destaque como o segundo maior proponente de Avaliações de Tecnologias em Saúde (ATS), o que evidencia um claro interesse estratégico da indústria em ampliar a adoção de seus produtos pelo SUS. Entretanto, observa-se que apenas uma pequena parcela dessas solicitações resulta em pareceres favoráveis, indicando que muitas das tecnologias apresentadas não satisfazem os critérios de custo-efetividade,

eficácia e relevância sanitária exigidos pelo sistema público. Essa discrepância torna-se especialmente sensível no contexto da judicialização, pois decisões judiciais sem respaldo técnico consistente, podem abrir brechas para a entrada de tecnologias que não passaram pelo crivo institucional adequado, fragilizando os processos de avaliação e incorporação (BRETAS, FERREIRA JUNIOR e RIANI, 2021).

Diante disso, torna-se imprescindível fortalecer a articulação entre a Conitec e o Poder Judiciário, de modo que os pareceres técnicos e as evidências científicas sejam efetivamente considerados nos julgamentos. Tal medida contribui para decisões mais informadas, preservação da racionalidade econômica do SUS e proteção da porta de entrada das políticas públicas contra pressões marcadamente mercadológicas (BRETAS, FERREIRA JUNIOR e RIANI, 2021).

Nesse sentido, e em consonância com a necessidade de rigor técnico, o Supremo Tribunal Federal (STF) decidiu, e vê-se no próximo tópico, que o Poder Judiciário, ao avaliar um pedido de medicamento, não pode mais acatar simplesmente uma prescrição médica; torna-se obrigatório, primeiramente, verificar se a decisão administrativa de não fornecer o medicamento foi legal e bem fundamentada, mediante o exame do ato da Conitec ou da negativa administrativa. Conseqüentemente, o paciente, para obter sucesso na Justiça, assume o ônus de apresentar provas científicas robustas, conforme a Medicina Baseada em Evidências (a exemplo de ensaios clínicos randomizados ou meta-análises), que demonstrem a segurança e a eficácia do fármaco e, crucialmente, a inexistência de substituto terapêutico incorporado ao SUS. Essas exigências tendem a elevar o padrão das decisões, limitando a intervenção judicial ao controle da legalidade, protegendo o planejamento orçamentário e a racionalidade técnica do sistema de saúde. (STF, 2024a).

Ainda no intuito de promover maior transparência e agilidade na gestão das demandas, o STF propõe a implantação de uma Plataforma Nacional pelos Entes Federativos em colaboração com o Judiciário, centralizando todas as informações dos pedidos e auxiliando tanto na resolução administrativa quanto no controle judicial de maneira mais célere e técnica (STF, 2024a).

## 5.1 Governança Judicial e Parâmetros Institucionais para a Racionalização da Judicialização da Saúde

A judicialização da saúde tem se intensificado no Brasil, sobretudo no que concerne ao acesso a medicamentos, fenômeno que demanda respostas articuladas entre o Poder Judiciário e os gestores do SUS e que, conforme aponta o CNJ (2025a), vem crescendo de modo exponencial, especialmente nos pedidos de fornecimento de tratamentos não incorporados ao Sistema Único de Saúde. À luz desse cenário, o STF assumiu papel decisivo ao estabelecer parâmetros para o fornecimento excepcional de tratamentos, buscando equilibrar a proteção do direito à saúde com a segurança jurídica e a racionalidade administrativa.

O marco central dessa jurisprudência é o julgamento do Recurso Extraordinário n. 566.471<sup>4</sup> (Tema 6), (STF, 2024b) no qual o STF fixou critérios como a imprescindibilidade do tratamento, a inexistência de alternativa terapêutica no SUS e a incapacidade financeira do paciente, além da exigência de registro sanitário do medicamento na Anvisa. Paralelamente, com o julgamento do Tema 1234<sup>5</sup>, (STF, 2024C) o Tribunal aprofundou essa orientação ao substituir o entendimento antes firmado pelo Tema 106<sup>6</sup> do Superior Tribunal de Justiça (STJ, 2018). Diferentemente do paradigma anterior, que se apoiava predominantemente em laudos médicos, a Suprema Corte passou a exigir evidências científicas robustas para autorizar o fornecimento de medicamentos não incorporados. Reafirmou-se, ainda, que a análise sobre incorporação deve ocorrer no âmbito técnico-administrativo competente, especialmente na Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec), evitando a substituição, pelo Judiciário, de instâncias especializadas em avaliação de políticas públicas.

Apesar desses avanços, persistem desafios estruturais, sobretudo decorrentes da fragmentação da competência jurisdicional, onde a definição sobre a justiça competente — federal ou estadual — depende essencialmente das características regulatórias do medicamento: possuir registro sanitário, estar incorporado ao SUS ou não contar com nenhuma dessas condições. Tal definição, embora busque delimitar

---

<sup>4</sup> <https://portal.stf.jus.br/jurisprudenciaRepercussao/tema.asp?num=6> - Acesso em: 6 maio 2025.

<sup>5</sup> <https://portal.stf.jus.br/jurisprudenciaRepercussao/tema.asp?num=1234> - Acesso em: 6 maio 2025.

<sup>6</sup> [https://www.stj.jus.br/docs\\_internet/processo/precedentes/2018/8\\_boletim\\_precedentes\\_stj\\_20180516.pdf](https://www.stj.jus.br/docs_internet/processo/precedentes/2018/8_boletim_precedentes_stj_20180516.pdf) - Acesso em: 6 maio 2025.

responsabilidades institucionais e orientar o regime de custeio, introduz complexidades adicionais para gestores e operadores do direito, porém sem tirar o mérito da questão. (RONCHI, 2025). Em síntese, o regime jurídico aplicável deixa de estar vinculado ao perfil individual do paciente, o que é profícuo, passando a depender da própria natureza do medicamento pleiteado, reduzindo a subjetividade das decisões judiciais. (STF, 2024b; 2024c).

Ressalta-se, ademais, que o Tema 1161<sup>7</sup> permanece válido, mantendo a possibilidade excepcional de fornecimento de medicamentos sem registro sanitário, pelo ente federal, conforme reconhecem decisões do STF (STF, 2022). Tal circunstância evidencia que o arcabouço jurisprudencial, embora mais estruturado, permanece dinâmico e sujeito a revisões, especialmente diante de tensões entre inovação tecnológica, capacidade regulatória e limites orçamentários.

Diante desse quadro, torna-se indispensável fortalecer mecanismos de coordenação entre o Poder Judiciário e os gestores do SUS. E, para enfrentar os desafios de uniformização e qualificação decisória, o Conselho Nacional de Justiça (CNJ) vem desempenhando papel estratégico há mais de uma década. Desde a Resolução n. 107/2010, que instituiu o Fórum Nacional do Judiciário para Monitoramento e Resolução das Demandas de Assistência à Saúde, o CNJ tem ampliado instrumentos de cooperação interinstitucional. Destacam-se a Resolução n. 238/2016, que criou os Comitês Estaduais de Saúde e fomentou a especialização de varas da Fazenda Pública; a Recomendação n. 100/2021, que incentiva a adoção de métodos consensuais; e a Resolução n. 479/2022, que instituiu o Sistema Nacional de Pareceres e Notas Técnicas (e-NatJus), destinado à padronização de análises técnicas (CNJ, 2010; 2016; 2021; 2022).

Mais recentemente, as Resoluções n. 530/2023, 576/2024 e 589/2024 consolidaram uma nova fase de governança judicial ao instituir, respectivamente, o Plano Nacional de Resolução Adequada das Demandas de Assistência à Saúde, a Semana Nacional da Saúde e o Comitê Gestor Nacional do e-NatJus. (CNJ, 2023b; 2024a; 2024b).

No plano estadual, o Tribunal de Justiça de Minas Gerais (TJMG) alinhou-se a essa diretriz por meio do Plano Estadual de Resolução Adequada das Demandas de

---

<sup>7</sup> <https://portal.stf.jus.br/jurisprudenciaRepercussao/tema.asp?num=1161> - Acesso em: 6 maio 2025.

Saúde, elaborado em conformidade com a Resolução n. 530/2023, com vigência inicial de seis anos. O plano prevê ações como a criação de núcleos temáticos, a capacitação especializada e iniciativas educativas voltadas à redução de litígios desnecessários, contribuindo para uma justiça mais integrada às necessidades do SUS e às restrições reais da gestão pública (CNJ, 2023b).

## 5.2 Parâmetros de Competência, Custeio e Racionalidade Institucional no Fornecimento de Medicamentos

Para compreender os fluxos de responsabilização e financiamento no fornecimento de tratamentos, é necessário, antes, delimitar a natureza dos medicamentos analisados. Nesse sentido, a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename) organiza os fármacos segundo os componentes da Assistência Farmacêutica — Estratégico (CESAF), Básico (CBAF) e Especializado (CEAF), este último subdividido em Grupos 1A, 1B, 2 e 3 (BRASIL, 2024b). Essa classificação permite identificar, de forma objetiva, qual ente federativo detém a responsabilidade pelo custeio e qual é a competência jurisdicional aplicável, elementos fundamentais para a compreensão da distribuição institucional apresentada nos *Quadros 2 e 3*.

Quadro 2 – Distribuição de Responsabilidades

Componente / Grupo	Responsável pelo fornecimento	Competência Jurisdicional
CESAF – Componente Estratégico	União	Justiça Federal
CBAF – Componente Básico	Municípios	Justiça Estadual
CEAF – Grupo 1A	União	Justiça Federal
CEAF – Grupo 1B	Estados	Justiça Estadual
CEAF – Grupo 2	Estados	Justiça Estadual
CEAF – Grupo 3	Municípios	Justiça Estadual

Fonte: Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais (TJMG, 2025).

Nesse contexto, a consolidação de entendimentos, ao fixar parâmetros objetivos e delimitar a competência jurisdicional, cumpre a função de reduzir a fragmentação decisória e promover maior segurança jurídica, ao mesmo tempo em que incentiva um diálogo mais qualificado entre magistrados e gestores públicos. Com

essa orientação, o *Quadro 3 – Competência Jurisdicional, Custeio e Ressarcimento de Medicamentos e Insumos pelo SUS*, apresenta, de forma sistematizada, as diretrizes de custeio e ressarcimento aplicáveis no plano administrativo, buscando preservar a autonomia da gestão e evitar a sobreposição entre funções técnicas e jurisdicionais. Ademais, estabeleceu-se que, excetuadas as teses relativas à competência, as demais orientações possuem aplicação imediata aos processos pendentes, reforçando a estabilidade e a efetividade do sistema judicial.

No âmbito processual, o STF definiu um critério objetivo para dirimir conflitos de competência em ações de fornecimento de medicamentos registrados na Anvisa, porém não incorporados ao SUS, por meio do julgamento do Tema 1234 de repercussão geral (STF, 2024c). O propósito central dessa decisão consistiu em superar a recorrência de conflitos que geravam insegurança jurídica, adotando como elemento definidor da competência — federal ou estadual — o custo anual unitário do tratamento, em substituição à antiga lógica baseada apenas na presença formal da União no polo passivo.

Esse critério, embora processual, repercute diretamente na gestão orçamentária e na sustentabilidade do SUS. Ao associar a competência ao valor do medicamento, o STF estabelece um mecanismo de alocação racional das responsabilidades financeiras: os tratamentos de alto custo concentram-se na esfera federal, que detém maior capacidade arrecadatória e competência para a política de incorporação de tecnologias; enquanto os Estados e Municípios assumem demandas de custo intermediário, mitigadas pelo instituto do ressarcimento.

Por fim, a tese firmada destacou que o fator determinante para a aplicação dos Temas de repercussão geral não é a gravidade clínica do paciente, mas a natureza jurídica do medicamento pleiteado. Essa mudança de perspectiva orienta a atuação judicial para parâmetros mais racionais, pautados em critérios técnicos, contribuindo para decisões alinhadas à medicina baseada em evidências, evitando a fragmentação das políticas de saúde e respeitando o planejamento orçamentário estatal. Assim, consolida-se um novo paradigma de racionalidade institucional, que reforça a compatibilização entre a proteção dos direitos fundamentais e a eficiência da gestão pública em saúde (TJMG, 2025).

Quadro 3 – Competência Jurisdicional, Custeio e Ressarcimento de Medicamentos e Insumos pelo SUS

Critério	Competência Jurisdicional Anterior ao Tema 1234 STF	Competência Jurisdicional Posterior ao Tema 1234 STF	Custeio e Ressarcimento	Fundamento Legal
Medicamentos Não Incorporados: Valor Anual maior ou igual a 210 Salários Mínimos	Competência Estadual ou Federal	Justiça Federal	Custeio integral da União com previsão de ressarcimento integral em caso de condenação supletiva de Estados ou DF.	Tema 1234
Medicamentos Não Incorporados: Valor Anual entre 7 e 210 Salários Mínimos	Competência Estadual ou Federal	Justiça Estadual	Estado/Município, com ressarcimento pela União de: 65% (Geral) ou 80% (Oncológicos, para ações ajuizadas antes de 10/06/2024).	Tema 1234
Medicamentos Não Incorporados: Valor Anual inferior a 7 SM	Competência Estadual ou Federal	Justiça Estadual	Estado, com ressarcimento caso o Município pague, ressalvada pactuação diferente na CIB.	Tema 1234 (Regra residual do fluxo acordado)
Medicamentos Não Registrados na ANVISA	Justiça Federal	Justiça Federal	União	Tema 500
Demais Pedidos (Órteses, Próteses, Insumos e Regulação)	Regra do Tema 793	Regra do Tema 793	Responsabilidade Solidária dos Entes Federativos	Tema 793

Fonte: Elaboração própria, com base em TJMG (2025).

Nota: Considerar o valor do tratamento anual específico do fármaco ou do princípio ativo, com base no Preço Máximo de Venda do Governo (PMVG – situado na alíquota zero), para

fabricantes e distribuidores que operam em contratos públicos, divulgado pela Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED - Lei 10.742/2003) para definição de competência jurisdicional. Para fins de obrigação de fornecimento, o valor deve considerar o acréscimo da alíquota de ICMS vigente na unidade federativa competente.

Existindo mais de um medicamento do mesmo princípio ativo e não sendo solicitado um fármaco específico, considera-se, para efeito de competência, aquele listado no menor valor na lista CMED (PMVG, situado na alíquota zero). No caso de inexistir valor fixado na lista CMED, considera-se o valor do tratamento anual do medicamento solicitado na demanda. No caso de cumulação de pedidos, para fins de competência, será considerado apenas o valor do(s) medicamento(s) não incorporado(s) que deverá(ão) ser somado(s), independentemente da existência de cumulação alternativa de outros pedidos envolvendo obrigação de fazer, pagar ou de entregar coisa certa.

Nota: Consideram-se medicamentos não incorporados aqueles que não constam na política pública do SUS; medicamentos previstos nos PCDTs para outras finalidades; medicamentos sem registro na Anvisa; e medicamentos *off label* sem PCDT ou que não integrem listas do componente básico.

