CENTRO EDUCACIONAL DE ENSINO SUPERIOR DE PATOS - CEESP
CENTRO UNIVERSITÁRIO DE PATOS - UNIFIP
CURSO DE BACHARELADO EM DIREITO

NATHÁLIA JÚLIA BARBOSA HONÓRIO NEGRÃO

DIREITOS DOS PACIENTES ONCOLÓGICOS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: O ACESSO A MEDICAMENTOS DE ALTO CUSTO COMO GARANTIA FUNDAMENTAL

PATOS
2026

NATHÁLIA JÚLIA BARBOSA HONÓRIO NEGRÃO

DIREITOS DOS PACIENTES ONCOLÓGICOS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: O ACESSO A MEDICAMENTOS DE ALTO CUSTO COMO GARANTIA FUNDAMENTAL

Monografia apresentada ao Curso de Bacharelado em Direito do Centro Universitário de Patos – UNIFIP, como requisito para obtenção do título de Bacharel em Direito.

Orientadora: Profa.Drª. Marana Sotero de Sousa Lucena.

PATOS

2026

FICHA CATALOGRÁFICA
Dados de Acordo com AACR2, CDU e CUTTER
Biblioteca Central - UNIFIP

Negrão, Nathália Júlia Barbosa Honório.
N385d DIREITOS DOS PACIENTES ONCOLÓGICOS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: o acesso a medicamentos de alto custo como garantia fundamental . / Nathália Júlia Barbosa Honório Negrão. – Patos – PB: UNIFIP, 2026.
60 fls.

Orientador (a): Profª. Dra. Marana Sotero de Sousa Lucena
Trabalho de Conclusão de Curso – Graduação, Bacharelado em Direito.

1. Direito à saúde. 2. Pacientes oncológicos. 3 . Medicamentos de alto custo. 4. Judicialização da saúde. 5. Sistema Único de Saúde I. Título. II. Centro Universitário de Patos – UNIFIP.

UNIFIP/BC CDU: 340

Yasmim Caroline Andrade Nóbrega. CRB 15/1086

NATHÁLIA JÚLIA BARBOSA HONÓRIO NEGRÃO

DIREITOS DOS PACIENTES ONCOLÓGICOS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: O ACESSO A MEDICAMENTOS DE ALTO CUSTO COMO GARANTIA FUNDAMENTAL

Monografia apresentada ao Curso de Bacharelado em Direito do Centro Universitário de Patos – UNIFIP, como requisito para obtenção do título de Bacharel em Direito.

Orientador: Profa. Drª. Marana Sotero de Sousa Lucena.

Aprovada em 10 de Junho de 2026

BANCA EXAMINADORA:

Marana Sotero de Sousa Lucena

Prof.ª Drª. Marana Sotero de Sousa Lucena

Orientadora

Centro Universitário de Patos – UNIFIP

Prof. Me. Delmiro Gomes da Silva Neto

Examinador

Centro Universitário de Patos – UNIFIP

Prof. Esp. Henrique Mota Feitosa

Examinador

Centro Universitário de Patos – UNIFIP

Dedico este trabalho às pessoas que deram sentido à minha trajetória, à minha mãe, por ser meu exemplo de força, coragem e fonte inesgotável de amor; ao meu esposo, Silas, por caminhar ao meu lado com amor e parceria; e à minha filha, Júlia, por transformar minha vida e despertar em mim uma força que eu ainda não conhecia.

AGRADECIMENTOS

A Deus, toda honra e gratidão. Foi Ele quem sustentou cada passo dessa caminhada e me permitiu chegar até aqui com fé, força e propósito. Em muitos momentos, foi Ele quem me deu coragem para continuar quando o cansaço, as inseguranças e os desafios pareciam maiores do que eu. Nada disso seria possível sem sua presença constante em minha vida.

À minha família, meu mais profundo agradecimento. Especialmente à minha mãe, por todo amor, cuidado e apoio incondicional ao longo da vida. Cada conquista minha também pertence a vocês, que sempre acreditaram no meu potencial mesmo nos momentos em que eu mesma duvidei.

Ao meu companheiro nesta vida, de outras vidas, Silas Negrão Serra Júnior, agradeço por cada palavra de apoio, pela paciência nos dias difíceis e por sonhar comigo os meus sonhos. Sua parceria, compreesão e presença, tornaram essa caminhada mais leve e mais bonita.

À minha filha, Júlia, mesmo tão pequena, você se tornou a minha maior inspiração. Foi por você e muitas vezes pensando em você que, encontrei forças para continuar. Você deu um novo sentido à minha vida e aos meus sonhos.

