FIOCRUZ | Brasília
Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário
Cuadernos Iberoamericanos de Derecho Sanitario
ISSN: 2358-1824

Artigo

Judicialização de medicamentos e direito sanitário: estudo empírico-jurisprudencial nos tribunais estadual e federal do Pará (Amazônia)

Judicialisation of medicines and health law: an empirical-jurisprudential study in the state and federal courts of Pará (Amazon)

Judicialización de medicamentos y derecho sanitario: un estudio empírico-jurisprudencial en los tribunales estatales y federales de Pará (Amazonía)

Lucas Noronha Panzetti[1]
Universidade Federal do Pará, Belém, PA.
https://orcid.org/0009-0006-1641-3469
lucaspanzetti@gmail.com

João Antonio Campos Veloso[2]
Universidade Federal do Pará, Belém, PA.
https://orcid.org/0009-0009-1645-2494
jantonioveloso77@gmail.com

Krishina Day Ribeiro[3]
Universidade Federal do Pará, Belém, PA.
https://orcid.org/0000-0003-2180-8503
krishina.ribeiro@gmail.com

Resumo

Objetivo: analisar os dados de jurisprudência acerca de medicamentos e direito sanitário do Tribunal de Justiça do Estado do Pará (TJPA) e do Tribunal Regional Federal da Primeira Região (TRF1) sob a ótica das teorias sistêmicas de Niklas Luhmann e de Marcelo Neves. **Metodologia:** pesquisa qualiquantitativa acerca dos custos e dos processos de judicialização de medicamentos. A coleta ocorreu nos sítios eletrônicos do TJPA e do TRF1 com o uso do descritor "fornecimento de medicamentos", entre junho e setembro de 2025. Após leitura e aplicação de critérios de exclusão, extraíram-se variáveis processuais (medicamento, doença e veredito). Os preços foram balizados pelo Preço Máximo de Venda ao Governo (PMVG), da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), e os dados estatísticos analisados à luz da literatura científico-jurídica. A amostra analisada correspondeu a 83 processos na esfera estadual e a 310 na federal, totalizando 393 decisões. **Resultados:** o TJPA concentra-se nas demandas de atenção básica e infraestrutura nas Unidades de Terapia Intensiva (UTIs), com custo médio de R$ 9.041,38. Já o TRF1 centraliza as demandas da "elite tecnológica" (terapias gênicas e oncológicas), com custo médio de R$ 216.846,54. Além disso, em 71 processos estaduais, a tese da solidariedade federativa foi utilizada para contornar as regras de competência estipuladas pelo Tema 1.234 do Supremo Tribunal Federal (STF). Revela-se, assim, uma

[1] Graduando em Direito, Universidade Federal do Pará, Belém, PA, Brasil.
[2] Mestrando em Direitos Humanos, Universidade Federal do Pará, Belém, PA, Brasil.
[3] Doutora em Desenvolvimento Socioambiental, Universidade Federal do Pará, Belém, PA, Brasil. Professora Adjunta, Universidade Federal do Pará, Belém, PA, Brasil.

CC BY
OPEN ACCESS

profunda assimetria funcional. **Conclusão:** a judicialização no Pará opera em “duas velocidades”: uma focada na sobrevivência no âmbito estadual e outra de alta tecnologia na esfera federal. O Direito, ao tentar corrigir falhas na execução de políticas públicas via “inclusão seletiva”, gera um acoplamento estrutural tenso, no qual garantir direitos individuais desorganiza o planejamento coletivo, evidenciando os limites jurídicos frente à escassez econômica na Amazônia.
Palavras-chave: Judicialização da Saúde; Jurisprudência; Amazônia; Sistema Único de Saúde; Direito Sanitário.

Abstract

Objective: to analyse case-law data concerning medicines and health law from the Court of Justice of the State of Pará (TJPA) and the Federal Regional Court of the First Region (TRF1) through the lens of the systems theories of Niklas Luhmann and Marcelo Neves. **Methodology:** quali-quantitative research on the costs and proceedings relating to the judicialisation of medicines. Data collection was carried out on the websites of the TJPA and the TRF1 using the descriptor "supply of medicines", between June and September 2025. Following reading and the application of exclusion criteria, procedural variables (medicine, disease and verdict) were extracted. Prices were benchmarked against Anvisa's PMVG, and the statistical data were analysed in the light of the scientific-legal literature. The analysed sample comprised 83 cases at state level and 310 at federal level (393 decisions). **Results:** the TJPA concentrates on primary care and infrastructure claims in Intensive Care Units (ICUs), with an average cost of BRL 9,041.38. The TRF1, by contrast, concentrates the demands of the "technological elite" (gene and oncological therapies), with an average cost of BRL 216,846.54. Furthermore, in 71 state cases, the thesis of federative solidarity was used to circumvent the jurisdiction rules laid down by Theme 1,234 of the Federal Supreme Court (STF). A profound functional asymmetry is thus revealed. **Conclusion:** judicialisation in Pará operates at "two speeds": one focused on survival at state level, and the other on high technology at federal level. In attempting to correct failures in the implementation of public policies through "selective inclusion", the Law generates a tense structural coupling, in which guaranteeing individual rights disrupts collective planning, highlighting the legal limits in the face of economic scarcity in the Amazon.
Keywords: Judicialisation of Health; Case Law; Amazon; Brazilian Unified Health System; Health Law.

Resumen

Objetivo: analizar los datos jurisprudenciales relativos a medicamentos y derecho sanitario del Tribunal de Justicia del Estado de Pará (TJPA) y del Tribunal Regional Federal de la Primera Región (TRF1) a la luz de las teorías sistémicas de Niklas Luhmann y de Marcelo Neves. **Metodología:** investigación cualicuantitativa sobre los costes y los procesos de judicialización de medicamentos. La recogida de datos se realizó en los sitios web del TJPA y del TRF1 mediante el descriptor «suministro de medicamentos», entre junio y septiembre de 2025. Tras la lectura y la aplicación de los criterios de exclusión, se extrajeron variables procesales (medicamento, enfermedad y fallo). Los precios se ajustaron al Precio Máximo de Venta al Gobierno (PMVG) de la Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria (Anvisa), y los datos estadísticos se analizaron a la luz de la literatura científico-jurídica. La muestra analizada correspondió a 83 procesos en el ámbito estatal y a 310 en el federal (393 decisiones). **Resultados:** el TJPA se concentra en las demandas de atención primaria e infraestructura en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), con un coste medio de 9.041,38 BRL. El TRF1, en cambio, concentra las demandas de la «élite tecnológica» (terapias génicas y oncológicas), con un coste medio de 216.846,54 BRL. Además, en 71 procesos estatales, la tesis de la solidaridad federativa se utilizó para eludir las reglas de competencia estipuladas por el Tema 1.234 del Supremo Tribunal Federal (STF). Se revela, así, una profunda asimetría funcional. **Conclusión:** la judicialización en Pará opera a «dos velocidades»: una centrada en la supervivencia en el ámbito estatal y otra de alta

tecnología en el ámbito federal. El Derecho, al intentar corregir los fallos en la ejecución de políticas públicas mediante la «inclusión selectiva», genera un acoplamiento estructural tenso, en el cual garantizar derechos individuales desorganiza la planificación colectiva, poniendo de manifiesto los límites jurídicos ante la escasez económica en la Amazonía.
Palabras clave: Judicialización de la Salud; Jurisprudencia; Amazonía; Sistema Único de Salud; Derecho Sanitario.

Introdução

A promulgação da Constituição Federal de 1988 representou uma ruptura paradigmática. Ao abandonar o modelo securitário-contributivo, restrito àqueles inseridos formalmente no mercado de trabalho, e instituir a saúde como "direito de todos e dever do Estado" no art. 196[1], a constituinte estabeleceu uma promessa de acesso universal. Contudo, a transposição dessa norma para a realidade de um país marcado por profundas desigualdades socioeconômicas e regionais revelou um hiato estrutural entre o direito formalmente reconhecido e a efetiva prestação dos serviços de saúde. É precisamente nesse hiato que a literatura especializada situa o surgimento e a consolidação da denominada "judicialização da saúde" — entendida como o recurso sistemático ao Poder Judiciário para a obtenção de medicamentos, tratamentos e demais insumos sanitários não disponibilizados tempestivamente pela via administrativa do Sistema Único de Saúde (SUS)[2,3,4]. Longe de constituir um mero desvio normativo, esse fenômeno tornou-se, nas últimas décadas, um mecanismo ordinário de acesso a bens sanitários essenciais, cujos determinantes incluem falhas na execução das políticas públicas de saúde, a expansão do papel do Judiciário na concretização de direitos sociais e as assimetrias de acesso ao próprio sistema de justiça[2].

Na realidade paraense, essa equação ganha peculiaridades que desafiam a gestão pública. A geografia amazônica impõe obstáculos logísticos frequentemente ignorados pela dogmática jurídica tradicional. Com uma extensão territorial superior à de países europeus inteiros e uma infraestrutura viária restrita, a descentralização do atendimento enfrenta barreiras físicas reais. A ausência de centros de alta complexidade no interior do estado e a dificuldade de fixação de especialistas fora da capital convertem o Poder Judiciário, muitas vezes, na principal via de acesso a tratamentos de urgência.

Ademais, os gargalos de desenvolvimento básico são expressivos. Segundo o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD)[5], dos 144 municípios que compõem o estado do Pará, 87 apresentam Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) baixo e 8, muito baixo — o que representa aproximadamente 65,9% do total de entes municipais em situação de vulnerabilidade socioeconômica. Simultaneamente, grande parte das gestões municipais enfrenta déficit orçamentário[6], cenário em que os litígios de medicamentos passam a consumir fatias milionárias do orçamento local mensalmente[7].

O fenômeno litigioso no Pará não se restringe às demandas contra o poder público. Conforme se demonstrará na seção metodológica, parcela expressiva dos processos captados envolve operadoras de planos do setor de saúde suplementar, evidenciando que a crise de acesso a medicamentos ultrapassa a esfera estatal e alcança também o mercado privado de saúde. A inclusão dessas demandas na presente pesquisa justifica-se pela necessidade de compreender o comportamento dos tribunais paraenses na resolução de conflitos sanitários.

O ano de 2025 apresentou-se como um marco temporal estratégico para esta análise por representar um período de intensa transição institucional no tema da judicialização das políticas públicas de saúde. Em vez de um cenário de regras pacificadas, os tribunais lidavam com a iminência

de mudanças estruturais. Enquanto o Tema 793[8] do Supremo Tribunal Federal (STF) já orientava a jurisprudência desde 2019, teses cruciais ainda passavam por modulações de efeitos. O Tema 6[9] teve seus embargos julgados ao longo de 2025 e o aguardado Tema 1.234[10], que redefiniu a competência da Justiça Federal para medicamentos não incorporados, teve seu acordo na Comissão Intergestores Tripartite (CIT)[11] homologado com eficácia *ex nunc* apenas a partir de 22 de outubro de 2025.