<https://portal.stf.jus.br/jurisprudenciaRepercussao/tema.asp?num=1234>

## **6 ORGANIZAÇÃO, ORÇAMENTO E JUDICIALIZAÇÃO: O TRIÂNGULO DA GESTÃO DA SAÚDE PÚBLICA NO ESTADO DE MINAS GERAIS**

A escolha de Minas Gerais como objeto de análise justifica-se principalmente em razão de sua relevância acadêmica e profissional, bem como por sua representatividade diante dos desafios da judicialização da saúde. O Estado, hoje, é o segundo mais populoso do Brasil e detentor do maior número de municípios (853), segundo estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2023). Essa combinação de população elevada, vasto território e desigualdades internas torna Minas Gerais um caso privilegiado para observar como a judicialização emerge em contextos complexos, e estudar seus impactos práticos sobre o orçamento estadual, as políticas públicas de saúde e os limites do planejamento governamental.

A saúde pública em Minas Gerais estrutura-se em uma ampla rede de serviços estaduais, municipais e conveniados, orientada pelos princípios de integralidade, universalidade e equidade. Nesse cenário de complexidade organizacional, o crescimento da demanda por procedimentos de maior complexidade, fenômeno observado em âmbito nacional, e objeto desse estudo, somado às restrições orçamentárias, reforça a necessidade de aperfeiçoar os mecanismos de planejamento, regulação e controle. Assim, torna-se fundamental fortalecer práticas de gestão que promovam maior eficiência e sustentabilidade ao sistema de saúde em Minas Gerais, que apresenta demandas judiciais abrangendo desde o fornecimento de medicamentos — que compõem a maior parte dos itens requeridos judicialmente (MINAS GERAIS, 2024) — até insumos, dietas e procedimentos.

Com o objetivo de enfrentar essa dinâmica e promover uma resposta institucional mais organizada, o Governo de Minas Gerais reestruturou a Secretaria de Estado de Saúde (SES-MG) - *Figura 3* - por meio do Decreto nº 48.661, de 31 de julho de 2023, norma que foi posteriormente alterada pelo Decreto nº 49.084, de 8 de agosto de 2025 (MINAS GERAIS, 2023a; 2025a) que redefiniu competências da organização interna da Secretaria.

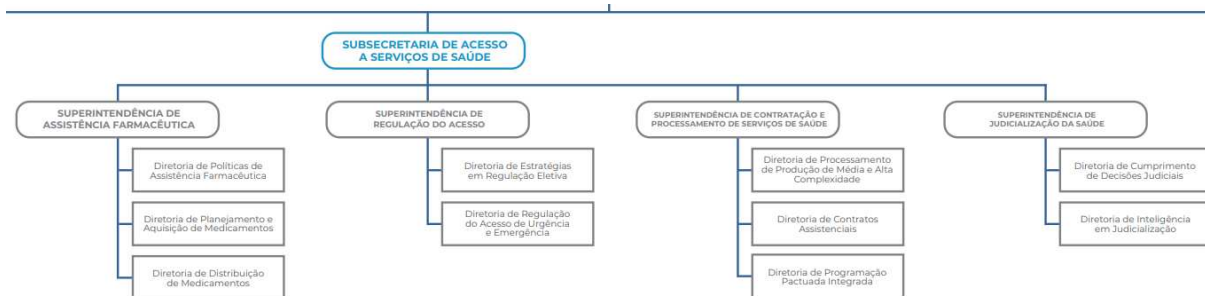
Nesse contexto, foi instituída a Subsecretaria de Acesso a Serviços de Saúde - *Figura 2* - unidade responsável por coordenar e formular políticas que articulem a integração entre as áreas de regulação assistencial, assistência farmacêutica e judicialização da saúde. No âmbito dessa subsecretaria, a Superintendência de Judicialização da Saúde assume papel central, não apenas supervisionando o cumprimento das decisões judiciais relacionadas ao fornecimento de insumos e serviços individualizados, mas também desenvolvendo ações estratégicas destinadas a mitigar os impactos financeiros e administrativos desse fenômeno. (MINAS GERAIS, 2023b)

Para o exercício de suas competências, a Superintendência estrutura-se em duas diretorias: a Diretoria de Cumprimento de Decisões Judiciais, encarregada da execução operacional das ordens judiciais — compreendendo aquisição, distribuição e gestão contratual — e a Diretoria de Inteligência em Judicialização, dedicada à análise técnico-jurídica, ao apoio à Advocacia-Geral do Estado, à regularização orçamentária e ao desenvolvimento de soluções de informação (MINAS GERAIS, 2023a). No mesmo arranjo institucional, encontra-se a Auditoria do SUS-MG, responsável por verificar a conformidade, legalidade e eficiência na aplicação dos recursos públicos, por meio de auditorias programadas, especiais e assistenciais, conforme a natureza da apuração. Além disso, a Secretaria promove a implementação e o fortalecimento dos Componentes Municipais de Auditoria contribuindo para o aprimoramento da gestão local e para o reforço dos mecanismos de controle no âmbito do SUS (MINAS GERAIS, 2023d).

Dessa forma, a norma evidencia o esforço estatal em Minas Gerais para estruturar mecanismos administrativos e jurídicos que possibilitem respostas efetivas e céleres às ordens judiciais, buscando conciliar o cumprimento das determinações do Judiciário com a racionalização do gasto público e a garantia da equidade no acesso aos serviços de saúde. Tal movimento sinaliza um avanço na maturidade

administrativa do Estado frente à judicialização da saúde, ao incorporar práticas de gestão mais integradas, preventivas e orientadas pela sustentabilidade fiscal (MINAS GERAIS, 2023d).

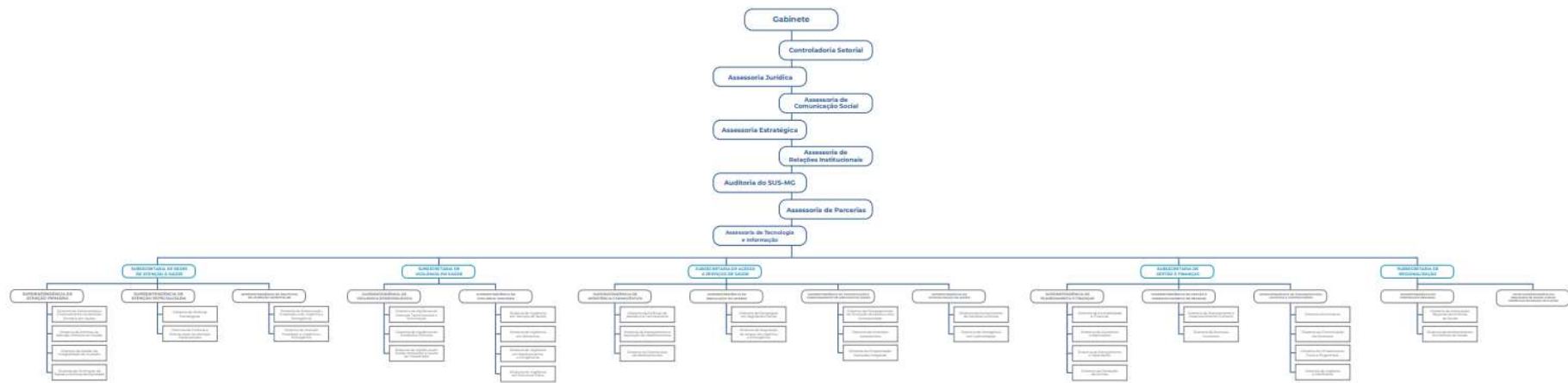
Figura 2 - Subsecretaria de Acesso a Serviços de Saúde



Fonte: Minas Gerais (2023b).

Figura 3 - Organograma SES-MG

ORGANOGRAMA SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS



Fonte: Minas Gerais (2023b).

## **6.1 O Orçamento em Minas Gerais - Diretrizes, Reformas e Sustentabilidade Fiscal**

O orçamento público constitui um dos principais instrumentos da administração pública, orientando a alocação de recursos e fundamentando decisões governamentais. Mais do que uma peça contábil, representa uma ferramenta de planejamento e gestão, pautada por transparência, eficiência e responsabilidade, com reflexos diretos sobre políticas sociais e econômicas. No Brasil, sua estrutura assenta-se em princípios como equilíbrio, unidade, anualidade, universalidade e totalidade, previstos na Lei nº 4.320/1964, na Constituição de 1988 e na Lei Complementar nº 101/2000 – Lei de Responsabilidade Fiscal (BRASIL, 1964; 1988; 2000b).

Esse arcabouço normativo se operacionaliza por meio do ciclo orçamentário, composto, pelas etapas de elaboração, discussão, execução e controle, articuladas pelo Plano Plurianual (PPA), pela Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e pela Lei Orçamentária Anual (LOA). Em Minas Gerais, de modo simplificado, o Plano Plurianual de Ação Governamental (PPAG) define diretrizes e metas de médio prazo, a LDO orienta a formulação da LOA e esta viabiliza a execução anual do orçamento. Nesse contexto, o Estado adotou, em 2019, o Orçamento Base Zero (OBZ), que substituiu o modelo incremental pela reavaliação integral das despesas, promovendo uma alocação mais estratégica e alinhada às demandas sociais (AMARAL, 2024). Tal estrutura consolida a transição entre o orçamento tradicional, focado no controle contábil, e o orçamento-programa, vinculado a ações e resultados de políticas públicas, fortalecendo a responsabilidade fiscal e a eficiência administrativa.

No entanto, o equilíbrio fiscal estadual enfrenta desafios históricos decorrentes do endividamento acumulado nas décadas de 1990 e 2000, agravado pela descentralização de responsabilidades sem correspondente ampliação de receitas e por políticas macroeconômicas com juros elevados, que aumentaram significativamente os encargos da dívida (BENTO; ARAÚJO, 2015). Desde então, o Estado tem buscado renegociar e amortizar suas dívidas, conciliando o cumprimento das obrigações financeiras com a manutenção de investimentos essenciais.

Nesse cenário, a saúde assume papel estratégico, dada a elevada demanda por recursos e a complexidade de sua execução financeira constitucional, que conta

com o Fundo Estadual de Saúde (FES) - instituído pela Lei nº 11.983, de 14 de novembro de 1995, e regulamentado pelo Decreto nº 39.223, de 10 de novembro de 1997 - para operacionalizar esse orçamento, tornando-se o mecanismo central para a gestão dos recursos destinados às ASPS no âmbito do SUS/MG (MINAS GERAIS, 1995;1997).

Ao operacionalizar as transferências do FNS e agregar as receitas próprias do Estado vinculadas ao SUS, o FES estrutura o fluxo financeiro do setor, garantindo controle, estabilidade e racionalidade na aplicação dos recursos. Essa organização permite a continuidade das políticas públicas programadas e sustenta a capacidade do Estado de responder às demandas assistenciais, incluindo aquelas decorrentes da judicialização da saúde.

## **6.2 A Judicialização da Saúde em Minas Gerais: Impactos no Orçamento e a Busca por uma Racionalidade Decisória Estadual.**

A judicialização da saúde em Minas Gerais tem registrado expansão contínua, acompanhando o movimento nacional de crescimento das ações individuais voltadas à garantia do direito fundamental. A maior parte dessas demandas refere-se ao fornecimento de medicamentos e terapias de elevado custo, mas também contempla solicitações de internações hospitalares, exames diagnósticos e a entrega de insumos diversos (MINAS GERAIS, 2025b).

Neste contexto, é essencial distinguir as naturezas das ações: quanto ao fornecimento de medicamentos, a Rename já materializa o direito à saúde em sua dimensão mais concreta, garantindo o fornecimento universal e gratuito desses itens, conforme os princípios do SUS na Política de Assistência Farmacêutica. Portanto, quando a judicialização envolve medicamentos e insumos já listados na Rename, o cenário não reflete uma lacuna legal, mas sim a percepção da população de que o Poder Judiciário constitui um canal eficaz diante da falha na gestão administrativa ou ineficiência da rede pública em assegurar o acesso já previsto na Política Pública de Assistência Farmacêutica, fato que, futuramente, deva ser coletado junto a Ouvidoria-Geral do Estado.

Por outro lado, o conceito de medicamento não incorporado, traduz o limite entre o que o SUS deve fornecer de forma compulsória e aquilo que ainda depende

de critérios técnicos, financeiros e regulatórios para ser admitido no rol de prestações obrigatórias, sob o prisma do direito sanitário, visto que a incorporação de tecnologias ao SUS constitui um processo técnico, regulado por evidências científicas e por avaliações de custo-efetividade.

Essas distinções são fundamentais, pois exigem atenção especial dos magistrados para assegurar decisões tecnicamente fundamentadas, alinhadas às diretrizes constitucionais e ao dever institucional de respeito à política pública sanitária vigente, uma vez que, o atendimento a decisões judiciais impõe impactos imediatos ao orçamento estadual, exigindo a realocação não planejada de recursos, muitas vezes em desacordo com as diretrizes previamente fixadas no PPAG (MINAS GERAIS, 2022b).

Não obstante, a análise das demandas judiciais em Minas Gerais revela que a judicialização, embora frequentemente apontada como ameaça ao equilíbrio fiscal, também exerce a função de estímulo ao aprimoramento das políticas públicas de saúde. Ao compelir o Estado a responder às necessidades da população, as decisões judiciais expõem fragilidades estruturais e ressaltam a urgência de fortalecer a gestão administrativa, os instrumentos de controle e o planejamento orçamentário. Esse processo, ainda que marcado por tensões, contribui para reduzir a litigiosidade e favorecer a efetividade do direito à saúde, em consonância com a sustentabilidade das finanças públicas (MINAS GERAIS, 2022b). O que se espera, nesse panorama, conforme demonstrado no *Quadro 5 – Perfil dos medicamentos com maior frequência de judicialização: Incorporação, Oferta no SUS e Demandas Judiciais, 2024*; é um novo modelo de governança judicial colaborativa, alinhado à sustentabilidade do SUS, com ênfase em evidências científicas, deferência aos órgãos técnicos – Conitec e Anvisa – e respeito ao federalismo.

O Estado de Minas Gerais, alinhado às diretrizes do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), em especial a Recomendação nº 146/2023 (CNJ, 2023a), implementou medidas destinadas ao aperfeiçoamento da execução das ordens judiciais, conforme formalizado no Ofício SEF/GAB nº 814/2024 (MINAS GERAIS, 2025b). Essa iniciativa justifica-se pela análise dos dados de 2024, que evidenciou a crescente e significativa relevância dos gastos em judicialização, notadamente no que tange aos medicamentos de alto valor. Os entraves sistêmicos, demonstrados no *Quadro 4 – Medicamentos com maior frequência de judicialização em Minas Gerais, 2024*;

apontavam tanto um volume expressivo de demandas quanto um impacto financeiro considerável decorrente das decisões judiciais. Diante desse panorama, impôs-se a necessidade de reforçar os instrumentos de gestão e aprimorar o diálogo interinstitucional, com o objetivo de mitigar os efeitos da judicialização sobre a execução das políticas públicas de saúde.

Nesse sentido, e como resposta à necessidade de conformar a execução administrativa às determinações judiciais, o Estado também reestruturou seu modelo de compras denominado “quatro camadas”- atas de registro de preços, pregões de entrega única, depósitos judiciais e adesão a atas de outros órgãos (MINAS GERAIS, 2025b), ao introduzir vias complementares de aquisição para tentar reduzir os valores excessivos decorrentes das ordens judiciais e sanar as lacunas na disponibilidade regular de medicamentos no SUS. Essa reestruturação buscou garantir maior previsibilidade, racionalidade e, fundamentalmente, eficiência no cumprimento das determinações judiciais.