Aos professores que fizeram parte da minha formação, em especial a minha orientadora, professora Marana Sotero, por ter acreditado na possibilidade da realização deste trabalho, pelo seu incansável e permanente encorajamento, pela disponibilidade dispensada e sugestões que foram preciosas para a concretização desta monografia. Agradeço também, pelos ensinamentos que ultrapassam a sala de aula e permanecerão comigo por toda a vida.

"O problema fundamental em relação aos direitos do homem, hoje, não é tanto o de justificá-los, mas o de protegê-los. Trata-se de um problema não filosófico, mas político."
(BOBBIO, 2004, p. 24).

RESUMO

O presente estudo analisa o direito dos pacientes oncológicos ao acesso a medicamentos de alto custo no âmbito do Sistema Único de Saúde, como expressão concreta de uma garantia fundamental, examinando os limites estruturais da política pública sanitária, o regime jurídico de incorporação de tecnologias e a crescente atuação subsidiária do Poder Judiciário. A pesquisa adota abordagem qualitativa, de natureza teórico-descritiva, valendo-se do método dedutivo e dos procedimentos bibliográfico, documental e jurisprudencial. Investigam-se os fundamentos constitucionais do direito à saúde, articulados aos princípios da dignidade da pessoa humana e do mínimo existencial, e examina-se a estrutura do Sistema Único de Saúde no campo oncológico, com ênfase na Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer, instituída pela Lei nº 14.758/2023, na assistência farmacêutica oncológica e nos critérios de incorporação tecnológica conduzidos pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias. Procede-se à análise comparativa de doze acórdãos proferidos entre 2024 e 2025 pelos Tribunais de Justiça de Minas Gerais e da Paraíba, sob os marcos firmados pelo Supremo Tribunal Federal nos Temas 6 e 1.234 da repercussão geral e nas Súmulas Vinculantes nº 60 e nº
61. Os resultados evidenciam que a judicialização da saúde oncológica configura sintoma da insuficiência estrutural do modelo assistencial, agravada por barreiras geográficas, burocráticas e jurisprudenciais que materializam a mistanásia oncológica, especialmente nas regiões Norte e Nordeste. Conclui-se pela necessidade de articulação entre os três Poderes da República e os entes federativos, mediante implementação efetiva do Programa de Navegação da Pessoa com Diagnóstico de Câncer, cumprimento dos prazos legais fixados pela Lei nº 12.732/2012 e pela Lei nº 13.896/2019 e harmonização jurisprudencial, como condições para a efetivação plena do direito fundamental à saúde.

Palavras-chave: Direito à saúde; Pacientes oncológicos; Medicamentos de alto custo; Judicialização da saúde; Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

This study analyzes the right of oncology patients to access high-cost medications within the Brazilian Unified Health System (Sistema Único de Saúde – SUS) as a concrete expression of a fundamental constitutional guarantee, examining the structural limits of public health policy, the legal framework for the incorporation of technologies, and the increasingly subsidiary role of the Judiciary. The research adopts a qualitative, theoretical-descriptive approach, employing the deductive method along with bibliographic, documental, and jurisprudential procedures. It investigates the constitutional foundations of the right to health, articulated with the principles of human dignity and the existential minimum, and examines the structure of the Unified Health System in the field of oncology, with emphasis on the National Policy for the Prevention and Control of Cancer, established by Law No. 14,758/2023, on oncology pharmaceutical assistance, and on the criteria for technological incorporation conducted by the National Commission for the Incorporation of Technologies (CONITEC). A comparative analysis is conducted of twelve judicial decisions rendered between 2024 and 2025 by the Courts of Justice of Minas Gerais and Paraíba, under the frameworks established by the Brazilian Federal Supreme Court in Themes 6 and 1,234 of general repercussion and in Binding Precedents No. 60 and No. 61. The findings demonstrate that the judicialization of oncological health constitutes a symptom of the structural insufficiency of the care model, aggravated by geographic, bureaucratic, and jurisprudential barriers that materialize oncological mistanasia, particularly in the North and Northeast regions. It is concluded that articulation among the three branches of government and the federative entities is necessary, through the effective implementation of the Patient Navigation Program for Cancer Diagnosis, compliance with the legal deadlines established by Law No. 12,732/2012 and Law No. 13,896/2019, and jurisprudential harmonization, as conditions for the full realization of the fundamental right to health.

Keywords: Right to health; Cancer patients; High-cost medications; Judicialization of health; Unified Health System.