Esse novo arranjo operado pelo STF encontra respaldo nas tentativas de racionalização promovidas pelas instâncias superiores. Dados do Conselho Nacional de Justiça (CNJ)[12] apontam que a judicialização de medicamentos se manteve como o segundo tema mais frequente nas demandas de saúde do país. O Judiciário, assim, passou a atuar em uma zona fronteiriça entre a garantia inafastável de direitos fundamentais e a interferência na administração privativa do Poder Executivo, gerenciando desde leitos até a distribuição de fármacos de alto custo.

Diante desse contexto, o presente artigo formula o seguinte problema de pesquisa: como se diferenciam as demandas judiciais de fornecimento de medicamentos julgadas pelo Tribunal de Justiça do Estado do Pará (TJPA)[13] e pela Seção Judiciária do Pará vinculada ao Tribunal Regional Federal da 1ª Região (TRF1)[14], no período de junho a setembro de 2025, no que tange aos perfis epidemiológicos das ações aos custos financeiros e aos fundamentos jurídicos adotados?

Para responder a essa questão, o objetivo principal deste estudo é analisar empiricamente os dados jurisprudenciais dessas duas instâncias no estado. A escolha visa testar a hipótese de que o fenômeno litigioso opera em "duas velocidades": uma focada nas demandas básicas de infraestrutura e itens da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename)[15] na esfera estadual e outra direcionada à alta tecnologia, como tratamentos oncológicos e doenças raras, na esfera federal.

Metodologia

Para estruturar a análise dos resultados, o estudo adota um referencial teórico interdisciplinar, que se ancora na dogmática constitucional de Gilmar Mendes e Paulo Gonet Branco[16], aliada à sociologia jurídica estrutural de Niklas Luhmann[17] e de Marcelo Neves[18]. O estudo caracteriza-se como uma pesquisa documental e empírico-jurisprudencial, adotando uma abordagem qualiquantitativa. Objetivou-se mensurar indicadores processuais e econômicos, associando-os à análise de conteúdo das decisões judiciais.

A pesquisa foi realizada mediante coleta de dados primários presentes nos processos de conhecimento público disponibilizados nos sítios eletrônicos de jurisprudência do TJPA[13] e do TRF1[14]. A delimitação temporal ocorreu entre 1º de junho e 30 de setembro de 2025, período hábil para garantir a saturação metodológica dos dados, e que compreende, estrategicamente, o complexo interregno anterior à vigência plena das regras de competência do Tema 1.234 do STF[10]. O quantitativo bruto coletado foi de 95 processos na esfera estadual (TJPA) e 330 na federal (TRF1). Após a aplicação dos critérios de exclusão, a amostra líquida analisada correspondeu a 83 litígios estaduais e 310 federais, totalizando 393 decisões judiciais examinadas. Os resultados detalhados dessa triagem são apresentados e discutidos na seção "Resultados e Discussão".

Os passos da pesquisa obedeceram ao seguinte fluxo metodológico:

1. **Pesquisa de dados:** a pesquisa inicial foi realizada nos repositórios de consulta processual pública do TJPA[13] e TRF1[14], utilizando o termo "fornecimento de medicamentos", excluindo-se as demandas por leitos em UTI, fornecimento de próteses/órteses e outros tratamentos.

2. Triagem e critérios de exclusão: após o download dos espelhos processuais e das decisões, procedeu-se à leitura de seu teor. Foram aplicados critérios de exclusão para purificar a amostra e garantir a fidedignidade temática:

- **Óbito:** processos extintos devido ao falecimento da parte autora durante a lide foram contabilizados exclusivamente para o mapeamento de desfecho processual, sendo excluídos da análise de custo efetivo, visto que a prestação estatal não se concretizou financeiramente.
- **Desvio temático:** ações que, embora contivessem os termos de busca, versavam sobre erros médicos, pedidos de leitos em UTIs, fornecimento de próteses/órteses e outros tratamentos, indenizações por danos morais puros sem pedido de prestação material de saúde, ou questões trabalhistas em ambiente hospitalar foram sumariamente descartadas.
- **Duplicidade de registros:** decisões e espelhos processuais idênticos decorrentes de sobreposição ou redundância na extração dos repositórios jurisprudenciais (tais como reiterações do mesmo processo em diferentes fases procedimentais, recursos simultâneos ou arquivos repetidos indexados com identificadores distintos), garantindo-se que cada litígio fosse computado como uma única unidade de análise na amostra líquida.

3. Sistematização das variáveis: a unidade de análise do estudo foi a "decisão judicial" (sentenças de mérito, acórdãos ou tutelas de urgência ativas). Para cada unidade válida, os dados foram extraídos e tabulados em uma matriz analítica, composta pelas seguintes variáveis, no programa Microsoft 365 Excel[19]:

- Número do processo;
- Medicamento/Insumo pleiteado (princípio ativo);
- Doença (Classificação Internacional de Doenças - CID-11)[20];
- Veredito (Concedido/Negado/Parcial);
- Ente réu (Estado, Município, União, Operadoras de Planos de Saúde);
- Fundamentação jurídica (Súmulas, Temas de Repercussão Geral, laudos médicos, notas técnicas do Núcleo de Apoio Técnico do Poder Judiciário (NatJus)[21], etc.).

4. Agrupamento de doenças em categorias: foram agrupadas as doenças em categorias a partir do seu capítulo na 11ª Classificação Internacional de Doenças (CID-11)[20], e de seus critérios científicos de divisão em capítulos por grupos de enfermidades.

5. Critérios metodológicos de estratificação econômica dos medicamentos: para atribuir valor econômico aos dados com precisão científica, realizou-se o levantamento de preços com base na tabela de Preços Máximos de Venda ao Governo (PMVG) da Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED/Anvisa)[22]. Para viabilizar a análise comparativa do impacto financeiro entre os tribunais, o estudo instituiu um critério metodológico próprio de estratificação dos valores obtidos via tabela Preço Médio de Valor Governamental da Anvisa[22] (0% de Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços). Os medicamentos judicializados foram agrupados em três categorias principais (baixo, médio e alto custo), com uma categoria analítica (ultra-alto custo) para isolar itens que distorcem a média da amostra federal. Margem em reais (R$):

- Baixo custo: $X \leq 1.500,00$ (menor ou igual a R$ 1.500,00).
- Médio custo: $1.500,00 < X \leq 10.000,00$ (maior que R$ 1.500,00 e menor ou igual a R$ 10.000,00).

- Alto custo: 10.000,00 < X ≤ 100.000,00 (maior que R$ 10.000,00 e menor ou igual a R$ 100.000,00).
- Ultra-alto custo: X > 100.000,00 (maior que R$ 100.000,00).

6. Requisitos clínicos e regulatórios (bases de mérito): para aprofundar a análise qualitativa das *rationes decidendi* (razões de decidir) adotadas pelos magistrados, extraíram-se variáveis específicas referentes ao preenchimento de requisitos clínicos e regulatórios delineados na jurisprudência superior. Estes critérios foram codificados de forma binária (1 = Sim / 0 = Não) para permitir o cruzamento estatístico:

- Registro na Anvisa[23]: verificação de citação expressa à existência de registro sanitário válido do fármaco no órgão regulador nacional.
- Prescrição *off-label*: identificação de casos em que a utilização clínica pretendida divergia das indicações originalmente aprovadas na bula.
- Incapacidade financeira (hipossuficiência): menção ao preenchimento do requisito de incapacidade econômica do paciente para o custeio privado do tratamento.
- Laudo médico fundamentado: verificação sobre a exigência e aceitação de laudo médico circunstanciado, atestando a imprescindibilidade clínica do fármaco.
- Esgotamento de alternativas terapêuticas: menção à ineficácia, intolerância ou impossibilidade de substituição do tratamento pleiteado por fármacos já padronizados nos protocolos clínicos do SUS.
- Evidência científica: citação expressa ao respaldo da pretensão em ensaios clínicos aleatórios ou diretrizes de Medicina Baseada em Evidências (MBE) atestando a segurança e eficácia do fármaco.

7. Parâmetros administrativos e probatórios: a fim de mapear o fluxo pré-processual e o suporte técnico utilizados nas decisões, estabeleceu-se um grupo de variáveis voltado à conduta administrativa e pericial, categorizado da seguinte forma:

- Negativa Administrativa Prévia: comprovação documental, codificada de forma binária (1 = Sim / 0 = Não), de que o Estado recusou administrativamente o fornecimento antes da judicialização da demanda.
- Status de incorporação na Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (Conitec)[24]: valiação da situação do fármaco perante a comissão nacional responsável. Classificada de forma categórica em: (1) Não avaliado; (2) Recomendação negativa; (3) Mora na apreciação administrativa; ou (4) Incorporado ao SUS no curso do processo.
- Parecer técnico (NatJus)[21]: verificação da emissão de parecer pelo Núcleo de Apoio Técnico ao Judiciário, codificada categoricamente pelo impacto na decisão: (1) Favorável ao autor; (2) Desfavorável ao autor; ou (0) Inexistente/Não consultado.

8. Regras de execução e responsabilidade: por fim, o estudo parametrizou as medidas adotadas para a efetivação material da tutela jurisdicional e a responsabilização dos entes públicos, utilizando codificação binária (1 = Sim / 0 = Não):

- Responsabilidade solidária (Tema 793/STF)[8]: identificação do reconhecimento ou afastamento da responsabilidade partilhada entre União, Estados e Municípios para o custeio e fornecimento.

- Aplicação de *astreintes* (Tema 98/Superior Tribunal de Justiça)[25]: verificação da imposição de multa diária coercitiva à Fazenda Pública como mecanismo de coerção para o cumprimento da ordem judicial.

Pontua-se que foram incluídas na amostra as operadoras de planos de saúde que integram a saúde suplementar, embora não pertençam ao SUS, pelas seguintes razões metodológicas:

i. Representam parcela significativa da litigiosidade captada pelo descritor "fornecimento de medicamentos" nos repositórios do TJPA e do TRF1, correspondendo a aproximadamente 40% dos processos estaduais analisados;

ii. Sua exclusão comprometeria a fidedignidade da representação do fenômeno litigioso nos tribunais paraenses, uma vez que o descritor de busca não distingue, *a priori*, a natureza pública ou privada do polo passivo;

iii. A inclusão permite analisar o comportamento dos tribunais como um sistema unitário de resolução de conflitos sanitários, evidenciando as interações entre a judicialização do SUS e a da saúde suplementar. Os dados relativos às operadoras são apresentados de forma segregada nas tabelas e na análise, de modo a permitir sua identificação e eventual exclusão pelo leitor interessado exclusivamente no SUS.

Nos casos de medicamentos importados sem registro no Brasil (como determinados canabinoides), não foi possível analisá-los em razão de seus preços não terem sido determinados pela CMED. A metodologia garantiu que os valores apresentados neste estudo reflitam o impacto orçamentário mais próximo possível da realidade administrativa enfrentada pelo gestor público.