A urgência dessa reestruturação é corroborada pelos dados de dispêndio. O Sistema Eletrônico do Serviço de Informação ao Cidadão (*e-SIC*) revela um aumento expressivo nos valores despendidos com medicamentos adquiridos por atas de registro de preços, que superaram o triplo no período analisado, passando de R\$ 159.020.117,96 (2020) para R\$ 533.228.441,23 (2024). Paralelamente, houve um incremento substancial nos depósitos judiciais, que evoluíram de R\$ 830.673,50 em 2020 para R\$ 27.411.143,17 em 2024. Similarmente, os valores pagos a título de bloqueio judicial — destinados tanto ao fornecimento de medicamentos quanto à realização de procedimentos — evidenciaram um crescimento notável, atingindo R\$ 232.063.648,22 em 2024, frente aos R\$ 148.931.606,25 em 2022 (MINAS GERAIS, 2025c). Demonstrando a magnitude do impacto orçamentário imposto pela judicialização da saúde no Estado.

Paralelamente, tornou-se necessário aperfeiçoar os fluxos de ressarcimento interfederativo, sobretudo após o julgamento do Tema 1234 (STF, 2024c), que estabeleceu diretrizes vinculantes para a compensação entre entes federados. A Portaria nº 6.212/2024, do Ministério da Saúde (Brasil, 2024a), operacionalizou tais parâmetros ao regulamentar os repasses Fundo a Fundo, assegurando maior coerência entre o cumprimento das decisões judiciais e a organização federativa, que poderá ser avaliada futuramente.

A adoção dessas medidas revela-se ainda mais importante sobretudo à luz de estudos que indicam que o Poder Judiciário tende a decidir de forma mais favorável aos demandantes em ações individuais, ao passo que adota postura mais cautelosa em ações civis públicas, dado seu potencial de provocar mudanças estruturais e efeitos orçamentários mais amplos (WANG; FERRAZ, 2013 *apud* VIEIRA, 2020). Trata-se da chamada “microjustiça”, conceito mencionado pelo ministro Gilmar Mendes (PINTO, 2017 *apud* VIEIRA, 2020, p. 53), que evidencia a necessidade de instrumentos administrativos capazes de mitigar distorções decorrentes de decisões pontuais.

Esse diagnóstico é reforçado pelos dados sistematizados pelo Setor de Suporte Estratégico da Direção do Foro da Comarca de Belo Horizonte (Secope) em 2024 e divulgados pelo TJMG (2025), que demonstram a concentração de valores expressivos, como no caso do medicamento Nusinersen, padronizado na Rename com critérios específicos de inclusão, que pode chegar a R\$ 3,2 milhões/processo. Tais cifras evidenciam como decisões isoladas podem tensionar o planejamento orçamentário, reforçando a importância de que as determinações judiciais observem critérios técnicos, científicos e de eficiência administrativa.

O quadro a seguir (Quadro 4) apresenta os dez medicamentos com maior frequência de judicialização em Minas Gerais, a partir de dados compilados pelo Secope. As informações evidenciam tanto o número de processos quanto o custo médio por unidade.

Quadro 4 – Medicamentos com maior frequência de judicialização em Minas Gerais, 2024.

Medicamento	Número de Processos	Valor Médio por caixa (R\$)
Rituximabe	226	R\$ 4.125,48
Pembrolizumabe	186	R\$ 17.137,35
Quetiapina	167	R\$ 165,76
Enoxaparina	159	R\$ 325,58
Insulina Análoga de Ação Rápida	147	R\$ 124,70
Bevacizumabe	137	R\$ 5.844,70
Omalizumabe	111	R\$ 3.446,68
Ustequinumabe	110	R\$ 29.684,30
Somatropina	108	R\$ 893,85
Sacubitril Valsartana	105	R\$ 314,87

Fonte: TJMG (2025).

Quadro 5 - Perfil dos medicamentos com maior frequência de judicialização: Incorporação, Oferta no SUS e Demandas Judiciais, 2024.

Medicamento	RENAME (Inclusão)	Disponibilidade no SUS	Principais Indicações	Motivo Comum da Judicialização
Rituximabe	Sim	Sim (uso restrito a protocolos específicos)	PCDT Artrite Reumatoide PCDT Vasculites Associadas	Indicações Terapêuticas Não Previstas nos PCDT (Usos <i>Off-Label</i> )
Pembrolizumabe	Não	Parcial (uso oncológico limitado)	Melanoma Metastático irressecável	Insuficiência de Incorporação pelo SUS e Elevado Custo Terapêutico
Quetiapina	Sim	Sim	Antipsicótico para Esquizofrenia, Transtorno Afetivo Bipolar tipo 1 e Transtorno Esquizoafetivo	Demandas por Apresentações Não Padronizadas e Barreiras no Fluxo de Dispensação
Enoxaparina	Sim	Sim	PCDT Prevenção de Tromboembolismo Venoso em Gestantes com Trombofilia	Insuficiências de Abastecimento e Necessidades Assistenciais em Internação
Insulina Análoga de Ação Rápida	Sim	Parcial (oferta varia por estado e município)	PCDT Diabetes Mellitus Tipo 1	Pacientes que não se enquadram nos critérios estritos dos PCDT. Falta de padronização nacional e dificuldade de acesso regular
Bevacizumabe	Não	Sim (uso oncológico e oftalmológico limitado)	Tratamento de cânceres e doença ocular, como degeneração macular- exceção	Desenquadramento nos Critérios dos PCDT e Fragilidades de Padronização e Acesso
Omalizumabe	Sim	Sim	PCDT Asma	Indisponibilidade Regional de Oferta e Elevado Impacto Financeiro
Ustequinumabe	Sim (Incorporado em 2024 para DC)	Sim	PCDT Psoríase, PCDT Doença de Crohn (DC)	Morosidade de Incorporação e Restrições nos Fluxos de Dispensação

Somatropina	Sim	Sim (em programas específicos)	PCDT Deficiência do Hormônio de Crescimento PCDT Síndrome de Turner	Indicações Não Abrangidas pelos PCDT e Divergências nos Critérios de Elegibilidade
Sacubitril Valsartana	Sim (Incorporado em 2024)	Sim	PCDT Insuficiência Cardíaca com Fração de Ejeção Reduzida	Incorporação Recente, Barreiras de Acesso e Elevado Custo Terapêutico Continuado

Fonte: Elaboração própria, com base em: Brasil (2024b; 2025d) e TJMG (2025).

Diante desse conjunto de elementos, percebe-se que a judicialização da saúde demanda não apenas de respostas jurídicas, mas sobretudo coordenação federativa via Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e de compras compartilhadas entre entes federativos; aprimoramento logístico, com centralização estadual e padronização das aquisições judicializadas e estratégias de racionalização orçamentária estadual integrado à programação anual da saúde, de modo a harmonizar a garantia do direito fundamental à saúde com a sustentabilidade das políticas públicas.

## 7 METODOLOGIA

A presente pesquisa adota uma abordagem metodológica de natureza quantitativa e documental, estruturada a partir da compreensão de que a judicialização da saúde constitui fenômeno capaz de produzir efeitos mensuráveis sobre a execução orçamentária estatal. Esse delineamento é orientado por um marco teórico inicial: a reserva do possível, que, embora não se constitua elemento exclusivamente metodológico, exerce função explicativa e justifica a necessidade de examinar empiricamente o comportamento das despesas públicas diante da intervenção judicial. A reserva do possível, em sua formulação contemporânea, expressa a noção de que a efetivação dos direitos sociais depende da disponibilidade material e financeira, tendo sido reconhecida pela doutrina como um limite fático que condiciona a atuação do Estado. Entretanto, conforme argumenta Jacó (2023), essa limitação não pode ser invocada de modo absoluto, sobretudo quando se está diante de prestações vinculadas ao mínimo existencial e à dignidade da pessoa humana. Assim, a insuficiência de políticas públicas e a omissão administrativa podem justificar a atuação do Poder Judiciário, sem que isso caracterize violação ao princípio da

separação dos poderes. A inclusão dessa base teórica na metodologia é adequada ao delineamento deste estudo, uma vez que a judicialização analisada envolve justamente decisões que ultrapassam a limitação financeira alegada pela administração, gerando dispêndios obrigatórios que precisam ser mensurados e comparados com o planejamento orçamentário previsto.

Com esse fundamento, a escolha pela abordagem quantitativa torna-se coerente, pois permite que o fenômeno seja observado por meio de dados concretos, expressos em linguagem numérica, possibilitando mensurar sua magnitude e evolução ao longo do tempo. Quanto aos fins, trata-se de pesquisa descritiva, uma vez que visa caracterizar o comportamento orçamentário relacionado às demandas judiciais em saúde, descrevendo sua variação temporal sem a pretensão de estabelecer causalidades complexas. No que se refere aos procedimentos técnicos, o estudo é eminentemente documental, baseado em registros oficiais produzidos pelo Estado ou por órgãos de controle, o que assegura maior fidedignidade das informações.

Nesse sentido, o trabalho utiliza diferentes bases de dados, classificadas metodologicamente conforme sua natureza e grau de relevância. As fontes primárias constituem o núcleo central da análise e compreendem dois conjuntos principais: (i) os dados obtidos mediante solicitações formais via Lei nº 12.527/2011 (Lei de Acesso à Informação – LAI) (BRASIL, 2011d), que forneceram planilhas abertas contendo informações específicas sobre medicamentos judicializados, anos 2021-2024, em somatório das quantidades adquiridas, valores médios unitários, valores totais e percentuais relativos e acumulados; e (ii) o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), que também constitui fonte primária, por ser composto de declarações oficiais e obrigatórias dos entes federados, permitindo compreender a estrutura de financiamento e a posição da despesa judicializada em relação ao total de gastos com saúde.

Contudo, apesar dos dados públicos disponibilizados, não foram fornecidas, pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG), informações referentes a uma série histórica abrangente. A ausência dessas informações limita, parcialmente, a compreensão do custo total da judicialização, uma vez que impede avaliar a eficiência relativa e um perfil de comportamento. Ainda assim, as planilhas obtidas via LAI representam fonte primária de alta relevância, pois fornecem dados

inéditos e individualizados, essenciais para mensurar a composição e o peso financeiro dos medicamentos judicializados no período analisado, especialmente entre 2021 e 2024.

Além das fontes primárias, a pesquisa utiliza fontes secundárias, tais como: os *Relatórios sobre a Macrogestão e Contas do Governador do Estado de Minas Gerais*, elaborados pelo Tribunal de Contas do Estado de Minas Gerais (TCE-MG), referentes aos anos de 2016 a 2024, que apresentam dados oficiais sobre execução orçamentária, empenhos, liquidações, pagamentos e restos a pagar decorrentes ou não de sentenças judiciais, que oferecem subsídios para a elaboração das tabelas e análises quantitativas. Além de notas técnicas do Tribunal de Justiça de Minas Gerais (TJMG); decisões do STF; dados de artigos científicos; textos doutrinários e documentos institucionais sobre judicialização, política de saúde e financiamento público. Essas últimas, fontes que não constituem objeto de análise estatística, mas são fundamentais para contextualizar os achados empíricos e interpretar seus significados no âmbito jurídico e administrativo.

O tratamento dos dados segue um processo sistematizado. Inicialmente, os valores monetários são atualizados pelo Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), a fim de neutralizar efeitos inflacionários e permitir comparações reais entre exercícios financeiros distintos. Em seguida, os registros extraídos do TCE-MG, do SIOPS e das planilhas obtidas via LAI são organizados em ambiente de análise, padronizados e categorizados conforme sua natureza orçamentária. Posteriormente, aplicam-se técnicas de estatística descritiva, incluindo cálculo de proporções, variações percentuais, valores acumulados e comparações entre anos, com o objetivo de evidenciar tendências, padrões de crescimento ou retração e a participação relativa das despesas judicializadas no orçamento da saúde. Complementa-se esse exame com a comparação entre as despesas judiciais e outras rubricas importantes, como a assistência farmacêutica, o que permite identificar eventuais redirecionamentos de recursos originalmente destinados a ações preventivas e coletivas.

Finalmente, a interpretação dos resultados articula-se com o referencial teórico e com a literatura sobre políticas públicas, gestão orçamentária e pós-positivismo<sup>8</sup>,

---

<sup>8</sup> MAGALHÃES, 2025. <https://adelphi-api.mackenzie.br/server/api/core/bitstreams/08eded29-32ca-4d2e-8e40-bcde48b79ce7/content> - Acesso em: 6 out. 2025.

que enfatiza a ponderação entre direitos fundamentais e limitações estatais, visto que a judicialização, quando analisada empiricamente, revela-se um fenômeno que ultrapassa o debate jurídico abstrato, impactando diretamente a gestão financeira e administrativa do Estado.

Nesse contexto, a metodologia proposta busca não apenas descrever a evolução das despesas, mas compreender como elas refletem tensões entre planejamento público, garantia do direito à saúde e intervenção judicial. Conforme destaca Gil (2019), a pesquisa descritiva tem por finalidade retratar com precisão as características de determinado fenômeno, o que demanda rigor na coleta, organização e análise dos dados. Assim, ao integrar teoria, evidências empíricas e fundamentos jurídicos, esta metodologia confere consistência científica, transparência e solidez às conclusões do estudo.

### **7.1 Métodos de Sistematização e Leitura Estatística das Informações**

A análise estatística dos dados fundamentou-se em procedimentos descritivos e inferenciais voltados à identificação de tendências e relações entre as variáveis observadas no período de 2016 a 2024. Para a avaliação da evolução temporal dos indicadores, calculou-se a Taxa Geométrica de Crescimento Anual (TGCA), com base em um modelo de regressão log-linear - metodologia adequada para linearizar relações exponenciais e estimar a variação média constante da série ao longo do tempo, técnica adequada para séries curtas e tendências log-lineares. Nesse modelo, o logaritmo natural dos valores observados foi utilizado como variável dependente, e o tempo (ano) como variável explicativa, considerando 2016 como o ponto inicial da série (2016 = 1, ..., 2024 = 9).

O coeficiente obtido para a variável tempo ( $\beta$ ) representa o ritmo médio de crescimento anual da série. A partir dele, aplicou-se a fórmula  $e^{\beta}-1 \times 100$ , que converte o resultado em percentual e fornece a TGCA, ou seja, a variação percentual média anual do indicador estudado. Esse procedimento possibilita comparar diferentes períodos de forma padronizada e identificar tendências de crescimento ou retração.

Ademais, os níveis de significância estatística foram representados por asteriscos, conforme a convenção usual em estudos quantitativos: \* significativo a 1%; \*\* significativo a 5%; e \*\*\* significativo a 10%. Esses níveis indicam o grau de

confiança dos resultados, ou seja, a probabilidade de que as associações observadas não ocorram por acaso. Assim, resultados com \* (1%) possuem alta confiabilidade estatística, enquanto aqueles com \*\*\* (10%) indicam uma tendência menos robusta, mas ainda relevante para fins de análise exploratória.

Para avaliar as relações entre as variáveis associadas à judicialização da saúde — como quantidade de medicamentos adquiridos, valor médio unitário e valor total despendido — foi empregada a Correlação de *Spearman*. Esse método, desenvolvido por Charles Spearman (1904), mede o grau e a direção da associação monotônica entre duas variáveis, sendo particularmente útil quando os dados não seguem distribuição normal ou quando há presença de *outliers*. Valores positivos indicam correlação direta - à medida que uma variável aumenta/diminui, a outra tende a aumentar/diminuir, enquanto valores negativos indicam correlação inversa - à medida que uma variável aumenta/diminui, a outra tende a diminuir/aumentar.