LISTA DE SIGLAS

AC — Apelação Cível

AF-Onco — Componente da Assistência Farmacêutica em Oncologia

AgRg — Agravo Regimental

AI — Agravo de Instrumento

ANS — Agência Nacional de Saúde Suplementar

ANVISA — Agência Nacional de Vigilância Sanitária

APAC — Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade

AREsp — Agravo em Recurso Especial

CACON — Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia

CDK — Cyclin-Dependent Kinase (Quinase Dependente de Ciclina)

CEAF — Componente Especializado da Assistência Farmacêutica

CEESP — Centro Educacional de Ensino Superior de Patos

CF/88 — Constituição da República Federativa do Brasil de 1988

CFM — Conselho Federal de Medicina

CID — Classificação Internacional de Doenças

CNJ — Conselho Nacional de Justiça

CONITEC — Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS

CPC — Código de Processo Civil

DATASUS — Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

DF — Distrito Federal

DOI — Digital Object Identifier (Identificador Digital de Objeto)

ED — Embargos de Declaração

GM/MS — Gabinete do Ministro – Ministério da Saúde

HR — Hormone Receptor (Receptor Hormonal)

INCA — Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva

ISSN — International Standard Serial Number (Número Internacional Normalizado para Publicações Seriadas)

MS — Ministério da Saúde

NAT-Jus — Núcleo de Apoio Técnico do Poder Judiciário

NATJUS — Sistema Nacional de Pareceres e Notas Técnicas (e-NatJus)

PCDT — Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas

PET-CT — Positron Emission Tomography – Computed Tomography (Tomografia por Emissão de Pósitrons com Tomografia Computadorizada)

PNCP — Política Nacional de Cuidados Paliativos

PNH — Política Nacional de Humanização

PNPCC — Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer

PSMA — Prostate-Specific Membrane Antigen (Antígeno Prostático Específico de Membrana)

RBC — Revista Brasileira de Cancerologia

RE — Recurso Extraordinário

REMEPB — Relação Estadual de Medicamentos Essenciais da Paraíba

RENAME — Relação Nacional de Medicamentos Essenciais

REsp — Recurso Especial

RG — Repercussão Geral

SciELO — Scientific Electronic Library Online (Biblioteca Eletrônica Científica Online)

SCTIE — Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos

SECTICS — Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Complexo Econômico-Industrial da Saúde

STF — Supremo Tribunal Federal

STJ — Superior Tribunal de Justiça

SUS — Sistema Único de Saúde

TJMG — Tribunal de Justiça de Minas Gerais

TJPB — Tribunal de Justiça da Paraíba

UNACON — Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO..... 12
2 O DIREITO À SAÚDE COMO GARANTIA FUNDAMENTAL 12
2.1 O DIREITO À SAÚDE NA CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL..... 12
2.2 A DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA E O MÍNIMO EXISTENCIAL..... 12
2.3 A ATUAÇÃO DO ESTADO NA EFETIVAÇÃO DOS DIREITOS SOCIAIS 12
3 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E O TRATAMENTO ONCOLÓGICO..... 12
3.1 ESTRUTURA E PRINCÍPIOS DO SUS..... 12
3.2 POLÍTICA NACIONAL DE PREVENÇÃO E CONTROLE DO CÂNCER 12
3.3 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA E PROTOCOLOS CLÍNICOS 12
3.4 MEDICAMENTOS DE ALTO CUSTO E SUA REGULAMENTAÇÃO 12
4 A JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE E O ACESSO À MEDICAMENTOS ONCOLÓGICOS..... 12
4.1 AS BARREIRAS ESTRUTURAIS ADMINISTRATIVAS PARA EFETIVAÇÃO DO TRATAMENTO ONCOLÓGICO PLENO 12
4.2 A ATUAÇÃO DO JUDICIÁRIO E A RESERVA À SAÚDE: UMA ANÁLISE JURISPRUDENCIAL DO FORNECIMENTO DE MEDICAÇÃO PARA TRATAMENTO ONCOLÓGICO..... 12
4.3 CAMINHOS PARA HUMANIZAÇÃO E EQUIDADE NO TRATAMENTO..... 12
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS 12
REFERÊNCIAS..... 54

1 INTRODUÇÃO

O direito à saúde, consagrado pelo artigo 6º e disciplinado pelo artigo 196 da Constituição Federal de 1988, representa um dos mais expressivos compromissos do constituinte originário com a construção de uma sociedade fundada na dignidade da pessoa humana, sem distinção de origem, renda ou condição. Sua qualificação como direito social de segunda dimensão impõe ao Estado brasileiro o dever de prestações positivas, traduzidas em políticas públicas que assegurem o acesso universal, igualitário e integral às ações e serviços de saúde. Nesse contexto, a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), instituído pela mesma Carta Magna e regulamentado pela Lei nº 8.080/1990, configura-se como instrumento normativo e estrutural destinado a concretizar essa promessa constitucional, organizando-se sob os princípios da universalidade, integralidade e equidade.