Por fim, os dados estatísticos finais foram submetidos a uma leitura interpretativa à luz da teoria sistêmica[17,18, 26], da doutrina constitucional[16,27], bem como analisados a partir do estado da arte[28,29,30,31,32,33,34]. Não se buscou apenas descrever quantos processos existem, tarefa da estatística descritiva, mas também por que eles existem e como o sistema jurídico justifica sua interferência no sistema sanitário. Utilizaram-se as categorias de "autopoiese", "acoplamento estrutural", "diferenciação funcional" e "constituição simbólica" para dar sentido sociológico aos números. Simultaneamente, as categorias de "mínimo existencial", "reserva do possível" e "proibição do retrocesso social", exploradas por Gilmar Mendes e Paulo Gonet Branco[16], foram aplicadas para testar a legitimidade constitucional das decisões, transformando dados brutos em indicadores de desempenho institucional e tensão social na modernidade periférica brasileira.

Por se tratar de pesquisa empírico-jurisprudencial baseada exclusivamente em dados secundários de acesso público e irrestrito, disponibilizados pelos portais eletrônicos dos tribunais (TJPA e TRF1)[13,14], o presente estudo dispensa submissão ao Sistema de Comitês de Ética em Pesquisa (CEPs) e da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep)[35], em conformidade com os princípios éticos aplicáveis e as resoluções do Conselho Nacional de Saúde para dados em domínio público.

Em conformidade com as diretrizes de integridade da atividade científica e com a Portaria CNPq nº 2.664/2026[36], declara-se que este manuscrito utilizou a ferramenta de Inteligência Artificial Generativa Google Gemini[37] modelo 3.1 Pro para fins de auxílio na revisão textual e suporte à estruturação da análise de dados, abrangendo a adequação ortogramatical e o cruzamento estatístico preliminar das variáveis jurisprudenciais. Os autores ratificam que não houve submissão de conteúdo gerado por inteligência artificial atribuído a autoria humana e atestam ter realizado a revisão e validação integral de todas as saídas geradas pela ferramenta. Desse modo, os autores assumem a

responsabilidade total e irrestrita pelo conteúdo final, exatidão dos dados e conclusões apresentadas na pesquisa.

Resultados e discussão

1. Contextualização macro: o cenário da judicialização no Painel do CNJ

Para compreender a magnitude e a natureza da judicialização no estado do Pará, é imperativo situar o fenômeno litigioso em seu panorama macro. Dados do painel de Estatísticas Processuais de Direito à Saúde do Conselho Nacional de Justiça (CNJ)[12], referentes ao ano de 2025, evidenciam uma sobrecarga estrutural do sistema: foram registrados 6.924 novos processos, com taxa de congestionamento de 44,0% e tempo médio de pendência de 412 dias. A Tabela 1 detalha o comportamento processual desse universo.

Tabela 1. Dados processuais do tema "saúde" no Tribunal de Justiça do Estado do Pará (TJPA) e no Tribunal Regional Federal da 1ª Região (TRF1 – Seção Judiciária do Pará), de 01/01/2025 a 31/12/2025

Indicador	Valor
Entradas em 2025 (processos novos)	6.924
Pendentes em 31/12/2025 (total)	5.580
Pendentes em 31/12/2025 (líquidos)	5.378
Tempo médio do pendente (dias)	412
Tempo médio do pendente líquido (dias)	346
Saídas em 2025 (baixados)	7.101
Tempo médio da primeira baixa (dias)	313
Julgados em 2025	7.115
Tempo médio do primeiro julgamento (dias)	234
Índice de Atendimento à Demanda (IAD)	102,6%
Taxa de congestionamento em 31/12/2025 (bruta)	44,0%
Taxa de congestionamento em 31/12/2025 (líquida)	43,1%
Liminares deferidas em 2025	4.079
Liminares indeferidas em 2025	411
Julgados com mérito – procedência/provimento	3.014 (42,36%)
Julgados com mérito – improcedência/desprovimento	449 (6,31%)
Julgados com mérito – homologação de acordo	1.100 (15,46%)
Julgados com mérito – outros	136 (1,91%)
Julgados sem mérito	2.416 (33,96%)

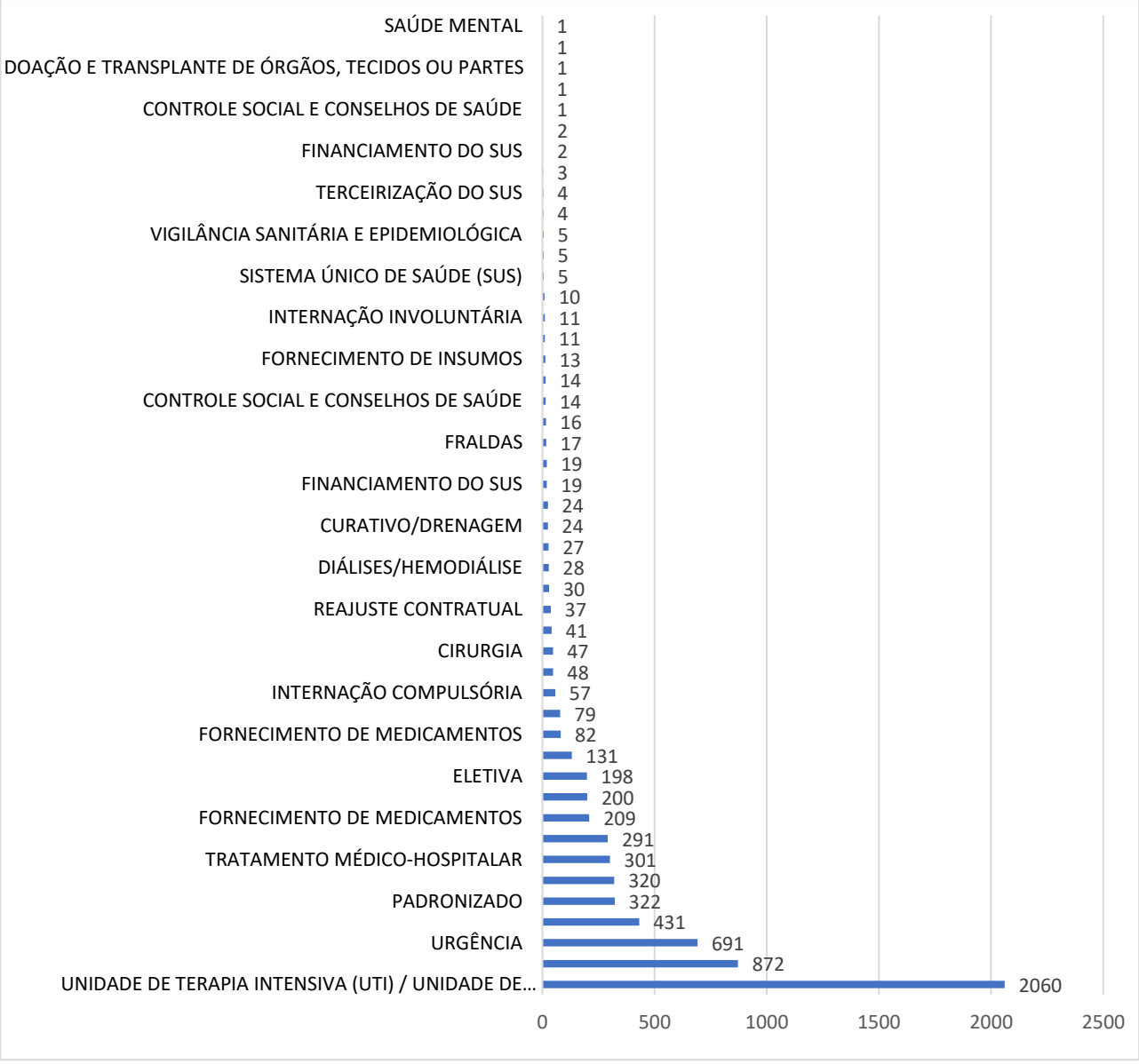
Fonte: CNJ, Painel de Estatísticas Processuais de Direito à Saúde[12], 2026.

Nota: Dados extraídos do Painel de Estatísticas Processuais de Direito à Saúde do CNJ, considerando o universo conjunto (TJPA + TRF1 – Seção Judiciária do Pará), para o período de 01/01/2025 a 31/12/2025. O Índice de Atendimento à Demanda (IAD) corresponde à razão entre processos julgados e processos novos no período.

Três achados merecem destaque: a assimetria entre as esferas revela a natureza das demandas: o TJPA concentrou 5.579 casos contra apenas 444 da Justiça Federal (razão de aproximadamente 12,5:1)[12], funcionando como "balcão de triagem" da saúde pública paraense; a taxa de deferimento

de liminares atingiu 90,8% (4.079 deferidas contra 411 indeferidas), indicando que o Judiciário paraense opera como instância de acolhimento quase automático das pretensões sanitárias e, por fim, e sociologicamente mais relevante, a taxonomia dos assuntos (Gráfico 1) demonstra que a principal causa de pedir no tribunal estadual não é um medicamento de ponta, mas um leito hospitalar: a UTI/UCI foi o tema mais recorrente, com 2.060 registros acrescidos de 872 pedidos de leito de enfermaria/oncológico e 691 obrigações de fazer genéricas de urgência[12].

Gráfico 1. Assuntos processuais mais frequentes do tema "saúde" no Tribunal de Justiça do Estado do Pará (TJPA) e no Tribunal Regional Federal da 1ª Região (TRF1 – Seção Judiciária do Pará), de 01/01/2025 a 31/12/2025



Fonte: CNJ, Painel de Estatísticas Processuais de Direito à Saúde[12], 2026.

Nota: Os dados referem-se ao universo de processos do tema "saúde" registrados no painel do CNJ[12], não se confundindo com a amostra empírica da pesquisa, composta por 393 decisões.

Esse cenário macro, dominado pela crise de infraestrutura hospitalar, demonstra que a judicialização no Pará transcende a questão farmacêutica. Contudo, o presente estudo delimita seu escopo empírico ao descritor "fornecimento de medicamentos", a fim de isolar e aprofundar a análise da judicialização estritamente farmacêutica. Mesmo excluída a crise de leitos e procedimentos, a pressão orçamentária imposta às duas esferas de justiça permanece substancial, conforme se demonstrará a partir da amostra de 393 decisões analisadas. Para interpretar esses dados sob uma ótica sociológica e constitucional, apresenta-se, na subseção seguinte, o arcabouço teórico que guiará a leitura dos achados.

2. A Judicialização como ruído sistêmico e a reserva do possível

Sob a ótica luhmanniana[17], a intervenção jurisdicional opera como um "ruído" ou "irritação" sistêmica: quando o sistema político falha em fornecer o bem sanitário, esse evento ambiental "irrita" o sistema jurídico, que é operacionalmente fechado. Para processar essa irritação e manter sua relevância social, o Direito traduz a falha (uma demanda biológica ou médica) para o seu próprio código binário de lícito/ilícito. O problema surge porque essa tradução frequentemente marginaliza os códigos da escassez financeira do sistema econômico, demandando um arcabouço teórico além da mera dogmática tradicional para explicar decisões que colidem com a capacidade orçamentária do Estado.