Posteriormente, a intensidade das correlações foi classificada de acordo com o critério proposto por Taylor (1997), que estabelece os seguintes intervalos:  $r \leq |0,19| \rightarrow$  correlação muito fraca;  $|0,20| \leq r \leq |0,39| \rightarrow$  correlação fraca;  $|0,40| \leq r \leq |0,59| \rightarrow$  correlação moderada;  $|0,60| \leq r \leq |0,79| \rightarrow$  correlação forte;  $r \geq |0,80| \rightarrow$  correlação muito forte. A aplicação desse critério possibilita uma interpretação mais precisa dos resultados apresentados nas *Tabelas 7 e 8*, a seguir, destacando a magnitude e a direção das relações entre as variáveis.

Esse conjunto de procedimentos estatísticos, portanto, reforça a consistência da análise e contribui para fundamentar as inferências apresentadas na seção de Resultados e Discussões, permitindo compreender de que forma a judicialização impacta a execução orçamentária da saúde em Minas Gerais.

## **8 RESULTADOS E DISCUSSÕES: EVIDÊNCIAS ORÇAMENTÁRIAS E IMPLICAÇÕES DA JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE**

A presente seção tem por objetivo apresentar e discutir os resultados obtidos a partir da análise dos dados orçamentários e financeiros relativos à execução das despesas públicas em saúde no Estado de Minas Gerais, com foco no impacto das demandas judicializadas sobre a alocação e a sustentabilidade dos recursos públicos. Entende-se por dados orçamentários aqueles referentes ao planejamento e à

autorização legal das despesas, enquanto os dados financeiros dizem respeito à efetiva execução e pagamento desses valores.

A análise baseia-se em indicadores fiscais e orçamentários, que expressam o comportamento das finanças públicas estaduais, tais como as despesas totais e *per capita* em saúde, a participação das Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) no orçamento e o percentual de gastos vinculados à judicialização. Foram também empregados indicadores complementares de análise fiscal, como a taxa geométrica de crescimento anual (TGCA) e o peso relativo das despesas judicializadas, que permitem identificar tendências, variações e correlações estatísticas entre volume, custo e impacto financeiro das demandas. A discussão dos resultados busca ainda interpretar os efeitos de fatores conjunturais, como a pandemia de Covid-19 e estruturais, como a concentração de gastos com medicamentos, apontando suas implicações para a gestão fiscal e a efetividade das políticas públicas de saúde.

Para compreender a dimensão orçamentária do fenômeno da judicialização da saúde, torna-se necessário examinar inicialmente a evolução das finanças públicas de Minas Gerais no período analisado. A *Tabela 1* apresenta o panorama geral do Estado entre 2016 e 2024, contemplando a população residente, o orçamento fiscal total e as despesas públicas em saúde, com destaque as ASPS, ao programa de AF e as decisões judiciais. Essa contextualização permite identificar como o comportamento das receitas e despesas do governo estadual condiciona a capacidade de financiamento das ações e serviços públicos de saúde e, por consequência, a pressão exercida pelas decisões judiciais sobre o orçamento. A partir dessa análise introdutória, é possível estabelecer as bases para a discussão das variações específicas observadas nas despesas com medicamentos e nas demandas judicializadas, abordadas nas tabelas subsequentes.

Tabela 1 – População residente, despesas do Orçamento Fiscal e despesas da saúde pública em Minas Gerais nos anos de 2016 a 2024 - Valores expressos em R\$ 1 milhão, a preços de dezembro de 2024 pelo IPCA

Ano	População Residente	Orçamento Fiscal	Despesas Totais com Saúde	ASPS com Recursos Próprios	Medicamentos Regulares da Assistência Farmacêutica	Medicamentos por Decisão Judicial	Total das Despesas Provenientes de Decisões Judiciais
	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(F)	(G)
<b>2016</b>	20.997.560	133.515,93	10.523,66	8.121,46	316,34	217,01	646,00
<b>2017</b>	21.119.536	144.097,62	10.411,39	8.360,55	350,86	181,12	459,82
<b>2018</b>	21.119.536	145.494,93	8.828,46	7.232,00	272,80	383,43	770,10
<b>2019</b>	21.040.662	147.332,80	12.000,49	9.148,92	205,21	240,35	291,16
<b>2020</b>	21.168.791	141.332,16	13.455,72	8.717,78	332,36	321,59	419,14
<b>2021</b>	21.168.791	157.040,29	15.078,24	10.358,97	346,80	141,59	912,26
<b>2022</b>	21.411.923	129.877,07	14.238,48	10.207,26	307,55	397,99	632,13
<b>2023</b>	21.411.923	117.691,25	15.088,19	9.919,85	318,36	343,72	764,38
<b>2024</b>	20.539.989	120.938,64	15.186,59	10.966,59	359,92	591,30	1.070,20
<b>TGCA</b>	<b>-0,13</b>	<b>-3,81**</b>	<b>7,95*</b>	<b>5,76**</b>	<b>1,66</b>	<b>9,56***</b>	<b>7,41</b>

Fonte: Elaboração própria, com base nos dados do SIOPS e nos relatórios do TCEMG (MINAS GERAIS, 2017; 2018; 2019; 2020; 2021; 2022b; 2023e; 2024; 2025b).

Notas: TGCA é a taxa geométrica de crescimento anual da série histórica, obtida pelo ajustamento de uma regressão no qual a variável dependente é o logarítmico natural da série e o tempo (ano) é a variável explicativa (2016 = 1, ... 2024 = 9). Ao coeficiente  $\beta$  estimado para a variável tempo é aplicado fórmula  $e^{(\beta)} - 1 \times 100$ , obtendo-se o valor da TGCA; \* significativo a 1%; \*\* significativo a 5%; \*\*\* significativo a 10%. ASPS - Ações e Serviços Públicos de Saúde.

Entre 2016 e 2024, observou-se retração do Orçamento Fiscal em termos reais, que passou de R\$ 133.515,93 para R\$ 120.938,64 bilhões, correspondendo a uma variação acumulada de -9,42%. Em sentido oposto, as despesas totais com saúde apresentaram crescimento expressivo no período, elevando-se de R\$ 10.523,66 para R\$ 15.186,59 bilhões, o que representou aumento acumulado de 44,31%. A Taxa Geométrica de Crescimento Anual (TGCA) reforçou essa dinâmica divergente: enquanto as despesas com saúde cresceram, em média, 7,95% ao ano (significativo a 1%), o orçamento fiscal registrou declínio médio anual de -3,81% (significativo a 5%), indicando um processo de realocação relativa de recursos em direção ao setor saúde em um contexto de restrição fiscal mais ampla.

Nesse cenário, as despesas provenientes de decisões judiciais passaram de R\$ 646,00 milhões em 2016 para R\$ 1.070,20 bilhão em 2024, acumulando crescimento de 65,15% no período e apresentando como parcela significativa os

valores destinados aos medicamentos por decisão judicial, que apresentaram um TGCA de 9,56% (significativo a 10%). Esse movimento contribuiu para a elevação da participação das despesas judiciais no total das despesas com saúde, de 6,14% em 2016 para 7,05% em 2024, sinalizando pressão orçamentária crescente associada à judicialização da política de saúde.

Cumprе destacar, contudo, que a estimativa da TGCA se baseou em apenas nove observações anuais, o que torna os resultados sensíveis a choques atípicos. Em particular, os anos de 2020 e 2021, marcados pela pandemia de Covid-19, apresentaram elevação abrupta das despesas judiciais, sugerindo influência relevante desse evento excepcional sobre a trajetória da série. Essa limitação recomenda cautela na interpretação das taxas médias de crescimento e dos testes de significância, sem prejuízo da evidência de tendência de expansão das despesas em saúde em um contexto de restrição do orçamento fiscal.

Tabela 2 - Despesas *per Capita* do Orçamento Fiscal e na saúde pública em Minas Gerais nos anos de 2016 a 2024 - Valores expressos em R\$1,00 real, a preços de dezembro de 2024 pelo IPCA

Ano	População Residente	Orçamento Fiscal	Despesas Totais com Saúde	ASPS com Recursos Próprios	Medicamentos Regulares da Assistência Farmacêutica	Medicamentos por Decisão Judicial	Total das Despesas Provenientes de Decisões Judiciais
	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(F)	(G)
<b>2016</b>	20.997.560	6.358,64	501,19	386,78	15,07	10,34	30,77
<b>2017</b>	21.119.536	6.822,95	492,97	395,87	16,61	8,58	21,77
<b>2018</b>	21.119.536	6.889,12	418,02	342,43	12,92	18,16	36,46
<b>2019</b>	21.040.662	7.002,29	570,35	434,82	9,75	11,42	13,84
<b>2020</b>	21.168.791	6.676,44	635,64	411,82	15,70	15,19	19,80
<b>2021</b>	21.168.791	7.418,48	712,29	489,35	16,38	6,69	43,09
<b>2022</b>	21.411.923	6.065,64	664,98	476,71	14,36	18,59	29,52
<b>2023</b>	21.411.923	5.496,53	704,66	463,29	14,87	16,05	35,70
<b>2024</b>	20.539.989	5.887,96	739,37	533,91	17,52	28,79	52,10
<b>TGCA</b>	<b>-0,13</b>	<b>-3,68**</b>	<b>8,09*</b>	<b>5,91*</b>	<b>1,68</b>	<b>9,58***</b>	<b>7,44</b>

Fonte: Elaboração própria, com base nos dados do SIOPS e nos relatórios do TCEMG (MINAS GERAIS, 2017; 2018; 2019; 2020; 2021; 2022b; 2023e; 2024; 2025b).

Notas: TGCA é a taxa geométrica de crescimento anual da série histórica, obtida pelo ajustamento de uma regressão no qual a variável dependente é o logarítmico natural da série e o tempo (ano) é a variável explicativa (2016 = 1, ... 2024 = 9). Ao coeficiente  $\beta$  estimado para a variável tempo é aplicado fórmula  $e^{(\beta)} - 1 \times 100$ , obtendo-se o valor da TGCA; \* significativo a 1%; \*\* significativo a 5%; \*\*\* significativo a 10%. ASPS - Ações e Serviços Públicos de Saúde

Quando os valores foram ajustados pela população residente (*Tabela 2*), verificou-se que o gasto público em saúde por habitante em Minas Gerais aumentou de R\$ 501,19 em 2016 para R\$ 739,37 em 2024, o que correspondeu a uma taxa média de crescimento anual de 8,09% ( $p < 0,01$ ). No mesmo período, o orçamento fiscal *per capita* apresentou queda real média de -3,68% ao ano ( $p < 0,05$ ), evidenciando, como retratado na *Tabela 1*, priorização relativa da saúde em um contexto de retração do orçamento estadual.

No interior das despesas em saúde, o gasto *per capita* com medicamentos decorrentes de decisões judiciais apresentou a maior taxa média de crescimento entre as rubricas analisadas, de 9,58% ao ano ( $p < 0,10$ ), elevando-se de R\$ 10,34 para R\$ 28,79 por habitante entre 2016 e 2024. Em contraste, as despesas com medicamentos regulares da assistência farmacêutica registraram expansão modesta, de 1,68% ao ano.

Esses resultados tendem a indicar que o crescimento do gasto público em saúde no estado não se associou apenas à ampliação de programas e serviços, mas também ao avanço da judicialização da política de saúde, cujo impacto financeiro *per capita* cresceu em ritmo superior ao das demais categorias de despesa do setor.

Tabela 3 – Indicadores de desempenho da execução orçamentária relacionada à saúde pública em Minas Gerais nos anos de 2016 a 2024, com destaque para a compra de medicamentos

Ano	Despesas com medicamentos Regulares da AF (% da ASPS)	Despesa com Medicamentos por Determinação Judicial (% da ASPS)	Total das Despesas com Saúde por Decisões Judiciais (% da ASPS)	B / A (R\$)	C / A (R\$)	Percentuais dos Recursos Próprios Aplicados em ASPS (%)	Percentuais Aplicados em ASPS apurados pela equipe do TCEMG (%)
	(A)	(B)	(C)	(F)	(G)	(H)	(I)
2016	3,90	2,67	7,95	0,69	2,04	12,38	8,71
2017	4,20	2,17	5,50	0,52	1,31	12,09	7,71
2018	3,77	5,30	10,65	1,41	2,82	10,22	7,92
2019	2,24	2,63	3,18	1,17	1,42	12,75	8,93
2020	3,81	3,69	4,81	0,97	1,26	12,29	10,75
2021	3,35	1,37	8,81	0,41	2,63	12,55	12,55
2022	3,01	3,90	6,19	1,29	2,06	12,16	11,80
2023	3,21	3,47	7,71	1,08	2,40	12,15	12,27
2024	3,28	5,39	9,76	1,64	2,97	12,35	13,35
<b>TGCA</b>	<b>-2,53**</b>	<b>5,04*</b>	<b>2,98*</b>	<b>7,77*</b>	<b>5,66*</b>	<b>0,56</b>	<b>7,32*</b>

Fonte: Elaboração própria, com base nos dados do SIOPS e nos relatórios do TCEMG (MINAS GERAIS, 2017; 2018; 2019; 2020; 2021; 2022b; 2023e; 2024; 2025b).

Notas: TGCA é a taxa geométrica de crescimento anual da série histórica, obtida pelo ajustamento de uma regressão no qual a variável dependente é o logarítmico natural da série e o tempo (ano) é a variável explicativa (2016 = 1, ... 2024 = 9). Ao coeficiente  $\beta$  estimado para a variável tempo é aplicado fórmula  $e^{(\beta)} - 1 \times 100$ , obtendo-se o valor da TGCA; \* significativo a 1%; \*\* significativo a 5%; \*\*\* significativo a 10%. ASPS - Ações e Serviços Públicos de Saúde

A análise dos indicadores de desempenho da execução orçamentária relacionados à saúde (*Tabela 3*) indicou relativa estabilidade na aplicação de recursos próprios em Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS), com o percentual mantendo-se em torno de 12% ao longo do período, em conformidade com o piso constitucional.

Essa estabilidade, contudo, exige cautela interpretativa em razão da divergência metodológica adotada pelo Tribunal de Contas do Estado de Minas Gerais (TCE-MG). Diferentemente do critério utilizado pelo governo estadual, o TCE-MG exclui da apuração os Restos a Pagar Processados e Não Processados sem cobertura financeira, considerando apenas os valores efetivamente liquidados (como tratado no tópico 4.2). A não inclusão desses restos a pagar tende a produzir índices sistematicamente inferiores, o que pode comprometer a comparabilidade e a avaliação fidedigna da execução orçamentária em saúde. Diante desse cenário, o próprio TCE-MG tem orientado o governo estadual a adequar-se às diretrizes metodológicas da Corte, com vistas a assegurar maior precisão, transparência e padronização no cálculo do gasto público em saúde (MINAS GERAIS, 2022b).