Entre os múltiplos desafios que se impõem à efetivação plena desse direito, destaca-se a assistência aos pacientes acometidos por neoplasias malignas, cujo tratamento envolve medicamentos antineoplásicos de alto custo, terapias-alvo e imunoterapias capazes de alterar significativamente o prognóstico de sobrevida. A complexidade tecnológica, o elevado valor financeiro e a rápida incorporação de inovações terapêuticas na oncologia, criam um descompasso estrutural entre o que a ciência médica recomenda e o que o SUS efetivamente disponibiliza por meio de seus Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas. Diante da negativa administrativa ou da demora na incorporação de novas tecnologias pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC), o paciente oncológico vulnerável encontra no Poder Judiciário a última via de efetivação de um direito que a Constituição Federal lhe assegura com aplicabilidade imediata.

A relevância do tema se intensifica diante da constatação de que o fenômeno da judicialização da saúde, está longe de ser uma anomalia processual, revelando-se como o sintoma mais visível da insuficiência estrutural do modelo assistencial oncológico brasileiro. Dados recentes, evidenciam profundas desigualdades regionais no acesso ao diagnóstico precoce e ao tratamento, com tempos de espera que ultrapassam, nas regiões Norte e Nordeste, os prazos legais estabelecidos em lei. A distância média percorrida pelos pacientes nordestinos para o acesso à radioterapia é superior a 160 km, ilustrando a dimensão geográfica de uma desigualdade que se converte em mistanásia

oncológica,

conceituada por mortes evitáveis. Essa expressão, retrata a omissão estatal que transforma doenças potencialmente curáveis em desfechos fatais, que reclama análise jurídica sob a perspectiva do biodireito e da teoria constitucional contemporânea.

Diante desse cenário, formula-se o seguinte problema de pesquisa, em que medida o judiciário brasileiro tem efetivado o direito fundamental dos pacientes oncológicos ao acesso a medicamentos de alto custo no âmbito do Sistema Único de Saúde, considerando os limites estruturais da política pública de saúde, o regime jurídico de incorporação de tecnologias e a crescente atuação subsidiária do Poder Judiciário como instância de concretização desse direito? A indagação se desdobra na análise dos parâmetros fixados pelo Supremo Tribunal Federal nos temas 6 e 1.234 da repercussão geral, bem como das Súmulas Vinculantes n° 60 e n° 61, e na comparação entre o Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais e o Tribunal de Justiça do Estado da Paraíba, entre os anos de 2024 e 2025, a competência jurisdicional e os critérios probatórios para o fornecimento judicial de medicamentos não incorporados ao SUS.

O objetivo geral desta pesquisa, consiste em analisar o direito dos pacientes oncológicos ao acesso a medicamentos de alto custo no SUS como expressão concreta de uma garantia fundamental, examinando criticamente os limites e as possibilidades da atuação estatal e judicial nessa efetivação. Como objetivos específicos, busca-se examinar os fundamentos constitucionais do direito à saúde, juntamente com os princípios da dignidade da pessoa humana e do mínimo existencial. Em segundo lugar, investiga-se a estrutura organizacional, normativa e financeira do SUS no campo oncológico, com ênfase na Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer instituída pela Lei nº 14.758/2023, na assistência farmacêutica regulamentada pela Portaria GM/MS nº 3.681/2024 e nos critérios de incorporação tecnológica conduzidos pela CONITEC. Por fim, busca-se compreender o fenômeno da judicialização da saúde oncológica a partir da análise comparativa de decisões dos Tribunais de Justiça de Minas Gerais e da Paraíba, identificando convergências, divergências e os caminhos possíveis para a humanização e a equidade no tratamento.

A pesquisa adota abordagem qualitativa, de natureza teórico-descritiva, valendo-se do método dedutivo e dos procedimentos bibliográfico, documental e jurisprudencial. A investigação bibliográfica contempla a doutrina constitucional, administrativa, sanitarista e do biodireito, articulada à produção científica recente sobre judicialização da saúde, acesso a medicamentos oncológicos e barreiras estruturais ao tratamento. A pesquisa documental examina o arcabouço normativo nacional pertinente, incluindo a Constituição

Federal de 1988, a Lei nº 8.080/1990, a Lei nº 12.401/2011, a Lei nº 12.732/2012, a Lei nº 13.896/2019, a Lei nº 14.758/2023, a Lei nº 14.831/2024 e os atos infralegais correlatos.