Nesse processo de tradução, operam os denominados acoplamentos estruturais — mecanismos pelos quais sistemas funcionalmente diferenciados condicionam reciprocamente suas operações sem, contudo, fundir-se ou subordinar-se[17]. A Constituição de 1988[1] constitui o principal acoplamento estrutural entre os sistemas jurídico e político no Brasil, na medida em que programa expectativas normativas que vinculam ambos[18]. Na prática judicial sanitária, esse acoplamento materializa-se por meio de peritos, laudos médicos e notas técnicas, que funcionam como "pontos de irritação" entre o Direito, a Medicina e a Economia[26]. O risco inerente a essa dinâmica, identificado na literatura luhmanniana como "desdiferenciação" ou "corrupção do código"[17], ocorre quando o juiz decide exclusivamente com base na empatia, na pressão midiática ou no senso moral individual, marginalizando a lógica do sistema econômico (escassez de recursos) e do sistema científico (evidência clínica). Nessa hipótese, o Direito tenta dominar funcionalmente a Política e a Economia, gerando um colapso de racionalidade no qual a decisão judicial se converte em um ato de vontade desvinculado das possibilidades reais do ambiente sistêmico[18].

Sob a ótica do Direito Constitucional, Mendes e Branco[16] destacam que o catálogo de direitos sociais da Constituição de 1988[1] criou tensão permanente entre pretensões jurídicas e possibilidades econômicas do Estado. O direito à saúde, embora dotado de eficácia jurídica e gerador de direitos subjetivos, depende de recursos financeiros, o que introduz a reserva do possível, originária da jurisprudência constitucional alemã (*numerus clausus*), pela qual a pretensão individual a prestações materiais limita-se à disponibilidade de recursos públicos, como sintetizam Sunstein e Holmes[38]: "levar a sério os direitos significa levar a sério a escassez".

A escassez que estrutura essa tensão não é apenas teórica. A Pesquisa Assistência Farmacêutica no SUS[3], conduzida pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), em cooperação com o Conselho Nacional de Secretarias municipais de Saúde (Conasems) e o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), mostrou que, em 2023, os medicamentos judicializados corresponderam, em média, a 8,4% do gasto total em medicamentos dos municípios e a 32,9% do gasto

dos estados participantes, com demandas judiciais presentes em 58,7% dos municípios e na totalidade dos estados[3]. No mesmo período, a participação federal no financiamento da assistência farmacêutica reduziu-se, enquanto a despesa com recursos próprios de estados e municípios cresceu[3], deslocando para os entes de menor capacidade fiscal o ônus da judicialização e estreitando, ainda mais, a margem entre o mínimo existencial e a reserva do possível.

Contudo, a reserva do possível não pode ser absoluta: o núcleo essencial dos direitos fundamentais ligado à dignidade humana — o mínimo existencial — é imune a restrições orçamentárias[16], tese consolidada pelo STF na Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental 45 (ADPF 45)[39], que veda invocar aquela cláusula para descumprir deveres constitucionais primários. Cunha[27] aprofunda a diretriz ao criticar seu uso como "escudo retórico" e alertar que a proteção ao mínimo existencial não deve se esgotar na judicialização individualista, sob pena de perpetuar a má gestão e o subfinanciamento do SUS.

Assim, a via judicial encontra sua legitimidade constitucional na proteção desse mínimo existencial. O problema, entretanto, surge quando a demanda judicial ultrapassa o "mínimo" (o tratamento básico, a vacina, o atendimento de emergência) e avança sobre o "máximo" (tratamentos experimentais, medicamentos de alto custo, terapias no exterior). Nesses casos, Mendes e Branco[16] alertam para o risco de o Judiciário desorganizar o sistema de saúde, privilegiando interesses individuais em detrimento da coletividade, ferindo o princípio da isonomia e a própria racionalidade do sistema de políticas públicas.

3. Constitucionalização simbólica e a galáxia de distinções

Marcelo Neves[18], em diálogo crítico com Luhmann[17], adapta a teoria sistêmica à "modernidade periférica", na qual se observa interferência alopoiética contínua entre os sistemas. Para esta pesquisa, afasta-se a acepção reducionista da "Política" (*politics*): compreende-se a Política em suas três dimensões — *polity* (arquitetura institucional do Estado e do SUS), *policy* (conteúdo, formulação e execução das políticas sanitárias) e *politics* (negociação e conflito entre atores)[2]. Nessa via dupla, a Política transfere ao Judiciário os conflitos gerados por suas falhas de planejamento, enquanto o Direito, a pretexto de efetivar garantias, avança sobre a governança administrativa e o orçamento[27] — tensão que Secchi[2] identifica entre a lógica jurisdicional (caso a caso) e a gerencial (planejamento universal e isonômico).

Neves[18] introduz o conceito de "constituição simbólica": o texto constitucional promete inclusão universal, mas a realidade periférica, marcada pela escassez, converte a norma em símbolo, pois "a legislação simbólica serve primordialmente para adiar a solução de conflitos sociais, criando a ilusão de que a edição da norma resolve o problema fático". No Pará, a teoria explica a sobreinclusão: o cidadão com meios cognitivos e financeiros contorna a fila do SUS e obtém tratamento de excelência, drenando recursos do coletivo, enquanto a massa desassistida permanece subincluída[26].

Ribeiro[26], na tese "Galáxia de distinções", aprofunda a microfísica da decisão judicial: para reduzir a complexidade do ambiente, os magistrados criam distinções jurídicas funcionais — urgente/eletivo, registrado/não registrado (o registro na Anvisa[23] presume o direito em lugar da análise de eficácia) e vida/orçamento (falsa dicotomia que afasta a reserva do possível, ignorando que a exaustão orçamentária produz perda de vidas futuras). Como sintetiza a autora, "a decisão judicial reconstrói a complexidade do caso concreto, transformando incertezas científicas em certezas jurídicas ('direito líquido e certo'), ignorando as consequências sistêmicas dessa simplificação"[26]. Essa

"galáxia de distinções" permite que o tribunal funcione e emita sentenças, mas gera uma "cegueira sistêmica", ao focar na distinção urgente/eletivo, pois o juiz pode determinar a internação em UTI de um paciente em fase terminal, sem prognóstico de recuperação. A bioética clínica denomina "futilidade terapêutica" ou "obstinação terapêutica" a administração de medidas que não oferecem benefício fisiológico ou qualidade de vida razoável ao paciente[40], consumindo recursos de pacientes tratáveis.

O STF, atuando como cúpula do sistema jurídico, tentou atuar como instância de "reacoplamento" racional. O Tema 6[9] fixou que o Estado não pode ser obrigado a fornecer medicamentos experimentais ou sem registro na Anvisa, salvo raras exceções; o Tema 793[8] buscou responsabilizar o ente competente pelo financiamento e o Tema 1.234[10] determinou que a União custeie medicamentos não incorporados, com competência da Justiça Federal. Esses precedentes constituem tentativas de impor uma lógica de "programas condicionais". Contudo, a análise dos dados do Pará demonstra que sua aplicação plena nas instâncias de primeiro grau enfrenta obstáculos estruturais: não resistência dolosa, mas impossibilidade fática — distância geográfica, escassez de infraestrutura, urgência clínica e cultura jurídica forjada na proteção imediata do mínimo existencial atropelam a dogmática da competência federativa[26].

4. Análise empírica das decisões judiciais

A análise empírica da amostra — composta por 393 decisões judiciais (83 na esfera estadual e 310 na federal) — revela um cenário em que a via judicial no Pará ultrapassou a natureza de "via de exceção" para se tornar um pilar estrutural, e profundamente problemático, da gestão sanitária estadual. Em contraste com o universo do painel do CNJ[12], no qual a demanda predominante é por leitos hospitalares, a amostra empírica — delimitada pelo descritor "fornecimento de medicamentos" — concentra-se em fármacos, o que demonstra que, mesmo excluída a crise de infraestrutura, a judicialização farmacêutica isolada já impõe pressão orçamentária substancial às duas esferas de justiça.

Antes de proceder à análise, cumpre esclarecer o fluxo de construção da amostra, a fim de eliminar divergências aparentes entre as seções do manuscrito. Os quantitativos de 95 processos (TJPA) e 330 processos (TRF1) correspondem ao universo bruto captado pelo descritor "fornecimento de medicamentos". Após a leitura integral das decisões e a aplicação dos critérios de exclusão descritos na Metodologia (óbito do autor, desvio temático e duplicidade de registros), a amostra líquida consolidou-se em 83 litígios estaduais (21,12%) e 310 federais (78,88%), totalizando 393 decisões analisadas. É a essa amostra líquida — e não ao quantitativo bruto — que se referem todos os percentuais e médias discutidos a seguir.

4.1) Composição da amostra e panorama geral das demandas

Conforme a Metodologia, os percentuais e médias a seguir referem-se à amostra líquida de 393 decisões (83 estaduais; 310 federais), e não ao quantitativo bruto (Tabela 2). No TJPA[13], 76 processos foram concedidos (80,00%), 7 negados (7,36%) e 1 anulado/remetido (1,20%) e no TRF1[14], 187 concessões (56,67%), 119 indeferimentos (36,06%) e 4 anulações (1,21%). Quanto aos polos passivos, com somas superiores a 100% por litisconsórcio, destacam-se, no TJPA, estados (65,26%), municípios (58,9%) e operadoras privadas (34,74%, com predominância da Unimed Belém); no TRF1, a União abrange 76,67%. Dos 135 medicamentos (objeto de decisão definitiva estadual), 128 foram concedidos (94,81%) e 7 negados (5,19%); a responsabilidade solidária (Tema 793/STF) figurou em 71

ocorrências (55,46% das concessões estaduais). Na estratificação econômica, o TJPA concentrou-se nas faixas de baixo (56,25%) e médio custo (17,96%), totalizando R$ 949.345,75 (custo médio de R$ 9.041,38 por fármaco precificado, calculado sobre os 105 itens com valor PMVG disponível, conforme Nota 9 da Tabela 2); o TRF1 concentrou alto custo (46,47%) e ultra-alto custo (3,52%), totalizando R$ 32.310.133,85 (média de R$ 216.846,54), com o fármaco mais caro, Zolgensma (R$ 6.547.610,00; 3 ocorrências) e, na amostra estadual, o ravulizumabe (R$ 77.271,91).