Além desse aspecto, os dados da *Tabela 3* também evidenciam outra dinâmica relevante: o percentual em razão das ASPS para as despesas com medicamentos regulares da assistência farmacêutica (A) apresentou redução média anual de - 2,53%, (significativo a 5%) ao passo que o percentual em razão das ASPS para as despesas com medicamentos adquiridos por determinação judicial (B) registrou crescimento médio de 5,04% ao ano (significativo a 1%): ao elevar sua participação de 2,67% em 2016 para 5,39% em 2024. Consequentemente, na razão de B/A é possível observar uma Taxa Geométrica de Crescimento Anual de 7,77% (significativo a 1%) no período analisado. Nesse contexto, constata-se que o total das despesas em saúde decorrentes de decisões judiciais aumentou de 7,95% para 9,76% das

ASPS, indicando maior direcionamento de recursos orçamentários ao cumprimento de ordens judiciais.

Esse conjunto de resultados reforça a tendência de um processo de judicialização crescente e de caráter sistêmico, que, embora ainda limitada em termos proporcionais, tem ampliado seu impacto sobre o equilíbrio e a previsibilidade do gasto público em saúde.

Tabela 4 - Estatística descritiva das quantidades de medicamentos dentre as variedades adquiridas pelo estado de Minas Gerais, decorrentes de decisão judicial, no quadriênio 2021-2024

	2021	2022	2023	2024
<b>Variedades de medicamentos contemplados no ano</b>	116	703	622	709
<b>Variedades de medicamentos do quadriênio não contemplados no ano</b>	930	343	424	337
<b>Quantidade total</b>	15.852.876	9.222.334	6.309.071	9.832.257
<b>Média por variedade</b>	136.663	13.119	10.143	13.868
<b>Desvio padrão</b>	923.732,3	51.427,8	40.960,5	59.759,1
<b>Coefficiente de Variação %</b>	675,9	392,0	403,8	430,9
<b>Mínimo</b>	10	4	2	2
<b>1º quartil</b>	799	400	300	400
<b>2º quartil</b>	2.340	1.800	1.400	2.000
<b>3º quartil</b>	10.035	7.200	6.000	8.000
<b>Máximo</b>	8.000.000	812.000	686.000	1.300.000

Fonte: Elaboração própria, com base nos dados obtidos mediante solicitação da autora, via e-SIC. (MINAS GERAIS, 2025d)

A análise descritiva das quantidades de medicamentos adquiridos por decisão judicial entre 2021 e 2024 (*Tabela 4*) revelou elevada heterogeneidade na distribuição das quantidades e um padrão de concentração quantitativa. Embora o número de variedades de medicamentos contemplados no ano tenha aumentado de 116 em 2021 para 709 em 2024, a maior parte desses itens foi adquirida em volumes reduzidos, ao passo que um número restrito de medicamentos concentrou quantidades muito elevadas.

Em contraste com a ampliação da variedade de itens, a quantidade média adquirida por variedade apresentou queda abrupta em relação a 2021, quando atingiu 136.663 unidades, passando a situar-se, nos anos subsequentes, em patamar significativamente inferior, ainda que com variações entre os anos. Paralelamente, o coeficiente de variação manteve-se em nível extremamente elevado ao longo de todo o período, evidenciando forte dispersão das quantidades entre os medicamentos adquiridos.

Neste contexto, a combinação entre medianas muito inferiores às médias, valores máximos extremamente elevados e elevada dispersão, indica que os volumes totais adquiridos se concentraram em poucos medicamentos, enquanto a maioria das variedades apresenta aquisições de pequena escala. Assim, é possível inferir que esse padrão de distribuição assimétrica impõe desafios relevantes à previsibilidade das aquisições, à programação do abastecimento farmacêutico e à eficiência da gestão pública.

Tabela 5 - Estatística descritiva dos valores médios das variedades de medicamentos adquiridos pelo estado de Minas Gerais, decorrentes de decisão judicial, no quadriênio 2021-2024. Valores expressos em R\$1,00 real, a preços de dezembro de 2024 pelo IPCA

	<b>2021</b>	<b>2022</b>	<b>2023</b>	<b>2024</b>
<b>Média por variedade</b>	4.127,70	1.180,57	1.220,91	1.172,60
<b>Desvio padrão</b>	28.619,28	11.099,92	12.022,71	12.517,77
<b>Coeficiente de Variação %</b>	693,3	940,2	984,7	1.067,5
<b>Mínimo</b>	0,01	0,02	0,02	0,02
<b>1º quartil</b>	1,35	0,72	0,61	0,48
<b>2º quartil</b>	3,30	4,46	4,34	3,50
<b>3º quartil</b>	196,85	94,89	109,29	98,47
<b>Máximo</b>	305.826,00	279.855,14	285.732,00	320.590,06

Fonte: Elaboração própria, com base nos dados obtidos mediante solicitação da autora, via e-SIC. (MINAS GERAIS, 2025d)

A *Tabela 5* evidencia disparidade nos valores médios por variedade dos medicamentos adquiridos por decisão judicial em Minas Gerais. Essa disparidade decorre da elevada dispersão e da acentuada assimetria na distribuição dos valores, conforme indicado pelos coeficientes de variação extremamente elevados ao longo do período e pela expressiva distância entre a média e a mediana. Embora o valor médio por variedade tenha diminuído de R\$ 4.127,70 em 2021 para R\$ 1.172,60 em

2024, a desigualdade entre os valores das aquisições intensificou-se, refletindo maior heterogeneidade entre os medicamentos judicializados.

A presença de valores mínimos próximos de zero, combinada a valores máximos superiores a R\$ 300 mil, reforça a existência de *outliers* de elevado custo unitário, responsáveis por inflar a média e acentuar o grau de assimetria da distribuição. Esse padrão indica que, apesar da ampliação do número de medicamentos adquiridos por determinação judicial, o gasto público permanece fortemente concentrado em um conjunto restrito de variedades de alto custo.

Em termos de implicações para a gestão pública, esse comportamento compromete a previsibilidade das despesas e dificulta o planejamento orçamentário e logístico da assistência farmacêutica, uma vez que pequenas variações no volume ou no preço de poucos, a depender do medicamento, são suficientes para gerar impactos financeiros relevantes sobre o orçamento da saúde.

Tabela 6 - Estatística descritiva das despesas totais por variedades de medicamentos adquiridos pelo estado de Minas Gerais, decorrentes de decisão judicial, no quadriênio 2021-2024 Valores expressos em R\$1,00 real, a preços de dezembro de 2024 pelo IPCA

	2021	2022	2023	2024
<b>Média por variedade</b>	1.210.119,24	565.529,70	518.998,59	833.740,57
<b>Desvio padrão</b>	3.636.895,57	2.090.092,40	2.247.836,86	4.020.925,24
<b>Coefficiente de Variação %</b>	300,5	369,6	433,1	482,3
<b>Mínimo</b>	48,25	29,43	12,26	11,75
<b>1º quartil</b>	2.495,16	1.715,87	934,98	922,64
<b>2º quartil</b>	27.156,42	10.609,60	6.714,41	7.634,59
<b>3º quartil</b>	630.544,38	96.596,88	76.981,71	88.085,31
<b>Máximo</b>	32.785.493,70	23.068.399,61	27.856.880,21	70.848.770,90

Fonte: Elaboração própria, com base nos dados obtidos mediante solicitação da autora, via e-SIC (MINAS GERAIS, 2025d)

A *Tabela 6* evidencia elevada heterogeneidade e forte assimetria na distribuição das despesas totais por variedade de medicamentos adquiridos por decisão judicial em Minas Gerais entre 2021 e 2024, resultando na concentração do gasto em um número restrito de itens. Embora a média de despesa total por variedade tenha diminuído de R\$ 1,21 milhão em 2021 para R\$ 518,99 mil em 2023, observa-se nova elevação em 2024, quando atingiu R\$ 833,74 mil.

O coeficiente de variação aumentou progressivamente, passando de 300,5% em 2021 para 482,3% em 2024, o que indica crescimento da dispersão relativa das despesas e intensificação da desigualdade entre os valores associados às diferentes variedades de medicamentos. A expressiva distância entre a mediana (R\$ 7,63 mil) e o valor máximo (R\$ 70,8 milhões) em 2024 confirma a presença de uma distribuição fortemente assimétrica, na qual poucos medicamentos de altíssimo custo concentram parcela substancial do gasto total.

Esse padrão reafirma o caráter altamente concentrado e imprevisível das despesas judicializadas com medicamentos e reforça a existência de desafios significativos à gestão orçamentária do sistema de saúde, o que compromete a previsibilidade e a equidade na alocação dos recursos públicos.

As *Tabelas 7 e 8*, abaixo, apresentam, de forma complementar, os coeficientes de correlação de *Spearman* entre quantidade, valor médio e valor total dos medicamentos adquiridos por força de decisões judiciais em Minas Gerais entre 2021 e 2024. Enquanto a *Tabela 7* analisa essas relações separadamente para cada ano do período, a *Tabela 8* amplia a análise ao incorporar, para 2024, as participações percentuais da quantidade total adquirida e do valor total despendido.

Tabela 7 – Coeficientes de correlação de *Spearman* entre as quantidades adquiridas, os valores médios e os valores totais de medicamentos adquiridos por força de decisões judiciais no quadriênio 2021-2024

	Quantidade_21	Valor Médio_21	Valor total_21
Quantidade_21	1,000	<b>-0,346*</b>	0,165
Valor Médio_21	-0,346*	1,000	<b>0,795*</b>
Valor total_21	0,165	0,795*	1,000
	Quantidade_22	Valor Médio_22	Valor total_22
Quantidade_22	1,000	<b>-0,474*</b>	0,231*
Valor Médio_22	-0,474*	1,000	<b>0,713*</b>
Valor total_22	0,231*	0,713*	1,000
	Quantidade_23	Valor Médio_23	Valor total_23
Quantidade_23	1,000	<b>-0,438*</b>	0,317*
Valor Médio_23	-0,438*	1,000	<b>0,662*</b>
Valor total_23	0,317*	0,662*	1,000

	Quantidade _24	Valor Médio _24	Valor total _24
Quantidade_24	1,000	-0,411*	0,300*
Valor Médio_24	-0,411*	1,000	0,711*
Valor total_24	0,300*	0,711*	1,000

Fonte: Elaboração própria, com base nos dados obtidos mediante solicitação da autora, via e-SIC. \* significativo a 1%. (MINAS GERAIS, 2025d)

Os resultados da *Tabela 7* revelam um padrão consistente ao longo de todo o período analisado. Em todos os anos, observou-se correlação negativa e de magnitude moderada entre a quantidade adquirida e o valor médio por variedade ( $\rho$  variando entre  $-0,346$  e  $-0,474$ ;  $p < 0,01$ ), indicando que medicamentos adquiridos em maiores volumes tendem a apresentar preços unitários mais baixos, enquanto os medicamentos de maior custo são comprados em quantidades reduzidas. Em contrapartida, a correlação entre valor médio e valor total mostrou-se positiva e forte ( $\rho$  entre  $0,662$  e  $0,795$ ;  $p < 0,01$ ), evidenciando que o impacto financeiro das decisões judiciais é determinado predominantemente pelo custo unitário dos medicamentos, e não pelo volume adquirido. A relação entre quantidade e valor total, por sua vez, apresentou correlação positiva, porém fraca, sugerindo influência limitada do volume sobre o montante total gasto.

Tabela 8 – Coeficientes de correlação de *Spearman* entre as quantidades adquiridas, os valores médios, os valores totais e correspondentes percentuais da quantidade total adquirida e do valor total despendido de medicamentos adquiridos por força de decisões judiciais no ano de 2024

	Quantidade	Valor Médio	Valor Total	Quantidade %	Valor Total %
Quantidade	1,000	-0,411*	0,300*	1,000*	0,291*
Valor Médio	-0,411*	1,000	0,711*	-0,416*	0,715*
Valor Total	0,300*	0,711*	1,000	0,291*	1,000*
Quantidade %	1,000*	-0,416*	0,291*	1,000	0,291*
Valor Total %	0,291*	0,715*	1,000*	0,291*	1,000

Fonte: Elaboração própria, com base nos dados obtidos mediante solicitação da autora, via e-SIC. \* significativo a 1%. (MINAS GERAIS, 2025d)

Os resultados da *Tabela 8* reforçam esse mesmo padrão ao considerar as participações percentuais das variáveis em 2024. Verificou-se correlação negativa moderada entre quantidade e valor médio ( $\rho = -0,411$ ;  $p < 0,01$ ), bem como correlação forte e positiva entre valor médio e valor total ( $\rho = 0,711$ ;  $p < 0,01$ ). Além disso, a correlação fraca e positiva entre a participação percentual da quantidade e a participação percentual do valor total ( $\rho = 0,291$ ) tendem a indicar que os medicamentos mais adquiridos não são necessariamente os que mais oneram o orçamento. Por outro lado, a correlação forte e positiva entre valor médio e participação percentual no valor total ( $\rho = 0,715$ ;  $p < 0,01$ ) tendem a confirmar que os medicamentos de alto custo unitário concentram parcela expressiva das despesas judicializadas.

Sob a perspectiva da classificação proposta por Taylor (1997), os coeficientes observados configuram correlações predominantemente moderadas a fortes, reforçando a robustez das associações identificadas. A leitura conjunta das *Tabelas 7* e *8* permite concluir que a judicialização da saúde em Minas Gerais apresenta um padrão estrutural de concentração financeira, no qual poucos medicamentos de elevado custo unitário são responsáveis por parcela significativa das despesas totais, enquanto a maioria das variedades exerce impacto orçamentário relativamente reduzido. Esse padrão manteve-se estável ao longo do período analisado, sugerindo que o crescimento das despesas judicializadas decorre principalmente da incorporação de medicamentos de alto valor, e não da ampliação das quantidades adquiridas.

Ao interpretar os resultados obtidos, é essencial reconhecer as limitações e potenciais falhas metodológicas que permeiam a pesquisa, uma vez que influenciam diretamente a amplitude e a precisão das inferências. A curta extensão da série histórica analisada (2016–2024) reduz o poder estatístico das regressões log-lineares utilizadas para o cálculo da TGCA, tornando os resultados sensíveis a eventos excepcionais, como a pandemia de Covid-19 (2020–2021). Esse período representou um choque conjuntural que elevou as despesas totais e judicializadas em saúde, em contraponto a redução do orçamento fiscal, alterando temporariamente o comportamento das variáveis orçamentárias. Tais efeitos devem, portanto, ser considerados na leitura das tendências de crescimento, sobretudo quando se observam variações abruptas nos indicadores de 2020 e 2021.

Outro aspecto relevante é a ausência de distinção entre classes farmacológicas, uma vez que os medicamentos judicializados foram analisados de forma agregada. Essa limitação dificulta identificar quais áreas terapêuticas exercem maior pressão sobre o orçamento público. A descrição seria interessante visto que, a presença de valores extremos e alta dispersão estatística (coeficientes de variação superiores a 400%) indica concentração de gastos em poucos medicamentos de alto custo, o que pode distorcer medidas de tendência central, mesmo com o uso da correlação de *Spearman*, que ameniza, mas não elimina completamente esse efeito.

No plano analítico, a utilização de correlações permite identificar associações estatísticas, mas não possibilita inferir causalidade entre as variáveis. Assim, correlações fortes entre valor médio e total despendido não significam por si só que o preço elevado cause o aumento dos gastos, mas que ambos variam conjuntamente. Pesquisas futuras podem resolver essa limitação usando métodos estatísticos mais avançados, como regressões que analisem dados com valores extremos - para os medicamentos de alto custo, ou modelos que controlam o fator tempo e outras variáveis, capazes de considerar fatores socioeconômicos e verificar se as relações encontradas são de causa e efeito diretos.

Além disso, outro ponto a ser destacado é o recorte geográfico restrito ao Estado de Minas Gerais, o que, por sua vez, limita a generalização dos achados para o cenário nacional. Isso ocorre porque a judicialização da saúde é um fenômeno heterogêneo, fortemente influenciado por políticas locais, pela disponibilidade de recursos e pela estrutura dos Núcleos de Apoio Técnico do Judiciário (NAT-Jus). Dessa forma, a ampliação das análises para outros estados e a comparação com os respectivos indicadores padronizados do SIOPS e relatórios de Tribunais de Contas, poderiam oferecer um panorama mais abrangente e representativo.

Outro limite metodológico relevante refere-se à heterogeneidade das bases de dados, decorrente da dependência de registros administrativos secundários provenientes de tribunais federais e estaduais utilizados na pesquisa. Tais registros podem apresentar inconsistências contábeis, lacunas informacionais ou classificações divergentes das despesas, o que implica riscos de subestimação ou superestimação de determinadas rubricas orçamentárias. Nesse sentido, o cruzamento dos dados com bases complementares — como o Sistema de Registro de Demandas Judiciais (e-NatJus), outros bancos de dados da Secretaria de Estado

de Saúde (SES) e dados da Ouvidoria-Geral do Estado (OGE), por meio do Observatório da OGE — seria recomendável para ampliar a consistência analítica e a robustez das informações.

Apesar dessas restrições, os resultados obtidos apresentam evidências consistentes e convergentes. Observa-se o crescimento contínuo das despesas decorrentes da judicialização da saúde, mesmo em um contexto de políticas de ajuste fiscal e de choques conjunturais relevantes, como a pandemia de Covid-19. Ademais, a forte correlação entre o valor médio e o valor total dos medicamentos adquiridos por determinação judicial indica a concentração dos gastos em um conjunto restrito de medicamentos de elevado custo unitário.

A estabilidade dos padrões de correlação ao longo do tempo — tanto no período de 2016 a 2024 (*Tabelas 1 a 3*) quanto no quadriênio de 2021 a 2024 (*Tabelas 4 a 8*) — sugere que a judicialização da saúde em Minas Gerais apresenta uma estrutura consolidada, não se tratando de um fenômeno meramente episódico ou circunstancial. Esses achados reforçam a compreensão de que a judicialização tem assumido caráter sistêmico e financeiramente relevante, impondo desafios persistentes ao planejamento orçamentário, à previsibilidade das despesas e à sustentabilidade do sistema público de saúde.

Nesse sentido, o estudo oferece subsídios relevantes para o aprimoramento das políticas públicas, ao evidenciar a necessidade de estratégias que conciliem maior eficiência na alocação dos recursos públicos com a garantia da equidade e da efetividade do direito fundamental à saúde.

## **9 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A presente pesquisa, intitulada *A Judicialização de Medicamentos e o Impacto no Orçamento da Saúde no Estado de Minas Gerais*, tem como objetivo central compreender em que medida as demandas judiciais afetam a execução orçamentária e a capacidade do Estado de planejar e prever seus gastos em saúde. A análise desenvolvida permitiu confirmar que a judicialização de medicamentos constitui um dos fatores mais relevantes e desafiadores para a sustentabilidade financeira e para a racionalidade da gestão pública, ao introduzir despesas obrigatórias caracterizadas por elevado custo unitário, alta volatilidade e limitada previsibilidade.

Os resultados empíricos evidenciam que o impacto da judicialização sobre o orçamento estadual não se restringe à dimensão quantitativa, assumindo natureza sistêmica. As decisões judiciais, ao determinarem o fornecimento de medicamentos — incorporados ou não às listas oficiais do Sistema Único de Saúde (SUS) — deslocam recursos originalmente destinados à estruturação da rede pública e à execução de políticas planejadas. Essa reorientação forçada das dotações compromete a eficiência do gasto público e afeta o cumprimento das metas estabelecidas no Plano Plurianual de Ação Governamental (PPAG), confirmando a hipótese inicial de que a judicialização impõe pressões significativas sobre a capacidade financeira e sobre o planejamento do Estado.

Do ponto de vista da previsibilidade orçamentária, identificou-se que a natureza judicial dessas despesas torna o planejamento público especialmente vulnerável. Por se tratar de determinações impositivas e, em grande parte, emergenciais, a execução ocorre sem previsão prévia de dotação específica, obrigando o gestor a recorrer a remanejamentos, suplementações e cancelamentos de ações previamente programadas. Essa dinâmica fragiliza o princípio da anualidade orçamentária, compromete a coerência entre planejamento e execução e dificulta o controle social sobre o gasto público. Nesse sentido, o estudo evidencia que o principal desafio não reside apenas no volume do gasto judicializado, mas na dificuldade estrutural de estimá-lo e incorporá-lo adequadamente ao ciclo orçamentário.

Como desdobramento dessa dinâmica, o financiamento tripartite — um dos pilares estruturantes do SUS — passa a ser tensionado após a expansão da judicialização, ao redistribuir responsabilidades financeiras entre União, Estados e Municípios sem a devida observância das competências legalmente atribuídas a cada ente federado. Em um sistema federativo descentralizado, no qual a gestão da saúde, especialmente da assistência farmacêutica, depende de estreita coordenação interfederativa, esse cenário evidencia a necessidade de conciliar a tutela individual do direito à saúde com a racionalidade administrativa e orçamentária do sistema.

Nesse contexto, a atuação posterior do Supremo Tribunal Federal (STF) assumi papel central ao reordenar a matéria e estabelecer balizas voltadas à delimitação da competência jurisdicional, do custeio e dos mecanismos de ressarcimento interfederativo. Ao definir o medicamento como elemento estruturante das decisões interfederativas e ao fixar critérios técnicos rigorosos — como a

exigência de registro sanitário, a inexistência de alternativa terapêutica incorporada ao SUS e a demonstração de custo-efetividade — a Corte contribui para ampliar a segurança normativa dos gestores e reforçar a coerência entre os campos jurídico, administrativo e sanitário.

No âmbito estadual, observou-se que Minas Gerais tem buscado alinhar sua organização administrativa às diretrizes federais e às orientações jurisprudenciais que estruturam a resposta institucional à judicialização da saúde. O fortalecimento da Subsecretaria de Acesso a Serviços de Saúde e da Superintendência de Judicialização, associado à intensificação da articulação com o Tribunal de Justiça de Minas Gerais (TJMG), por meio dos Núcleos de Inteligência e dos Núcleos de Apoio Técnico, indica a construção de um modelo de governança colaborativa orientado à qualificação da tomada de decisão, à harmonização dos entendimentos técnicos e ao aprimoramento da responsabilidade fiscal. Trata-se, porém, de um arranjo institucional em processo de consolidação, cujo amadurecimento é inerente à própria complexidade do fenômeno, exigindo acompanhamento contínuo e produção gradual de evidências empíricas que permitam avaliar seus efeitos e orientar, ao longo do tempo, o aperfeiçoamento das práticas adotadas.

Em termos conclusivos, o estudo confirma sua hipótese central de que a judicialização de medicamentos produz um impacto mensurável, crescente e de difícil previsão sobre o orçamento da saúde em Minas Gerais, exigindo do Estado capacidade adaptativa contínua e estratégias inovadoras de gestão financeira. E demonstra que os objetivos da pesquisa foram alcançados ao oferecer uma análise integrada da estrutura do Sistema Único de Saúde, das competências federativas, da dinâmica da assistência farmacêutica e dos instrumentos jurídicos voltados à racionalização da judicialização em saúde. Ainda assim, destaca que a complexidade do fenômeno evidencia que a análise institucional e contábil, embora indispensável, deve ser complementada por modelos preditivos baseados em séries históricas e técnicas avançadas de inteligência de dados, capazes de antecipar pressões futuras e orientar respostas mais eficientes às demandas judiciais.

Nesse contexto, os resultados deste trabalho apresentam convergência substantiva com os achados do Conselho Nacional de Justiça, em especial aqueles sistematizados no *Diagnóstico da judicialização da saúde pública e suplementar* (CNJ, 2025b), que identifica a concentração das demandas na Justiça Estadual, os elevados

índices de concessão de tutelas de urgência e a centralidade dos medicamentos e dos serviços médico-hospitalares como principais objetos das controvérsias judiciais. Essa convergência demonstra a compatibilidade entre as análises aqui desenvolvidas e as conclusões do Conselho Nacional de Justiça, corroborando as diretrizes institucionais por ele formuladas. À luz desse alinhamento, a pesquisa reconhece a pertinência das estratégias recomendadas no referido diagnóstico, notadamente a qualificação da atuação judicial por meio de formação continuada de magistradas e magistrados, o uso sistemático de evidências científicas pelos Núcleos de Apoio Técnico do Judiciário (NatJus) e o fortalecimento de mecanismos de conciliação e de monitoramento do cumprimento das diretrizes jurisprudenciais, com potencial para promover maior racionalidade decisória, segurança jurídica e equilíbrio na alocação dos recursos públicos em saúde.

Assim, projeta-se como agenda futura de pesquisa e de gestão o aprofundamento dos estudos sobre modelos preditivos de impacto orçamentário, bem como o aperfeiçoamento dos instrumentos de monitoramento interinstitucional entre os Poderes, por meio da integração dos bancos de dados judiciais e do fortalecimento da política de aquisição compartilhada entre os entes federativos. Espera-se, com isso, o fortalecimento do diálogo e a atualização contínua das Políticas de Assistência Farmacêutica, de modo a mitigar as lacunas estruturais que impulsionam o recurso ao Poder Judiciário.

Em síntese, conclui-se que a judicialização de medicamentos, inerente ao Estado Democrático de Direito, demanda gestão contínua orientada pelo equilíbrio entre a proteção dos direitos individuais e a sustentabilidade das políticas públicas de saúde, consolidando o direito à saúde como compromisso efetivo de gestão pública responsável, transparente e socialmente orientada.

## REFERÊNCIAS

AMARAL, Daniel Mercanti. **Efetividade do Orçamento Base Zero (OBZ) na alocação de recursos públicos em Minas Gerais**: uma análise comparativa com os métodos tradicionais. 2024. 45 f. Monografia (Graduação em Ciências Econômicas) - Instituto de Ciências Sociais Aplicadas, Universidade Federal de Ouro Preto, Mariana, 2024. Disponível em: <https://www.monografias.ufop.br/handle/35400000/7456>. Acesso em: 03 out. 2025.

AMARAL, Max Carvalho; COSTA, Rodrigo Otávio Lobo da Silva. **Matérias de repercussão geral que impactam no Sistema Único de Saúde**. In: CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). *Direito à saúde*. Organização: René Santos. Brasília: CONASS, 2015. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS).

AZEVEDO, Paulo Furquim de; AITH, Fernando Mussa Abujamra. **Judicialização da saúde no Brasil**: perfil das demandas, causas e propostas de solução. Brasília, DF: Insper; CNJ, 2019. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2011/02/95da70941b7cd226f9835d56017d08f4.pdf> Acesso em: 3 maio 2025.

BARBOSA, Lúcio; CARMO, Mariana Marcatto do; MANGUALDE, Laura Gama dos Santos. **Desvinculação de receitas estaduais**: análise da aplicação no estado de Minas Gerais entre 2017 e 2020. Revista do Serviço Público, Brasília, v. 74, n. 2, p. 329-346, abr./jun. 2023. DOI: 10.21874/rsp.v74i2.9863. Disponível em: <https://repositorio.enap.gov.br/bitstream/1/7721/1/9863-Texto%20do%20Artigo-31679-1-10-20230807.pdf>. Acesso em: 6 out. 2025.

BENTO, Carina Di Lorenzo; ARAÚJO, Tayla Batista de. **Sustentabilidade fiscal do Estado de Minas Gerais**: uma análise dos principais indicadores fiscais e da dinâmica da dívida pública. Belo Horizonte: Fundação João Pinheiro, 2015. Disponível em: <https://repositorio.fjp.mg.gov.br/items/1b8104a4-ad66-4cf6-91f9-7f25ea41105f>. Acesso em: 6 out. 2025.

BRASIL. **Lei n.º 4.320**, de 17 de março de 1964. Estatui normas gerais de direito financeiro para elaboração e controle dos orçamentos e balanços da União, dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal. Diário Oficial da União, Brasília, 18 mar. 1964. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l4320.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l4320.htm). Acesso em: 25 set. 2025.

BRASIL. **Decreto n.º 64.867**, de 24 de julho de 1969. Institui o Fundo Nacional de Saúde (FNS), vinculado ao Ministério da Saúde, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 25 jul. 1969. Revogado. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/antigos/d64867.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/antigos/d64867.htm). Acesso em: 25 set. 2025.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Senado Federal. Disponível em: <https://www2.senado.leg.br/bdsf/handle/id/660138>. Acesso em: 7 maio 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. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm). Acesso em: 3 maio 2025.

BRASIL. **Lei nº 8.212**, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre a organização da Seguridade Social, institui o Plano de Custeio e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 25 jul. 1991. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8212cons.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8212cons.htm). Acesso em: 25 set. 2025

BRASIL. **Decreto nº 806**, de 24 de abril de 1993. Reorganiza o Fundo Nacional de Saúde, de acordo com as diretrizes e os objetivos do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, 24 abr. 1993. Revogado. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/antigos/D0806.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/antigos/D0806.htm). Acesso em: 25 set. 2025.

BRASIL. **Lei Complementar nº 87**, de 13 de setembro de 1996. Dispõe sobre o ICMS — Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 17 set. 1996a. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/lcp/lcp87.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp87.htm). Acesso em: 03 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 2.203**, de 5 de novembro de 1996. Aprova a Norma Operacional Básica – NOB/SUS 01/96. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1996b. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203\\_05\\_11\\_1996.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.html). Acesso em: 25 set. 2025.

BRASIL. **Decreto nº 2.867**, de 8 de dezembro de 1998. Dispõe sobre a repartição de recursos provenientes do Seguro Obrigatório de Danos Pessoais causados por Veículos Automotores de Vias Terrestres — DPVAT. Diário Oficial da União, Brasília, 9 dez. 1998a. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/d2867.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d2867.htm). Acesso em: 25 set. 2025.

BRASIL. **Lei nº 9.656**, de 3 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Diário Oficial da União, Brasília, 4 jun. 1998. 1998b. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l9656.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9656.htm). Acesso em: 03 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Medicamentos**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1998c. Disponível em: <https://www.saude.gov.br>. Acesso em: 3 maio 2025.

BRASIL. **Emenda Constitucional n.º 29**, de 13 de setembro de 2000. Altera o art. 198 e dá nova redação aos arts. 194 e 200 da Constituição da República Federativa do Brasil. Diário Oficial da União, Brasília, 13 set. 2000a. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm). Acesso em: 03 out. 2025.

BRASIL. **Lei Complementar nº 101**, de 4 de maio de 2000. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 5 maio 2000b. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/lcp/lcp101.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp101.htm). Acesso em: 7 maio 2025.