Tabela 2. Painel geral dos processos de fornecimento de medicamentos: quantitativos coletados e analisados, vereditos, polos passivos e estratificação econômica dos fármacos, segundo a tabela PMVG/Anvisa, no TJPA e no TRF1 – Seção Judiciária do Pará), de 01/06/2025 a 30/09/2025

Painel geral processual		
X	**TJPA**	**TRF1**
Total de processos[1]	95 (100,00%)	330 (100,00%)
Processos analisados	83 (87,37%)	310 (93,94%)
Excluídos	12 (12,63%)	20 (6,06%)
Lícito (concedido)[2]	76 (80,00%)	187 (56,67%)
Ilícito (negado)	7 (7,36%)	119 (36,06%)
Anulados/Retorno[3]	—[4]	4 (1,21%)
União[5]	0 (0%)	253 (76,67%)
Estado[5]	62 (65,26%)	89 (26,97%)
Município[5]	56 (58,9%)	35 (10,61%)
Plano de saúde[5][6][7]	33 (34,74%)	1 (0,30%)
Total de medicamentos[8]	128 (100%)[8]	170 (100%)
Baixo custo (X ≤ 1.500,00)	72 (56,25%)	6 (3,52%)
Médio custo (1.500,00 < X ≤ 10.000,00)	23 (17,96%)	65 (38,23%)
Alto custo (10.000,00 < X ≤ 100.000,00)	11 (8,59%)	79 (46,47%)
Ultra-alto custo (X >100.000,00)	0 (0,00%)	6 (3,52%)
Não tabelado[9]	22 (17,18%)	14 (8,23%)
Valor total (PMVG)	R$ 949.345,75	R$ 32.310.133,85
Medicamento mais caro	Ravulizumabe R$ 77.271,91	Zolgensma R$ 6.547.610,00[10]
Média	R$ 9.041,38[11]	R$ 216.846,54

Fonte: Elaboração própria, 2026.

Notas: **[1]** Percentuais calculados sobre o total de processos coletados (95 e 330); a soma dos vereditos e das exclusões equivale a 100% do total. **[2]** A responsabilidade solidária (Tema 793/STF) foi identificada em 71 ocorrências nos processos contra entes públicos, correspondendo a 55,46% das concessões estaduais. Processos envolvendo operadoras de saúde suplementar não foram computados nesse parâmetro. **[3]** Decisões anuladas ou devolvidas à origem (incompetência, cassação de tutela ou instrução reaberta), sem veredito de mérito aproveitável no período analisado. **[4]** No âmbito estadual, um processo (0009457-27.2018.8.14.0045) teve 1 (um) fármaco (Metotrexato) remetido à Justiça Federal. O processo permanece contabilizado como concedido quanto aos demais fármacos. **[5]** A soma ultrapassa 100% devido à

formação de litisconsórcio passivo (múltiplos réus). **[6]** Operadoras de saúde suplementar incluídas porque o descritor de busca capta a litigiosidade sanitária global dos repositórios e a exclusão, a priori, comprometeria a representatividade do fenômeno. Os dados são apresentados segregados para permitir a análise específica do SUS. **[7]** O quantitativo de 33 processos com operadoras refere-se a litígios em que a operadora integra o polo passivo como ré única ou litisconsorte. A planilha de coleta registra 52 menções a operadoras, pois um mesmo processo pode conter múltiplos fármacos ou múltiplas operadoras correqueridas. **[8]** Medicamentos contidos em decisões positivas ao litigante. **[9]** Excluindo-se próteses, cirurgias, exames e demais itens não constantes do PMVG/Anvisa. **[10]** O medicamento Zolgensma apresentou 3 ocorrências na amostra do TRF1. **[11]** Foram excluídos do cálculo da média os medicamentos sem preço PMVG (n = 22) e 1 (um) fármaco remetido à Justiça Federal (Metotrexato), totalizando 105 itens para o TJPA e 149 para o TRF1.

A análise dos 83 processos estaduais com decisões de mérito ou liminares ativas revela acolhimento massivo das pretensões autorais: dos 135 medicamentos objeto de decisão definitiva na esfera estadual, 128 foram considerados lícitos (94,81%) e apenas 7 negados (5,19%). Nos processos contra o estado e os municípios, o argumento da "responsabilidade solidária"[8] foi identificado em 71 ocorrências explícitas (55,46% das concessões estaduais). Uma parcela expressiva da amostra estadual — 33 processos (34,74% do total bruto; 39,76% dos litígios analisados) — tem como réus operadoras de planos de saúde, com destaque para a Unimed Belém. Nesses casos, a fundamentação migra para o Direito do Consumidor (Súmula 608/STJ)[41].

4.2) Categoria de doenças e impacto econômico das demandas

Os dados referentes à frequência dos grupos de doenças dentre os litigantes encontram-se sumarizados na Tabela 3.

Tabela 3. Frequência dos grupos de doenças (capítulos da CID-11) dentre os litigantes das demandas de fornecimento de medicamentos no TJPA e no TRF1 – Seção Judiciária do Pará, de 01/06/2025 a 30/09/2025

Classificação CID-11	TJPA	TRF1[1]
Capítulo 01: Algumas doenças infecciosas ou parasitárias	0 (0,00%)	2 (0,65%)
Capítulo 02: Neoplasias	38 (28,15%)	99 (31,83%)
Capítulo 03: Doenças do sangue ou dos órgãos hematopoiéticos	2 (1,48%)	18 (5,84%)
Capítulo 04: Doenças do sistema imunitário	29 (21,48%)	6 (1,95%)
Capítulo 05: Doenças endócrinas, nutricionais ou metabólicas	7 (5,19%)	29 (9,42%)
Capítulo 06: Transtornos mentais, comportamentais ou do neurodesenvolvimento	3 (2,22%)	5 (1,62%)
Capítulo 07: Doenças do sistema nervoso	14 (10,37%)	28 (9,09%)
Capítulo 08: Doenças do sistema visual	2 (1,48%)	8 (2,60%)
Capítulo 10: Doenças do aparelho circulatório	2 (1,47%)	7 (2,27%)
Capítulo 11: Doenças do aparelho respiratório	13 (9,63%)	44 (14,15%)
Capítulo 12: Doenças do aparelho digestivo	0 (0,00%)	6 (1,95%)
Capítulo 13: Doenças da pele	6 (4,44%)	9 (2,92%)
Capítulo 14: Doenças do aparelho musculoesquelético ou do tecido conjuntivo	8 (5,93%)	4 (1,30%)
Capítulo 15: Doenças do sistema genitourinário	0 (0,00%)	3 (0,97%)
Capítulo 19: Anomalias do desenvolvimento ou anomalias congênitas	0 (0,00%)	4 (1,30%)
Capítulo 21: Lesões, envenenamentos ou outras	0 (0,00%)	2 (0,65%)

consequências de causas externas		
Sem Informação (N/A)[2]	11 (8,15%)	37 (11,90%)
Total[3]	135 (100%)	311 (100%)

Fonte: Elaboração própria, 2026.

Notas: **[1]** O total da coluna TRF1 (311 processos) excede em uma unidade o número de processos analisados (310), pois um (1) processo contém duas doenças classificadas em capítulos distintos da CID-11. **[2]** Sem menção ao tipo doença no texto processual.

Em complemento à Tabela 3, e conferindo maior parcimônia à apresentação, foram excluídos da tabulação os capítulos da CID-11[20] que não registraram ocorrências na amostra. Assim, registra-se que não foram identificados processos, em nenhum dos dois tribunais, referentes aos Capítulos 09 (doenças do sistema auditivo ou vestibular), 16 (gravidez, parto ou puerpério), 17 (condições relacionadas à saúde sexual), 18 (certas condições originárias no período perinatal), 20 (sintomas, sinais ou achados clínicos, laboratoriais, não classificados em outra parte), 22 (causas externas de morbidade ou mortalidade), 23 (fatores que influenciam o estado de saúde ou o contato com os serviços de saúde), 24 (códigos para fins especiais), 25 (códigos de extensão) e 26 (condições relacionadas à medicina tradicional). No âmbito estadual (TJPA)[13], não houve registros nos Capítulos 01 (algumas doenças infecciosas ou parasitárias), 12 (doenças do aparelho digestivo), 15 (doenças do sistema genitourinário), 19 (anomalias do desenvolvimento ou anomalias congênitas) e 21 (lesões, envenenamentos ou outras consequências de causas externas), cujas ocorrências se restringiram à amostra federal.

A análise conjugada do perfil epidemiológico (segundo a CID-11[20]) e da estratificação econômica revela que a categoria da patologia judicializada atua como o principal determinante do impacto orçamentário imposto a cada esfera da justiça. A quantificação financeira, balizada pela tabela de PMVG/Anvisa[22], com alíquota de 0% de ICMS, confirma uma assimetria financeira substancial, na qual o TJPA[13] absorve as demandas de massa e o TRF1[14] absorve os litígios de altíssima monta.

No âmbito estadual (TJPA)[13], o perfil de adoecimento concentra-se majoritariamente em neoplasias (28,15%), patologias do sistema imunitário (21,48%), doenças do sistema nervoso (10,37%) e do aparelho respiratório (9,63%). Consequentemente, a estratificação econômica demonstra que, aproximadamente, 74,2% dos medicamentos demandados enquadram-se nas faixas de baixo custo (56,25%, com valores até R$ 1.500,00) e médio custo (17,96%, até R$ 10.000,00). Comparativamente, no TRF1[14], o perfil de adoecimento mantém-se predominantemente composto por neoplasias (31,83%), mas com maior presença de doenças do aparelho respiratório (14,15%), do sistema nervoso (9,09%), e com a maior parte dos medicamentos concentrada na faixa de alto custo (46,47%, com valores entre R$ 10.000 e R$ 100.000), seguida por uma parcela minoritária, porém expressiva financeiramente, de ultra-alto custo (3,52%, acima de R$ 100.000).

O valor médio dos medicamentos deferidos no TJPA[13] foi de R$ 9.041,38, caracterizando uma judicialização capilarizada, voltada a falhas logísticas da assistência farmacêutica; pontos fora da curva, contudo, desestabilizam o modelo: o Ravulizumabe (R$ 77.271,91/unidade) somou-se à massa de demandas de baixo valor (R$ 949.345,75), asfixiando o planejamento dos entes públicos e as provisões atuariais das operadoras. No TRF1[14], os 6 itens de ultra-alto custo (3,52%) concentraram quase a totalidade do volume financeiro deferido (R$ 32.310.133,85), elevando a média a R$ 216.846,54 — mais de 23 vezes a estadual.

4.3) Parâmetros clínicos, regulatórios e processuais das decisões

Os dados referentes aos parâmetros buscados nas decisões judiciais encontram-se sumarizados na Tabela 4.