BRASIL. **Decreto n.º 3.964**, de 10 de outubro de 2001. Dispõe sobre o Fundo Nacional de Saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 11 out. 2001. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/2001/D3964.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2001/D3964.htm). Acesso em: 25 set. 2025.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde (CNS). **Resolução n.º 338**, de 6 de maio de 2004a. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/atos-normativos/resolucoes/2004/resolucao-no-338.pdf/view>. Acesso em: 25 set. 2025

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde (CNS). **Sistema de informações sobre orçamentos públicos**. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 20 maio 2004b. Disponível em: Sistema de informações sobre orçamentos públicos. Acesso em: 3 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF)**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004c. Disponível em: <https://www.saude.gov.br>. Acesso em: 3 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 399**, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido Pacto. Brasília, DF, 22 fev. 2006a. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399\\_22\\_02\\_2006.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html). Acesso em: 25 set. 2025

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 699**, de 30 de março de 2006. Regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 30 mar. 2006b. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0699\\_30\\_03\\_2006\\_comp.htm](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0699_30_03_2006_comp.htm). Acesso em: 25 set. 2025

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Assistência Farmacêutica**. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <https://www.saude.gov.br>. Acesso em: 3 maio 2025.

BRASIL. **Decreto n.º 7.508**, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 29 jun. 2011a. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm). Acesso em: 25 set. 2025.

BRASIL. **Decreto nº 7.646**, de 21 de dezembro de 2011. Dispõe sobre a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde e sobre o

processo administrativo para incorporação, exclusão e alteração de tecnologias em saúde pelo Sistema Único de Saúde – SUS, e dá outras providências. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 22 dez. 2011b. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/decreto/d7646.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7646.htm). Acesso em: 25 set. 2025.

BRASIL. **Lei nº 12.401**, de 28 de abril de 2011. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 29 abr. 2011c. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/lei/l12401.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12401.htm). Acesso em: 25 set. 2025.

BRASIL. **Lei nº 12.527**, de 18 de novembro de 2011. Regulamenta o direito de acesso à informação previsto no inciso XIX do caput do art. 5º, no inciso II do § 3º do art. 37 e no § 2º do art. 216 da Constituição Federal. Diário Oficial da União, Brasília, 18 nov. 2011d. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/lei/l12527.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12527.htm). Acesso em: 6 out. 2025.

BRASIL. **Lei Complementar nº 141**, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o §3º do art. 198 da Constituição Federal, dispõe sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente em ações e serviços públicos de saúde, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 16 jan. 2012. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/lcp/lcp141.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm). Acesso em: 7 maio 2025.

BRASIL. **Emenda Constitucional n.º 95**, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 15 dez. 2016. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm). Acesso em: 03 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Fundo Nacional de Saúde (FNS)**. Sobre o FNS. 2020a. Disponível em: <https://portalfns.saude.gov.br/sobre-o-fns/> Acesso em: 3 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 828**, de 17 de abril de 2020. Altera a Portaria de Consolidação nº 6/2017/GM/MS, para dispor sobre os grupos de identificação das transferências federais de recursos da saúde. Diário Oficial da União, Brasília, 24 abr. 2020b. Disponível em: [https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/copy\\_of\\_portarias/2020/portaria-no-828-de-17-de-abril-de-2020.pdf/view](https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/copy_of_portarias/2020/portaria-no-828-de-17-de-abril-de-2020.pdf/view). Acesso em: 3 out. 2025.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). **Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED)**: preços. Brasília, 2023a. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/medicamentos/cmed/precos>. Acesso em: 25 set. 2025.

BRASIL. **Emenda Constitucional n.º 132**, de 20 de dezembro de 2023. Altera o Sistema Tributário Nacional. Diário Oficial da União, Brasília, 20 dez. 2023. 2023b.

Disponível em:

[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/emendas/emc/emc132.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc132.htm).  
Acesso em: 03 out. 2025.

BRASIL. **Lei nº 14.544**, de 4 de abril de 2023. Dispõe sobre a gestão e a operacionalização dos pedidos das indenizações previstas no art. 3º da Lei nº 6.194, de 19 de dezembro de 1974, e altera a Lei nº 14.075, de 22 de outubro de 2020. Diário Oficial da União, Brasília, 5 abr. 2023. 2023c Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2023-2026/2023/lei/l14544.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/lei/l14544.htm). Acesso em: 03 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n.º 6.212**, de 19 de dezembro de 2024. Dispõe sobre regras procedimentais para o ressarcimento interfederativo relativo a valores financeiros despendidos decorrentes de ordens judiciais referentes a fornecimento de medicamentos. Diário Oficial da União, Brasília, 20 dez. 2024. 2024a Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt6212\\_20\\_12\\_2024.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt6212_20_12_2024.html). Acesso em: 3 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2024b. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sectics/rename>. Acesso em: 10 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec)**. Medicamentos por CID e PCDT. 2025a. Disponível em: <https://www.gov.br/conitec/pt-br/protocolos-clinicos-e-diretrizes-terapeuticas/medicamentos-por-cid-e-pcdt>. Acesso em: 02 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2025b. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/assistencia-farmacaceutica/ceaf>. Acesso em: 06 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Datasus. **Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS)**. Brasília: Ministério da Saúde. 2025c. Disponível em: [http://siops.datasus.gov.br/mctc\\_seleciona\\_ente.php](http://siops.datasus.gov.br/mctc_seleciona_ente.php). Acesso em: 27 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas – PCDT. Diretrizes Nacionais. Protocolos de Uso**. 2025d. Disponível em: <https://www.gov.br/conitec/pt-br/assuntos/avaliacao-de-tecnologias-em-saude/protocolos-clinicos-e-diretrizes-terapeuticas/pcdt> Acesso em: 6 out. 2025.

BRASIL. Tribunal de Contas da União (TCU). **Relatório de fiscalização: impacto da judicialização da saúde no orçamento público**. Brasília, DF: TCU, 2025e. Disponível em: <https://portal.tcu.gov.br/publicacoes-institucionais/relatorio-de-fiscalizacao>. Acesso em 26 abr. 2025.

BRETAS, Janaína; FERREIRA JUNIOR, Silvio; RIANI, Juliana Lucena Ruas. **Incorporação de tecnologias no SUS e possíveis relações com a judicialização da saúde**. Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde – RAHIS, Belo Horizonte, v. 18, n. 1, p. 30–43, jan./mar. 2021. DOI: Disponível em: <https://doi.org/10.21450/rahis.v18i1.6667>. Acesso em 03 maio de 2025.

CEFAÏ, Daniel. **Públicos, problemas públicos, arenas públicas.... Novos Estudos**. Cebrap, São Paulo, n. 107, p. 9–25, nov. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/nec/a/zdyH9SGqnWm5LwrV7MT4k9M/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 3 maio 2025.

CHIEFFI, Ana Luiza; BARATA, Rita Barradas. **Judicialização da política pública de assistência farmacêutica e equidade**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 25, n. 8, p. 1839–1849, ago. 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/6qY8f3jv5M5m6yZy8K9k9k9/?lang=pt>. Acesso em: 3 maio 2025.

COMISSÃO NACIONAL DE INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIAS NO SUS (Conitec). **Incorporação de tecnologias**. Brasília, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/conitec/pt-br>. Acesso em: 3 maio de 2025.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Resolução CNJ n. 107**, de 6 de abril de 2010. Institui o Fórum Nacional do Judiciário para monitoramento e resolução das demandas de assistência à saúde. Brasília, DF, 2010. Disponível em: <https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/173>. Acesso em: 26 abr. 2025.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Resolução CNJ n. 238**, de 6 de setembro de 2016. Dispõe sobre a criação e manutenção, pelos Tribunais de Justiça e Regionais Federais, de Comitês Estaduais da Saúde, bem como a especialização de vara em comarcas com mais de uma vara de Fazenda Pública. Brasília, DF, 2016. Disponível em: <https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/2339>. Acesso em: 26 abr. 2025.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Recomendação CNJ n. 100**, de 16 de junho de 2021. Recomenda o uso de métodos consensuais de solução de conflitos em demandas que versem sobre o direito à saúde. Brasília, DF, 2021. Disponível em: <https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/3988>. Acesso em: 26 abr. 2025

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Resolução CNJ n. 479**, de 11 de novembro de 2022. Dispõe sobre o funcionamento e utilização do Sistema Nacional de Pareceres e Notas Técnicas (e-NatJus). Brasília, DF, 2022. Disponível em: <https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/3988>. Acesso em: 26 abr. 2025.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA (CNJ). **Recomendação n. 146**, de 16 de agosto de 2023. Dispõe sobre a tramitação e a execução de demandas judiciais relativas à saúde. Brasília, DF: CNJ, 2023. 2023a. Disponível em: <https://atos.cnj.jus.br/>. Acesso em: 6 out. 2025.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA (CNJ). **Resolução CNJ n. 530**, de 10 de novembro de 2023. Institui a Política Judiciária de Resolução Adequada das

Demandas de Assistência à Saúde, que estabelece diretrizes para o planejamento de ações no âmbito do Fórum Nacional do Judiciário para a Saúde (Fonajus) e o seu respectivo Plano Nacional (2024–2029). Diário da Justiça Eletrônico: Brasília, DF, 16 nov. 2023. 2023b. Disponível em: <https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/5330>. Acesso em: 3 maio 2025.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA (CNJ). **Resolução CNJ n. 576**, de 26 de agosto de 2024. Altera a Resolução CNJ nº 107/2010 e institui a Semana Nacional da Saúde. Diário da Justiça Eletrônico: Brasília, DF, 29 ago. 2024. 2024a. Disponível em: <https://atos.cnj.jus.br/files/original1526332024090266d5d929b70e1.pdf>. Acesso em: 3 maio 2025.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA (CNJ). **Resolução CNJ n. 589**, de 15 de outubro de 2024. Altera a Resolução CNJ nº 479/2022 e institui o Comitê Gestor Nacional do e-NatJus. Diário da Justiça Eletrônico: Brasília, DF, 16 out. 2024. 2024b. Disponível em: <https://atos.cnj.jus.br/files/original13360320241105672a1f4390280.pdf>. Acesso em: 3 maio 2025.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA (CNJ). Fonajus: “**Saúde é um dos temas mais difíceis que o Judiciário enfrenta**”, diz Barroso. *Agência CNJ de Notícias*, Brasília, 24 abr. 2025. 2025a. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/fonajus-saude-e-um-dos-temas-mais-dificeis-que-o-judiciario-enfrenta-diz-barroso/>. Acesso em: 1 out. 2025.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA (CNJ); PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. **Diagnóstico da judicialização da saúde pública e suplementar**. Brasília: CNJ; PNUD, 2025. 132 p. ISBN 978-65-5972-204-4 (Justiça Plural). 2025b. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2025/11/251105-02-cnj-pnud-diagnostico-da-judicializacao-da-saude-publica-e-suplementar.pdf>. Acesso em: 2 dez. 2025.

GIACOMONI, James. **Orçamento Público**. Rio de Janeiro: Atlas, 2023. Ebook. ISBN 9786559775149. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9786559775149>. Acesso em 26 abr. 2025.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2019. Disponível em: <https://ayanrafael.com/wp-content/uploads/2011/08/gil-a-c-mc3a9todos-e-tc3a9nicas-de-pesquisa-social.pdf>. Acesso em: 1 nov. 2025.

GLOBAL HEALTH AND HUMAN RIGHTS DATABASE. **Recurso Extraordinário n. 271.286-8/RS** (Agravo Regimental STF, 2000. Rosa Vieira v. Município de Porto Alegre. 2015. Disponível em: <https://www.globalhealthrights.org/wp-content/uploads/2015/03/BRAZIL-SC-2000-Rosa-Vieira-v.-Mun-Porto-Alegre-No.-271.286-8.pdf>. Acesso em: 3 nov. 2025.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Demográfico 2022**: população e domicílios: primeiros resultados. Rio de Janeiro:

IBGE, 2023. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=2101637> Acesso em: 02 out. 2025.

JACÓ, Adjane Pereira *et al.* Reserva do possível e o acesso à saúde no Brasil. **Research, Society and Development**, v. 12, n. 8, e4912842790, 2023. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v12i8.42790>. Acesso em: 6 out.2025.

MAGALHÃES, Maitê Marques. **Entre o positivismo jurídico e o pós-positivismo: uma análise do cenário de judicialização dos direitos sociais no Brasil a partir das teorias do direito.** 2025. Dissertação (Mestrado em Direito Político e Econômico) – Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo, 2025. Orientador: Orlando Villas Bôas Filho. Disponível em: <https://adelfa-api.mackenzie.br/server/api/core/bitstreams/08eded29-32ca-4d2e-8e40-bcde48b79ce7/content> Acesso em: 6 out. 2025.

MELO, Luíza Viana. **A função do processo coletivo na judicialização da saúde: um estudo de caso sobre o Estado de Minas Gerais.** 2017. 209 f. Dissertação (Programa de Mestrado em Administração Pública) - Fundação João Pinheiro, Belo Horizonte, 2017. Disponível em: <https://repositorio.fjp.mg.gov.br/items/d4638c8f-aa2a-4dce-bff3-32ca3d736570>. Acesso em: 25 set. 2025.

MINAS GERAIS. **Lei nº 11.983**, de 14 de novembro de 1995. Dispõe sobre a criação do Fundo Estadual de Saúde e estabelece normas de gestão financeira para execução das ações e serviços de saúde no âmbito do SUS/MG. Belo Horizonte: Assembleia Legislativa de Minas Gerais, 1995. Disponível em: <https://www.almg.gov.br/legislacao-mineira>. Acesso em: 01 out. 2025.

MINAS GERAIS. **Decreto nº 39.223**, de 10 de novembro de 1997. Regulamenta a Lei nº 11.983, de 14 de novembro de 1995, dispondo sobre a organização e funcionamento do Fundo Estadual de Saúde de Minas Gerais. Belo Horizonte: Assembleia Legislativa de Minas Gerais, 1997. Disponível em: <https://www.almg.gov.br/legislacao-mineira>. Acesso em: 01 out. 2025.

MINAS GERAIS. Tribunal de Contas do Estado de Minas Gerais (TCE-MG). Coordenadoria de Fiscalização e Avaliação da Macrogestão Governamental do Estado. **Relatório sobre a macrogestão e contas do governador do Estado de Minas Gerais**: exercício 2016. Belo Horizonte: TCE-MG, 2017. Disponível em: <https://www.almg.gov.br/atividade-parlamentar/orcamento-do-estado/contas-do-governador/>. Acesso em: 01 out. 2025.

MINAS GERAIS. Tribunal de Contas do Estado de Minas Gerais (TCE-MG). Coordenadoria de Fiscalização e Avaliação da Macrogestão Governamental do Estado. **Relatório sobre a macrogestão e contas do governador do Estado de Minas Gerais**: exercício 2017. Processo nº 1040601. Belo Horizonte: TCE-MG, 2018. Disponível em: <https://www.almg.gov.br/atividade-parlamentar/orcamento-do-estado/contas-do-governador/>. Acesso em: 01 out. 2025.

MINAS GERAIS. Tribunal de Contas do Estado de Minas Gerais (TCE-MG). Coordenadoria de Fiscalização e Avaliação da Macrogestão Governamental do

Estado. **Relatório sobre a macrogestão e contas do governador do Estado de Minas Gerais**: exercício 2018. Processo nº 1066559. Belo Horizonte: TCE-MG, 2019. Disponível em: <https://www.almg.gov.br/atividade-parlamentar/orcamento-do-estado/contas-do-governador/>. Acesso em: 01 out. 2025.