Tabela 4. Parâmetros clínicos, regulatórios e processuais das decisões judiciais de fornecimento de medicamentos, segundo o veredito (unidade de análise: medicamento), no Tribunal de Justiça do Estado do Pará (TJPA) e no Tribunal Regional Federal da 1ª Região (TRF1 – Seção Judiciária do Pará), de 01/06/2025 a 30/09/2025

Parâmetros das decisões judiciais[1]				
Demanda	**Lícito (concedido)**		**Ilícito (negado)**	
Parâmetro	**TJPA (n=128)**	**TRF1 (n=170)**	**TJPA (n=7)**	**TRF1 (n=119)**
Registro na Anvisa	42 (32,81%)	34 (20,00%)	1 (14,28%)	21 (17,64%)
Off-label	14 (10,93%)	4 (2,35%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
Hipossuficiência	19 (14,84%)	32 (18,82%)	0 (0,00%)	69 (57,98%)
Laudo médico	107 (83,59%)	35 (20,58%)	5 (71,42%)	69 (57,98%)
Esgotamento de alternativas terapêuticas	12 (9,37%)	13 (7,64%)	2 (28,57%)	7 (5,88%)
Evidência científica	13 (10,15%)	43 (25,29%)	0 (0,00%)	80 (67,22%)
Negativa administrativa prévia	37 (28,90%)	27 (15,88%)	3 (42,86%)	71 (59,66%)
Status de incorporação na Conitec (Recomendação negativa; Incorporado durante o processo)	1 (0,78%); 2 (1,56%)	21 (12,35%); 28 (16,47%)	0 (0,00%); 0 (0,00%)	67 (56,30%)[2]; 13 (10,92%)
Parecer técnico NatJus (Favorável; Desfavorável)	1 (0,78%); 0 (0,00%)	21 (12,35%); 0 (0,00%)	0 (0,00%); 2 (28,57%)	51 (42,85%); 10 (8,40%)
Responsabilidade solidária (Tema 793/STF)[3]	71 (55,46%)	46 (27,05%)	1 (14,28%)	11 (9,24%)
Aplicação de *astreintes*	37	15	0	4

(Tema 98/STJ)	(28,9%)	(8,82%)	(0,00%)	(3,36%)[4]

Fonte: Elaboração própria, 2026.

Notas: **[1]** A unidade de análise dessa tabela é o medicamento (e não o processo), uma vez que um mesmo processo pode conter múltiplos fármacos e múltiplos parâmetros decisórios. O "n" refere-se ao total de medicamentos cujas decisões foram classificadas como lícitas (concedidas) ou ilícitas (negadas) em cada tribunal: TJPA lícito (n = 128 medicamentos concedidos); TRF1 lícito (n = 170 medicamentos concedidos); TJPA ilícito (n = 7 medicamentos negados); TRF1 ilícito (n = 119 medicamentos negados). As decisões abrangem sentenças de mérito, acórdãos e tutelas de urgência ativas, conforme definido no item 3 da Metodologia. O percentual de cada parâmetro corresponde à razão entre o número de ocorrências do parâmetro e o "n" da respectiva coluna. **[2]** No TRF1 (coluna ilícito), a categoria "Status de incorporação na Conitec (Recomendação negativa)" (67; 56,30%) representa o principal fundamento técnico para o indeferimento, evidenciando deferência institucional às avaliações da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. **[3]** Processos envolvendo planos de saúde não constam nesse parâmetro. **[4]** Os percentuais foram calculados dividindo-se o número de ocorrências de cada parâmetro pelo total de medicamentos da respectiva coluna (n), e não pelo total de processos.

5. A "dupla velocidade" e o custo de oportunidade da macroalocação

No TJPA[13], a concentração de fármacos de baixo e médio custo (74,2%) e a concessão de 94,81% dos pedidos revelam um Judiciário que atua como corretor de falhas logísticas da assistência farmacêutica (autorizando o fornecimento de insulinas, anticoagulantes e padronizados que deveriam ser dispensados pela rede), em linha com a caracterização da judicialização como sintoma de falha na execução de políticas básicas[28] e com a coexistência da "judicialização da miséria" e da "elite tecnológica" descrita na literatura[33,34,42]. No TRF1[14], a predominância de terapias gênicas e doenças raras confirma o polo de alta tecnologia da hipótese[29]. Os resultados confirmam a migração da fundamentação para o Direito do Consumidor (Súmula 608 do STJ)[41] nos litígios contra operadoras, evidenciando que a crise de acesso é dupla: falha o Estado no mínimo existencial e falha o Mercado nos contratos de saúde suplementar.

O contraste decisório é igualmente expressivo. O TJPA[13] fundamenta as concessões no laudo médico (83,59%) e na solidariedade federativa (55,46%), com referência marginal à evidência científica (10,15%); o TRF1[14], ao reverso, condiciona o deferimento a critérios técnico-regulatórios e indefere com base na ausência de evidência (67,22%), na falta de laudo pormenorizado (57,98%) e em recomendações negativas da Conitec[36] (56,30%), demonstrando aderência aos relatórios de Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS)[24] e aos pareceres do NatJus[21]. Na esfera federal, observaram-se 187 (56,66%) concessões contra 119 (36,06%) indeferimentos de mérito e 4 (1,21%) anulações. O arcabouço dessas negativas consubstanciou-se na falta de evidência científica e ausência de deferência institucional às recomendações negativas prévias da Conitec, enquanto as decisões estaduais se basearam quase exclusivamente na confiança tácita na prescrição do médico particular do autor.

Em suma, o dado financeiro global sintetiza a disparidade entre as esferas: o montante deferido na amostra federal foi de R$ 32.310.133,85 e a média de dispêndio por processo no TRF1[13] (R$ 216.846,54) representou impacto mais de 23 vezes superior ao do litígio estadual (R$ 9.041,38). Essa distorção é majoritariamente causada pelos medicamentos de ultra-alto custo — o Zolgensma, com 3 ocorrências (~R$ 19,6 milhões) e, em patamar subsequente, o Eculizumabe e o Trikafta, ambos com custos anuais permanentes na casa das centenas de milhares de reais por cidadão litigante[14].

O Zolgensma sintetiza o custo de oportunidade da macroalocação: ~R$ 19,6 milhões para três pacientes, montante capaz de suprimir o orçamento anual de atenção primária de dezenas de municípios paraenses. A incidência de tecnologias de ultra-alto custo no TRF1 insere o sistema jurídico no debate bioético e constitucional da macroalocação de recursos: a concessão judicial de tratamentos

da ordem de milhões de reais para um único paciente tensiona o princípio da dignidade da pessoa humana em sua dimensão transindividual, pois a alocação do fundo público é um jogo de soma zero, pois o desvio de fatias expressivas do orçamento para demandas individuais extraordinárias pretere políticas preventivas e tratamentos consolidados, violando a dignidade da coletividade desassistida.

À luz de Mendes e Branco[16], a concessão de fármacos de ultra-alto custo não incorporados deve submeter-se ao teste trifásico da proporcionalidade — adequação (idoneidade terapêutica comprovada), necessidade (inexistência de alternativa incorporada igualmente eficaz) e proporcionalidade em sentido estrito (ponderação entre custo e benefício clínico) — porque tratamentos de custo extremo e benefício marginal violam a isonomia e desequilibram o sistema. Sob a ótica de Luhmann[17], o conflito entre os códigos da escassez (economia), da verdade (ciência) e do lícito/ilícito (Direito) explica a tendência judicial a ignorar a restrição econômica. A postura restritiva do TRF1 materializa a autocontenção institucional e a premissa de que "direitos custam"[16,38], enquanto a homologação estadual de prescrições ilustra a "cegueira sistêmica" da "galáxia de distinções"[26], inclusive com risco de obstinação terapêutica[40]. Ao negar 119 pedidos, os magistrados federais exercem controle de racionalidade sistêmica, evitando que o orçamento da União seja capturado por demandas individuais de altíssimo custo e preservando o caráter coletivo e universal do SUS — deferência aos limites do planejamento estatal (*polity*), que evita o colapso financeiro da política pública de saúde coletiva (*policy*).

6. Solidariedade federativa instrumental, esgotamento do modelo e perspectivas institucionais

A solidariedade federativa, aplicada em 71 processos estaduais para condenar Estado e Municípios por fármacos não incorporados, funciona como mecanismo instrumental de efetividade, mas contraria a regra de competência do Tema 1.234[10] e tensiona o pacto federativo. A aparente resistência local à reorganização das competências explica-se pela modulação *ex nunc* do acordo da CIT[11]; ainda assim, a distinção entre quem pode pagar rapidamente (Município/Estado) e quem deve pagar legalmente (União) transfere insolvência ao sistema político local, em linha com a crítica de Cunha[27] ao uso da solidariedade como desresponsabilização.

Mendes e Branco[16] destacam que o federalismo brasileiro, embora cooperativo, pressupõe uma divisão racional de competências e recursos. A solidariedade não pode significar desresponsabilização ou caos administrativo. Quando o Judiciário impõe a um município paraense — frequentemente caracterizado por baixo Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM)[5] e alto grau de dependência de repasses constitucionais como o Fundo de Participação dos Municípios (FPM)[43] — o custeio de um medicamento de ultra-alto custo, cuja competência de financiamento e incorporação é da União, compromete severamente a viabilidade da gestão sanitária local e tensiona o pacto federativo.

Essa tensão federativa local não é um fenômeno isolado, mas reflete um esgotamento estrutural de alcance nacional. Os achados convergem com o retrato do Ipea[3]: em 2023, os medicamentos judicializados corresponderam, em média, a 8,4% do gasto total em medicamentos dos municípios e a 32,9% do gasto dos estados participantes, com demandas presentes em 58,7% dos municípios e na totalidade dos estados. Ademais, a redução da participação federal no financiamento, aliada ao crescimento da despesa com recursos próprios de estados e municípios[39], agrava a pressão sobre os

entes de menor capacidade fiscal[44]. A literatura converge ao diagnosticar o esgotamento do modelo[28,29,30,31,32,33,34], atualizando a tese da constituição simbólica de Neves[18].

No contexto do Pará, isso explica a dicotomia observada: no TJPA[13], a judicialização de itens básicos reflete o que Leal e Ribeiro[28] chamam de falha na execução de políticas sociais básicas; no TRF1[14], a concessão de fármacos milionários (como o Zolgensma) exemplifica a preocupação de Silva e Severino[29], que identificam nos medicamentos de alto custo o principal vetor de desequilíbrio financeiro, no qual o direito individual se sobrepõe, de forma absoluta, à coletividade.

Se a teoria dos sistemas aponta a "irritação" entre Direito e Política, a resposta institucional mais robusta veio com o Tema 1.234 do STF[10]. Nascimento e Hirsch[31] destacam que esse precedente, consolidado entre 2024 e 2025, altera a "física" do processo judicial de saúde. Os autores[31] explicam que o Tema 1.234[10] não apenas definiu a competência da Justiça Federal para medicamentos não incorporados, mas também impôs um filtro administrativo rigoroso: a necessidade de prévia negativa administrativa e a vedação de que o Judiciário substitua a avaliação técnica da Conitec[24] sem base em evidências científicas robustas.