MINAS GERAIS. Tribunal de Contas do Estado de Minas Gerais (TCE-MG). Coordenadoria de Fiscalização e Avaliação da Macrogestão Governamental do Estado. **Relatório sobre a macrogestão e contas do governador do Estado de Minas Gerais**: exercício 2019. Belo Horizonte: TCE-MG, 2020. Disponível em: <https://www.almg.gov.br/atividade-parlamentar/orcamento-do-estado/contas-do-governador/>. Acesso em: 01 out. 2025.

MINAS GERAIS. Tribunal de Contas do Estado de Minas Gerais (TCE-MG). Coordenadoria de Fiscalização e Avaliação da Macrogestão Governamental do Estado. **Relatório sobre a macrogestão e contas do governador do Estado de Minas Gerais**: exercício 2020. Processo nº 1101512. Belo Horizonte: TCE-MG, 2021. Disponível em: <https://www.almg.gov.br/atividade-parlamentar/orcamento-do-estado/contas-do-governador/>. Acesso em: 01 out. 2025.

MINAS GERAIS. **Decreto nº 48.456**, de 1º de julho de 2022. Estabelece a alíquota do ICMS nas operações internas com combustíveis, energia elétrica e serviços de comunicação, e ajusta percentuais de redução da base de cálculo do imposto. Diário do Executivo – Minas Gerais, Belo Horizonte, 1 jul. 2022a. Disponível em: <https://www.almg.gov.br/legislacao-mineira/texto/DEC/48456/2022/>. Acesso em: 03 out. 2025.

MINAS GERAIS. Tribunal de Contas do Estado de Minas Gerais (TCE-MG). Coordenadoria de Fiscalização e Avaliação da Macrogestão Governamental do Estado. **Relatório sobre a macrogestão e contas do governador do Estado de Minas Gerais**: exercício 2021. Processo nº 1144601. Belo Horizonte: TCE-MG, 2022b. Disponível em: <https://www.almg.gov.br/atividade-parlamentar/orcamento-do-estado/contas-do-governador/>. Acesso em: 01 out. 2025.

MINAS GERAIS. **Decreto nº 48.661**, de 31 de julho de 2023. Dispõe sobre a organização da Secretaria de Estado de Saúde. Diário Oficial do Estado de Minas Gerais, Belo Horizonte, 1 ago. 2023a. Disponível em: <https://www.almg.gov.br/legislacao-mineira/texto/DEC/48661/2023/?cons=1>. Acesso em: 3 maio de 2025.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG). Institucional. **Estrutura Organizacional SESMG**: organograma. 2023b. Disponível em: <https://www.saude.mg.gov.br/>. Acesso em: 2 out.2025

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG). **Judicialização da Saúde**. Belo Horizonte, 2023c. Disponível em: <https://www.saude.mg.gov.br/judicializacao> Acesso em: 3 maio 2025.

MINAS GERAIS. **Lei nº 24.313**, de 28 de abril de 2023. Estabelece a estrutura orgânica da administração pública do Poder Executivo do Estado. Belo Horizonte: Assembleia Legislativa de Minas Gerais, 2023d. Disponível em:

<https://www.almg.gov.br/legislacao-mineira/texto/LEI/24313/2023/?cons=1>. Acesso em: 2 out. 2025.

MINAS GERAIS. Tribunal de Contas do Estado de Minas Gerais (TCE-MG). Coordenadoria de Fiscalização e Avaliação da Macrogestão Governamental do Estado. **Relatório sobre a macrogestão e contas do governador do Estado de Minas Gerais**: exercício 2022. Processo nº 1144601. Belo Horizonte: TCE-MG, 2023e. Disponível em: <https://www.almg.gov.br/atividade-parlamentar/orcamento-do-estado/contas-do-governador/>. Acesso em: 01 out. 2025.

MINAS GERAIS. Tribunal de Contas do Estado de Minas Gerais (TCE-MG). Coordenadoria de Fiscalização e Avaliação da Macrogestão Governamental do Estado. **Relatório sobre a macrogestão e contas do governador do Estado de Minas Gerais**: exercício 2023. Processo nº 1167016. Belo Horizonte: TCE-MG, 2024. Disponível em: <https://www.almg.gov.br/atividade-parlamentar/orcamento-do-estado/contas-do-governador/>. Acesso em: 01 out. 2025.

MINAS GERAIS. **Decreto nº 49.084**, de 8 de agosto de 2025. Altera o Decreto nº 48.661, de 31 de julho de 2023, que dispõe sobre a organização da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Diário do Executivo – Minas Gerais, Belo Horizonte, 9 ago. 2025a. Disponível em: <https://www.almg.gov.br/legislacao-mineira/texto/DEC/49084/2025/>. Acesso em: 25 set. 2025.

MINAS GERAIS. Tribunal de Contas do Estado de Minas Gerais (TCE-MG). Coordenadoria de Fiscalização e Avaliação da Macrogestão Governamental do Estado. **Relatório sobre a macrogestão e contas do governador do Estado de Minas Gerais**: exercício 2024. Processo nº 1188127 Belo Horizonte: TCE-MG, 2025b. Disponível em: <https://www.almg.gov.br/legislacao-mineira/texto/DEC/49084/2025/>. Acesso em: 25 set. 2025.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Sistema Eletrônico do Serviço de Informação ao Cidadão. Memorando SES/SUBASS-SJUD nº. 249/2025, de 07 de agosto de 2025. Resposta ao Protocolo e-S/C 01320000228202514 - Recurso 1ª Instância (119468216) contendo: **Dados orçamentários da judicialização específica de medicamentos, preferencialmente relacionados à ação Atendimento às Medidas Judiciais, com foco no elemento de despesa Medicamentos, mantendo-se o intervalo temporal de 2020 a 2024, especialmente considerando as atuações das unidades SJUD**. Belo Horizonte, 2025c.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Sistema Eletrônico do Serviço de Informação ao Cidadão. Memorando SES/SUBASS-SJUD-DCDJ-CPA nº 2475/2025, de 24 de setembro de 2025. Resposta ao Protocolo e-S/C nº 01320000360202518 (123486302), contendo: **Consolidado dos medicamentos adquiridos por determinação judicial entre 2021 e 2024**. Belo Horizonte, 2025d. 1 anexo.

NORONHA, José Carvalho de; LIMA, Luciana Dias e MACHADO, Cristiani Vieira. **O Sistema Único de Saúde – SUS**. In: Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Giovanella *et. al.* (orgs.). Rio de Janeiro, Ed. Fiocruz, 2012. Disponível em:

<https://books.scielo.org/id/c5nm2/pdf/giovanella-9788575413494.pdf>. Acesso em: 25 set. 2025.

OCKÉ-REIS, Carlos Octávio; RIBEIRO, José Aparecido Carlos; PIOLA, Sérgio Francisco. **Financiamento das políticas sociais nos anos 1990**: o caso do Ministério da Saúde. Brasília, DF: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), jun. 2001. (Texto para Discussão, n. 802). Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/entities/publication/8e77275f-d890-400a-b2cb-c2ef415bdc99>. Acesso em: 26 set. 2025

OLIVEIRA, E. A.; BERMUDEZ, J. A. Z. **Assistência farmacêutica no sistema público de saúde no Brasil**. Revista Panamericana de Salud Pública, Washington, v. 27, n. 2, p. 149–156, 2010. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2010.v27n2/149-156>. Acesso em: 3 maio 2025.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. OMS. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID-10**. 10. ed. Genebra: OMS, 2019. Disponível em: <https://www.who.int/standards/classifications/classification-of-diseases>. Acesso em: 6 maio 2025.

PAIM, Jairnilson Silva. **Modelos de atenção à saúde no Brasil**. In: Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Giovanella *et. al.* (orgs.). Rio de Janeiro, Ed. Fiocruz, 2012. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/c5nm2/pdf/giovanella-9788575413494-22.pdf>. Acesso em: 25 set. 2025.

REZENDE, Ricardo. **Sustentabilidade fiscal e desafios financeiros em Minas Gerais**: uma análise recente. Cadernos de Administração Pública, v. 15, n. 3, p. 312-329, 2023. Disponível em: <https://repositorio.fgv.br/collections/6be8108d-c189-4c1f-ae09-37b2c3fed5b0>. Acesso em: 26 abr. 2025

RODRIGUES, Camila Lins. **Sistemas de atenção à saúde e políticas de medicamentos na América Latina**: uma análise do Brasil e da Argentina. Revista Economia e Políticas Públicas. Universidade Estadual de Montes Claros, Montes Claros, vol. 3, nº 0, 1º Semestre/2015, p. 111-134. Disponível em: <https://www.periodicos.unimontes.br/index.php/economiaepoliticaspUBLICAS/article/view/4056>.. Acesso em: 25 set. 2025

RONCHI, Renzzo Giacomo. **Eclipse da racionalidade dos precedentes**: incoerência e desproporcionalidade no direito à saúde. Consultor Jurídico, São Paulo, 27 mar. 2025. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2025-mar-27/o-eclipse-da-racionalidade-dos-precedentes-incoerencia-e-desproporcionalidade-no-direito-a-saude/>. Acesso em: 6 maio 2025.

SCOREL, Sarah. **História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990**: do golpe militar à reforma sanitária. In: Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Giovanella *et. al.* (orgs.). Rio de Janeiro, Ed. Fiocruz, 2012. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/c5nm2/pdf/giovanella-9788575413494-17.pdf>. Acesso em: 25 set. 2025.

SIMÕES, Fabrício Henrique dos Santos. **Judicialização do acesso ao tratamento do diabetes no Estado de Minas Gerais**. 107 f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Mestrado em Saúde pública da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2015. Disponível em: <https://repositorio.ufmg.br/server/api/core/bitstreams/9d621ece-bc3d-4b75-849c-d4daf0ff5476/content>. Acesso em: 25 set. 2025.

SLOMSKI, Valmor; SOUZA, Alexandre; RIBEIRO, Fernanda. **Planejamento orçamentário e controle financeiro no setor público**. Revista de Administração Pública, v. 56, n. 2, p. 215-234, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rap/i/2022.v56n2/> Acesso em: 26 abr. 2025

SOUSA, Marina. **Sustentabilidade de sistemas de saúde versus judicialização**. Newsletter de Economia da Saúde, Brasília, DF, n. 13, 14 ago. 2023. Disponível em: <https://economia.saude.bvs.br/2023/08/14/13-newsletter-de-economia-da-saude-sustentabilidade-de-sistemas-de-saude-versus-judicializacao/>. Acesso em: 3 maio 2025.

SPEARMAN, C. **The Proof and Measurement of Association between Two Things**. American Journal of Psychology, v. 15, n. 1, p. 72–101, 1904.

SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. **Tema Repetitivo 106**: Obrigatoriedade do poder público de fornecer medicamentos não incorporados em atos normativos do SUS. In: Repetitivos e IACs, Informativo Jurisprudencial. Brasília: 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](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: 6 maio 2025.

SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. **Agravo Regimental na Suspensão de Tutela Antecipada n. 175/CE**, Relator: Ministro Gilmar Mendes. Brasília, DF, 10 mar. 2010. Disponível em: <https://www.stf.jus.br/arquivo/cms/noticianoticiastf/anexo/sta175.pdf>. Acesso em: 6 out.2025.

SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL (STF). **Repercussão Geral. Tema 793**. Competência solidária dos entes federativos no fornecimento de medicamentos e tratamentos médicos. Brasília, DF: STF, 2015. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/>. Acesso em: 6 out. 2025.

SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL (STF). **Repercussão Geral. Tema 500**. Competência da Justiça Federal para demandas de fornecimento de medicamentos sem registro na Anvisa. Brasília, DF: STF, 2019. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/>. Acesso em: 6 out. 2025.

SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL (STF). **Recurso Extraordinário nº 1.165.959 (Tema 1161)**. Tema: Dever do Estado de fornecer medicamento que, embora não possua registro na ANVISA, tem a sua importação autorizada pela agência de vigilância sanitária. 2022. Relator: Min. Marco Aurélio. Repercussão geral

reconhecida pelo Tema 1161. Disponível em:

<https://portal.stf.jus.br/jurisprudenciaRepercussao/verAndamentoProcesso.asp?incidente=5559067&numeroProcesso=1165959&classeProcesso=RE&numeroTema=1161>. Acesso em: 6 maio 2025.

SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL (STF). **Fornecimento de medicamentos pelo SUS**: confira os parâmetros fixados em acordo homologado pelo STF: Acordo entre União, estados e municípios prevê criação de uma plataforma nacional para reunir todas as informações sobre demandas de medicamentos. Notícias STF. Brasília, 06 mar. 2024a. Disponível em: <https://noticias.stf.jus.br/postsnoticias/fornecimento-de-medicamentos-pelo-sus-confira-os-parametros-fixados-em-acordo-homologado-pelo-stf/>. Acesso em: 8 out. 2025.

SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL (STF). **Recurso Extraordinário (RE) 566.471 (Tema 6)**. Decisão sobre o fornecimento de medicamentos fora da lista oficial do SUS. Brasília, 20 set. 2024b. Disponível em: <https://www.stf.jus.br/>. Acesso em: 6 maio 2025.

SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL (STF). **Repercussão Geral. Tema 1234**. Competência e responsabilidade pelo custeio de medicamentos não incorporados ao SUS. Brasília, DF: STF, 2024c. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/>. Acesso em: 6 maio 2025.

TAYLOR, J. R. **An Introduction to Error Analysis**: The Study of Uncertainties in Physical Measurements. 2. ed. Sausalito: University Science Books, 1997.

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE MINAS GERAIS (TJMG). **Resolução nº 969**, de 13 de julho de 2021. Dispõe sobre os Comitês de Assessoramento à Presidência, estabelece a estrutura e o funcionamento das unidades organizacionais da Secretaria do Tribunal de Justiça diretamente vinculadas ou subordinadas à Presidência e dá outras providências. Diário da Justiça Eletrônico – TJMG, Belo Horizonte, 12 jul. 2021. Disponível em: <https://www8.tjmg.jus.br/institucional/at/pdf/re09692021.pdf>. Acesso em: 25 set. 2025.

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE MINAS GERAIS (TJMG). Centro de Inteligência da Justiça de Minas Gerais – CIJMG. **Nota Técnica n. 17/2025**: Orientações técnicas referentes à judicialização da saúde após julgamento do STF dos Temas de Repercussão Geral 6 e 1234. Belo Horizonte, 2025. Disponível em: <https://www.tjmg.jus.br/portal-tjmg/noticias/nota-tecnica-do-cijmg-traz-orientacoes-sobre-judicializacao-da-saude-8ACC80D0993B1EB20199594BDF176D95-00.htm>. Acesso em: 07 nov. 2025

UGÁ, Maria Alicia D.; PORTO, Sílvia Marta e PIOLA, Sérgio Francisco. **Financiamento e alocação de recursos em saúde no Brasil**. In: Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Giovanella *et. al.* (orgs.). Rio de Janeiro, Ed. Fiocruz, 2012. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/c5nm2/pdf/giovanella-9788575413494-19.pdf>. Acesso em: 25 set. 2025.

VIEIRA, Fabiola Sulpino. **Direito à saúde no Brasil**: seus contornos, judicialização e a necessidade da macrojustiça. Texto para Discussão, n. 2547, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), Brasília, mar. 2020. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/server/api/core/bitstreams/5ceebbae-8cc7-44a2-bd19-45b9aba2fecb/content>. Acesso em: 25 set. 2025.