Santos[32], em sua análise monográfica, reforça que o novo entendimento do STF busca acabar com o "atropelamento" das competências. A criação de uma plataforma nacional de litígios e a exigência de que o autor comprove a ineficácia dos fármacos do SUS são tentativas de "reacoplamento" sistêmico. Contudo, ao cruzarmos essa teoria com a prática do TJPA[13] no período de análise de junho a setembro de 2025, percebe-se que a aplicação do Tema 1.234[10] ainda enfrenta resistência: a insistência dos juízes estaduais em aplicar a solidariedade irrestrita — condenando o Estado/Município por remédios não incorporados — contraria diretamente a tese de que tais demandas deveriam ser de competência da União, conforme delineado por Santos[32].

Galvão Junior[33], por meio de uma revisão integrativa, desconstrói o mito da judicialização como ferramenta democrática de acesso: embora grande parte das ações seja proposta por via da Defensoria Pública (o que sugere hipossuficiência econômica), o objeto do pedido muitas vezes revela uma "elite tecnológica". Prudêncio, *et al.*[34] reforçam que a requisição judicial de medicamentos de alto custo cria uma "saúde de duas velocidades": enquanto o usuário comum aguarda na fila administrativa, o usuário judicializado acessa tratamentos que sequer possuem consenso na comunidade científica internacional.

Essa literatura corrobora a distinção encontrada nesta pesquisa entre a "judicialização da miséria" (TJPA) e a "judicialização da elite" (TRF1). Como apontam Silva e Severino[29], o desafio contemporâneo não é apenas jurídico, mas bioético: até que ponto o Estado deve financiar a "última chance" de um indivíduo se isso custa a "primeira chance" (vacinação, saneamento) de milhares?

A leitura conjunta desses estudos permite atualizar a crítica de Marcelo Neves[18]: o fenômeno litigioso, conforme descrito por Martins[30], Leal[28] e Nascimento[31], deixou de ser "correção de rumos" para se tornar política pública paralela e desregulada — uma "solidariedade seletiva", financeiramente insustentável e socialmente injusta. A mitigação da desorganização alocativa exige, portanto, observância prospectiva das regras de competência e financiamento do Tema 1.234[10] e aprimoramento gerencial, logístico e de infraestrutura do Executivo, mantendo a via administrativa como prioritária para o acesso equitativo na Amazônia.

Considerações Finais

A análise empírica da judicialização da saúde no estado do Pará, no recorte temporal analisado em 2025, demonstra a existência de dinâmicas institucionais assimétricas e perfis litigiosos distintos entre as Justiças Estadual e Federal, afastando a premissa de um fenômeno processual homogêneo.

No âmbito do Tribunal de Justiça do Estado do Pará (TJPA)[13], os dados revelam a prevalência de demandas voltadas ao suprimento de déficits estruturais, evidenciada pela alta requisição de leitos de UTI e de medicamentos da atenção primária. O Judiciário estadual atua de forma supletiva às falhas de infraestrutura e de logística do Executivo, apresentando um padrão decisório de alto deferimento. Essa jurisprudência fundamenta-se majoritariamente na garantia imediata do mínimo existencial e na aplicação instrumental da solidariedade federativa, refletindo as limitações operacionais das políticas públicas de saúde locais.

Em contrapartida, a Seção Judiciária vinculada ao Tribunal Regional Federal da 1ª Região (TRF1)[14] processa litígios concentrados em tecnologias inovadoras de alto impacto financeiro, notadamente terapias gênicas, tratamentos de doenças raras e fármacos oncológicos não incorporados pelo SUS. Nessa instância, observa-se uma atuação jurisdicional pautada por maior escrutínio técnico-pericial e aderência aos precedentes vinculantes do Supremo Tribunal Federal (STF). Tal postura resulta em um controle mais estrito frente à cláusula da reserva do possível, ponderando o custo de oportunidade e o impacto orçamentário sobre a coletividade.

Sob a ótica sistêmica e constitucional, infere-se que o modelo litigioso atual acentua as tensões no acoplamento estrutural entre o Direito e a Política de saúde. A intervenção judicial contínua, ao viabilizar a inclusão seletiva de litigantes no acesso a tratamentos, resolve o conflito fático individual, mas frequentemente desorganiza a racionalidade do planejamento orçamentário e a fila administrativa de regulação.

Conclui-se, a partir das evidências coletadas, que a mitigação da desorganização alocativa exige um realinhamento institucional profundo. A estabilização do arranjo sanitário no Pará depende da observância rigorosa das regras de competência e financiamento estipuladas pelo STF (notadamente na consolidação prospectiva do Tema 1.234)[10], sendo essa observância indissociável de um imperativo aprimoramento gerencial, logístico e de infraestrutura por parte do Poder Executivo. O fortalecimento administrativo do Sistema Único de Saúde permanece como a via prioritária para garantir o acesso equitativo, reduzindo a dependência da via judicial para a efetivação do direito à saúde na região amazônica.

Referências

1. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Presidência da República, 1988. [citado em 20 fev. 2026]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm

2. Secchi L, Coelho FS, Pires V. Políticas públicas: conceitos, casos práticos, questões de concursos. 3ª ed. São Paulo: Cengage Learning; 2019.

3. Vieira FS, Chaves ES, Costa KS, Bernarde HD, Bernardes LCG, Cavalcanti FMS, et al. Pesquisa assistência farmacêutica no SUS: gasto em medicamentos judicializados de estados e municípios participantes (2019-2023) [Internet]. Brasília, DF: Ipea; maio 2025 [citado em 29 abr. 2026]. 49 p. (Texto para Discussão, n. 3119). Disponível em: https://dx.doi.org/10.38116/td3119-port

4. Silva JEG. A judicialização das políticas públicas no Brasil: revisão sistemática da literatura. Revista Tópicos [Internet]. 2025 nov [citado em 12 nov. 2025];3(27):1-15. Disponível em: https://revistatopicos.com.br/artigos/a-judicializacao-das-politicas-publicas-no-brasil-revisao-sistematica-da-literatura doi:10.5281/zenodo.17587745

5. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Painel IDHM [Internet]. Brasília:

PNUD; [s.d.] [citado em 20 out. 2025]. Disponível em: https://www.undp.org/pt/brazil/desenvolvimento-humano/painel-idhm

6. Confederação Nacional de Municípios. A situação fiscal de 2024 nos municípios e as perspectivas para 2025 [Internet]. Brasília: CNM; 2025 [citado em 29 abr. 2026]. 17 p. Disponível em: https://cnm.org.br/biblioteca/exibe/15827

7. Vilanova R. Sespa realiza evento sobre avanços e desafios na judicialização da saúde [Internet]. Belém: Secretaria de Estado de Saúde Pública do Pará; 8 abr. 2025 [citado em 24 ago. 2025]. Disponível em: https://www.saude.pa.gov.br/sespa-realiza-evento-sobre-avancos-e-desafios-na-judicializacao-da-saude/

8. Brasil. Supremo Tribunal Federal. Embargos de Declaração no Recurso Extraordinário nº 855.178/SE (Tema 793 da Repercussão Geral). Responsabilidade solidária dos entes federados pelo dever de prestar assistência à saúde. Relator: Min. Luiz Fux. Redator do acórdão: Min. Edson Fachin. Brasília, 23 de maio de 2019. Diário da Justiça Eletrônico, 16 abr. 2020 [citado em 29 abr. 2026]. Disponível em: https://portal.stf.jus.br/jurisprudenciaRepercussao/verAndamentoProcesso.asp?incidente=4678356&numeroProcesso=855178&classeProcesso=RE&numeroTema=793

9. Brasil. Supremo Tribunal Federal. Recurso Extraordinário nº 566.471/RN (Tema 6 da Repercussão Geral). Dever do Estado de fornecer medicamento de alto custo a portador de doença grave que não possui condições financeiras para comprá-lo. Relator: Min. Marco Aurélio. Redator do acórdão: Min. Luís Roberto Barroso. Brasília, 26 de setembro de 2024. Diário da Justiça Eletrônico, 28 nov. 2024 [citado em 9 jul. 2025]. Disponível em: https://portal.stf.jus.br/jurisprudenciaRepercussao/verAndamentoProcesso.asp?incidente=2565078&numeroProcesso=566471&classeProcesso=RE&numeroTema=6

10. Brasil. Supremo Tribunal Federal. Recurso Extraordinário nº 1.366.243/SC (Tema 1234 da Repercussão Geral). Legitimidade passiva da União e competência da Justiça Federal, nas demandas que versem sobre fornecimento de medicamentos registrados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, mas não padronizados no Sistema Único de Saúde – SUS. Relator: Min. Gilmar Mendes. Brasília, 13 de setembro de 2024. Diário da Justiça Eletrônico, 11 out. 2024 [citado em 9 jul. 2025]. Disponível em: https://portal.stf.jus.br/jurisprudenciaRepercussao/verAndamentoProcesso.asp?incidente=6335939&numeroProcesso=1366243&classeProcesso=RE&numeroTema=1234

11. Brasil. Ministério da Saúde. Comissão Intergestores Tripartite – CIT [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; [s.d.] [citado em 29 abr. 2026]. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/gestao-do-sus/articulacao-interfederativa/cit

12. Conselho Nacional de Justiça. Estatísticas processuais de direito à saúde [Internet]. Brasília: CNJ; [s.d.] [citado em 24 ago. 2025]. Disponível em: https://justica-em-numeros.cnj.jus.br/painel-saude

13. Tribunal de Justiça do Estado do Pará. Jurisprudência do TJPA [Internet]. Belém: TJPA; [s.d.] [citado em 22 abr. 2026]. Disponível em: https://jurisprudencia.tjpa.jus.br/

14. Brasil. Tribunal Regional Federal (Região 1.). Jurisprudência TRF1 [Internet]. Brasília, DF: TRF1; [s.d.] [citado em 22 abr. 2026]. Disponível em: https://jurisprudencia.cjf.jus.br/trf1/index.xhtml

15. Brasil. Ministério da Saúde. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - Rename [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; [s.d.] [citado em 29 abr. 2026]. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sectics/rename

16. Mendes GF, Branco PGG. Curso de direito constitucional. 20ª ed. São Paulo: SaraivaJur; 2025. 1592 p.

17. Luhmann N. O direito da sociedade. São Paulo: Martins Fontes; 2016. 812 p.

18. Neves M. Constituição e direito na modernidade periférica: uma abordagem teórica e uma interpretação do caso brasileiro. São Paulo: WMF Martins Fontes; 2018. 468 p.

19. Microsoft 365 Excel [programa de computador]. Redmond (WA): Microsoft Corporation; 2026.

20. Organização Mundial da Saúde. Classificação Internacional de Doenças - 11ª revisão [Internet]. Genebra: OMS; [s.d.] [citado em 22 abr. 2026]. Disponível em: https://icd.who.int/pt

21. Conselho Nacional de Justiça. Sistema e-NatJus: pesquisa de notas técnicas [Internet]. Brasília: CNJ; [s.d.] [citado em 29 abr. 2026]. Disponível em: https://www.pje.jus.br/e-natjus/pesquisaPublica.php

22. Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos. Preços máximos de medicamentos por princípio ativo [Internet]. Brasília: Anvisa; 8 jan. 2026 [citado em 3 fev. 2026]. Disponível em: https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/medicamentos/cmed/precos/arquivos/pdf_conformidade_gov_20260108_162952452.pdf/@@download/file

23. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Consultas: Medicamentos [Internet]. Brasília: Anvisa; [s.d.] [citado em 29 abr. 2026]. Disponível em: https://consultas.anvisa.gov.br/#/medicamentos/

24. Brasil. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (Conitec). Avaliação de tecnologias em saúde [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2022 [atualizado em 18 ago. 2026; citado em 29 abr. 2026].

Disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/assuntos/avaliacao-de-tecnologias-em-saude

25. Brasil. Superior Tribunal de Justiça. Fazenda pública pode ser multada por não fornecer medicamento [Internet]. Brasília: STJ; 8 maio 2017 [atualizado em 12 abr. 2019; citado em 29 abr. 2026]. Disponível em: https://www.stj.jus.br/sites/portalp/Paginas/Comunicacao/Noticias-antigas/2017/2017-05-08_07-59_Fazenda-publica-pode-ser-multada-por-nao-fornecer-medicamento.aspx

26. Ribeiro KDCBL. Galáxia de distinções: a complexidade da judicialização da saúde nos tribunais. Curitiba: CRV; 2021. 295 p.

27. Cunha JRA. A efetivação constitucional do direito à saúde no Brasil: alternativas jurídicas para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) [Tese]. Brasília: Programa de Pós-Graduação em Direito, Estado e Constituição, Universidade de Brasília; 2020 [citado em 29 abr. 2026]. 328 p. Disponível em: https://repositorio.unb.br/handle/10482/38898

28. Leal EPA, Ribeiro KDCBL. Os impactos na estrutura orçamentária pública devido a judicialização do direito à saúde. Scientia Iuris [Internet]. 2024 [citado em 1 mar. 2026];28(2):58-70. Disponível em: https://ojs.uel.br/revistas/uel/index.php/iuris/article/view/49130

29. Silva AP, Severino GAG. O desafio do acesso a medicamentos de alto custo e a judicialização da saúde. Global Crossings [Internet]. 2025 [citado em 1 mar. 2026];2(2):410-417. Disponível em: https://www.globalcrossings.com.br/revista/index.php/gc/article/view/174 doi:10.69818/gc.v2.n2.410-417.2025

30. Martins PM, Mairink CHP. O impacto das decisões judiciais frente à garantia do acesso a medicamentos de alto custo no Sistema Único de Saúde (SUS). Libertas Saúde [Internet]. 2025 [citado em 1 mar. 2026];1(1):1-50. Disponível em: https://periodicos.famig.edu.br/index.php/saude/article/view/740

31. Nascimento AF, Hirsch FPA. A obrigatoriedade da administração pública para o fornecimento de medicamentos: análise do Tema 1234 do STF. Direito UNIFACS – Debate Virtual [Internet]. 2025 [citado em 1 mar. 2026];(303). Disponível em: https://revistas.unifacs.br/index.php/redu/article/view/9874

32. Santos GLA. Judicialização da saúde no Brasil: o fornecimento de medicamentos e o tensionamento entre os poderes [Monografia]. Parnaíba: Curso de Bacharelado em Direito, Universidade Estadual do Piauí; 2025 [citado em 29 abr. 2026]. 74 p. Disponível em: https://sistemas2.uespi.br/handle/tede/2253

33. Galvão Junior EP. O direito ao medicamento pela via judicial: revisão integrativa de literatura. Cuadernos de Educación y Desarrollo [Internet]. 2025 [citado em 1 mar. 2026];17(4):e8175. Disponível em: https://ojs.cuadernoseducacion.com/ojs/index.php/ced/article/view/8175%20 doi:10.55905/cuadv17n4-151

34. Holanda MJRB, Prudêncio BKA, Oliveira BP, Santos MT. A requisição judicial para fornecimento de medicamentos de alto custo pelo estado à luz da jurisprudência do STF e do STJ. UniLS Acadêmica [Internet]. 2024 [citado em 1 mar. 2026];1(2):1-17. Disponível em: https://revista.unils.edu.br/index.php/files/article/view/23

35. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, n. 98, p. 44-46, 24 maio 2016 [citado em 29 abr. 2026]. Disponível em: https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/atos-normativos/resolucoes/2016/resolucao-no-510.pdf

36. Brasil. Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico. Portaria nº 2.664, de 6 de março de 2026. Institui a Política de Integridade na Atividade Científica do CNPq. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, p. 4, 11 mar. 2026 [citado em 29 abr. 2026]. Disponível em: https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-cnpq-n-2.664-de-6-de-marco-de-2026-691779232

37. Google. Gemini [Internet]. Mountain View: Google; [s.d.] [citado em 29 abr. 2026]. Disponível em: https://gemini.google.com

38. Holmes S, Sunstein CR. The cost of rights: why liberty depends on taxes. New York: WW Norton; 1999. 255 p.

39. Brasil. Supremo Tribunal Federal. Informativo STF nº 345 [Internet]. Brasília: Supremo Tribunal Federal; 2004 [citado 29 abr. 2026]. Disponível em: https://www.stf.jus.br/arquivo/informativo/documento/informativo345.htm

40. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Resolução CREMESP nº 355, de 23 de agosto de 2022. Estabelece diretrizes éticas para o auxílio médico da tomada de decisões sobre cuidados e tratamentos de pacientes que enfrentam a fase final da vida. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, n. 209, p. 149-150, 4 nov. 2022 [citado em 29 abr. 2026]. Disponível em: https://legismap.com.br/leis-e-normas/resolucao-cremesp-n-355-de-23-10-2022

41. Brasil. Superior Tribunal de Justiça. Segunda Seção. Súmula nº 608. Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde, salvo os administrados por entidades de autogestão. Brasília, 11 de abril de 2018. Diário da Justiça Eletrônico, 17 abr. 2018 [citado em 29 abr. 2026]. Disponível em: https://www.stj.jus.br/internet_docs/biblioteca/clippinglegislacao/Sumula_608_2018_segunda_secao.pdf

42. Osorio-de-Castro CGS, Mattos LT, Almeida PK, Oliveira IAG, Caetano R. Judicialização de medicamentos de alto custo no Brasil: uma revisão de escopo. Physis: Revista de Saúde Coletiva [Internet]. 2025 [citado em 29. abr. 2026];35(3):e350309. Disponível em: http://www.scielo.br/j/physis/a/mMMLv5zGPp8bW77hKbztHwp/?lang=pt doi:10.1590/S0103-73312025350309pt

43. Secretaria do Tesouro Nacional. Transferências a Estados e Municípios [Internet]. Brasília: Secretaria do Tesouro Nacional; [s.d.] [citado em 29 abr. 2026]. Disponível em: https://www.tesourotransparente.gov.br/temas/estados-e-municipios/transferencias-a-estados-e-municipios

44. Confederação Nacional de Municípios. Nota Técnica orienta sobre judicialização de medicamentos no SUS [Internet]. Brasília: CNM; 2025 [citado em 24 ago. 2025]. Disponível em: https://cnm.org.br/comunicacao/noticias/nota-tecnica-orienta-sobre-judicializacao-de-medicamentos-no-sus

Informações editoriais

Histórico

Recebido: 24/02/2026
Revisado: 09/09/2026
Aprovado: 11/09/2026

Processo de Avaliação

Avaliação por pares duplo-cego.

Avaliação por pares aberta

Dois avaliadores ad hoc avaliaram este manuscrito. Os autores concordaram com a interação, se necessário, e com a publicação do parecer. Ambos os avaliadores concordaram com a interação e ambos autorizaram a publicação do parecer, se indicado pela revista.

Preprint

O manuscrito não é um *preprint*.

Verificação de similaridade

Este artigo foi submetido à verificação de similaridade textual com o software *CopySpider*.

Contribuição dos autores

L.N. Panzetti: concepção/desenho do artigo, análise e interpretação de dados e redação do artigo.
J.A.C. Veloso: análise e interpretação de dados e revisão crítica de seu conteúdo.
K.D. Ribeiro: revisão crítica de seu conteúdo e aprovação da versão final do artigo.

Conflito de interesses

Um dos autores exerce a função de editora convidada da revista e integra a autoria deste artigo. Declarou conflito de interesse e, em conformidade com as boas práticas editoriais, não participou de nenhuma etapa do processo editorial, o qual foi conduzido de forma independente por outro editor. Os demais autores declaram não haver conflito de interesse de ordem pessoal, comercial, acadêmica, política ou financeira relacionado a este artigo.

Financiamento

Não se aplica.

Origem da pesquisa

Artigo derivado de projeto de pesquisa do Programa de Pós-Graduação em Direito, intitulado 'Fundamentos e Aplicações da Judicialização da Saúde' (Portaria nº 107/2025), vinculado ao Instituto de Ciências Jurídicas da Universidade Federal do Pará (UFPA). Coordenadora: Krishina Day Ribeiro. Grupo de Pesquisa: DISAM – Direito à Saúde na Amazônia: Saúde, Constitucionalismo e Teoria Sistêmica.

Aprovação ética da pesquisa

Não se aplica.

Disponibilidade dos dados de pesquisa

Os conteúdos subjacentes ao texto da pesquisa estão contidos no manuscrito.

Declaração de uso de ferramentas de Inteligência Artificial (IA)

Os autores declaram que ferramentas de inteligência artificial foram utilizadas na elaboração deste manuscrito ou na pesquisa nele relatada

Equipe editorial

Editora-chefe: Sandra Mara Campos Alves
Editoras convidadas (dossiê): Eliana Franco, Krishina Day Ribeiro
Editora assistente: Amanda Nunes Lopes Espiñeira Lemos
Assistentes editoriais: Danilo Silva Santos Rocha, Daphne Sarah Gomes Jacob Mendes, Maria Ester Simões Nogueira
Revisora de texto: Thaynnã Souza de Menêzes

Publisher

Fundação Oswaldo Cruz, Fiocruz, Programa de Direito Sanitário, Brasília, DF, Brasil.

Direitos Autorais

Os autores mantêm os direitos autorais sobre suas obras e concedem aos Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário (CIADS) o direito de primeira publicação.

Open Access

Este artigo é publicado em Acesso Aberto (*Open Access*), com acesso imediato, gratuito e permanente ao seu conteúdo, sem cobrança de taxas para leitura, download ou compartilhamento.

Licença de Uso

Copyright © 2026 Lucas Noronha Panzetti, João Antonio Campos Veloso, Krishina Day Ribeiro. Este artigo é licenciado sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC BY 4.0), que permite o uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, desde que a autoria original e a fonte de publicação sejam devidamente citadas.

Como citar (Vancouver)

Panzetti LN, Veloso JAC, Ribeiro KD. Judicialização de medicamentos e direito sanitário: estudo empírico-jurisprudencial nos tribunais estadual e federal do Pará (Amazônia). Cad. Ibero-Am. Direito Sanit. 2026;15:e2026041. doi: 10.17566/ciads.e2026041