A análise jurisprudencial, por sua vez, baseia-se na seleção de doze acórdãos proferidos entre 2024 e 2025 pelos Tribunais de Justiça de Minas Gerais e da Paraíba, escolhidos por representarem as neoplasias com maior volume de judicialização no Brasil, examinados sob método comparativo a fim de identificar padrões decisórios, divergências interpretativas e impactos práticos sobre o acesso ao tratamento.

O trabalho estrutura-se em quatro seções de desenvolvimento, a segunda seção examina o direito à saúde como garantia fundamental, abordando sua matriz constitucional, sua articulação com o princípio da dignidade da pessoa humana e do mínimo existencial, bem como a atuação do Estado na efetivação dos direitos sociais e os limites impostos pela reserva do possível. A terceira seção, investiga o Sistema Único de Saúde no contexto do tratamento oncológico, analisando sua estrutura organizacional, a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer, a assistência farmacêutica oncológica e o regime de regulamentação dos medicamentos de alto custo. A quarta seção, aprofunda o fenômeno da judicialização da saúde oncológica, identificando as barreiras estruturais que impedem o tratamento pleno, examinando comparativamente a jurisprudência do TJMG e do TJPB e propondo caminhos para a humanização e a equidade no cuidado, em consonância com o Programa de Navegação da Pessoa com Diagnóstico de Câncer instituído pela Portaria GM/MS nº 6.591/2025.

Contudo, o presente trabalho visa contribuir para o debate jurídico contemporâneo acerca da efetivação dos direitos sociais, sustentando que a garantia do acesso a medicamentos oncológicos de alto custo, está longe de configurar pretensão individualista ou onerosa ao erário, constituindo exigência inafastável do compromisso constitucional com a dignidade da pessoa humana e com a construção de uma sociedade verdadeiramente justa, solidária e igualitária.

2 O DIREITO À SAÚDE COMO GARANTIA FUNDAMENTAL

Esta seção examina os fundamentos constitucionais do direito à saúde no ordenamento jurídico brasileiro, abordando o direito a saúde como garantia fundamental. Observa-se como esse direito se insere no contexto da dignidade da pessoa humana e como se traduz em obrigação do Estado.

A saúde se consolida como direito fundamental de segunda dimensão, exigindo prestações positivas do Estado para assegurar acesso universal e igualitário às ações e serviços que visem à promoção, proteção e recuperação da saúde. Esse direito está expressamente previsto no artigo 6º da Constituição Federal de 1988, que inclui o rol dos direitos sociais, disciplinado pelo artigo 196, que estabelece que a saúde é direito de todos e dever do Estado.

O direito a saúde possuí eficácia imediata, o que significa que sua implementação não pode ser postergada, mesmo que sob o argumento de reserva do possível ou limitações orçamentárias. Ainda que existam condicionantes financeiras, o Estado não pode eximir-se de buscar meios para garantir ao menos o mínimo existencial em saúde.

Cabe ao Poder Judiciário assegurar a concretização do direito à saúde, com base nos princípios da dignidade da pessoa humana, razoabilidade e proporcionalidade, sem perder de vista a necessidade de respeito à política pública e à gestão racional dos recursos disponíveis. A intervenção judicial deve ser subsidiária e pautada por evidências científicas e protocolos clínicos, evitando o ativismo judicial.

Contudo, é possível compreender que o direito à saúde como garantia fundamental, sua proteção extrapola o campo das políticas públicas, tornando-se um verdadeiro compromisso social e jurídico do Estado brasileiro. Portanto, a plena concretização do direito à saúde se mostra essencial para a construção de uma sociedade justa, solidária e igualitária, onde a dignidade da pessoa humana é plenamente respeitada e cada indivíduo tem a oportunidade de alcançar seu potencial máximo de bem-estar.

2.1 O DIREITO À SAÚDE NA CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

O direito a saúde como garantia fundamental, tem previsão no artigo 6º da Constituição Federal de 1988, enfatizando que todos têm direito a tratamentos

adequados, sendo fornecidos pelo poder público. Juntamente com a Carta Magna em 1988, nasceu o

Sistema único de Saúde, que possibilitou e transformou o acesso a saúde no Brasil, pois antes dela, o sistema público atendia a um público limitado, sendo somente aos trabalhadores vinculados à Previdência Social.

O artigo 196 da Constituição Federal, tornou-se a pedra angular do direito à saúde no Brasil, consagrando a saúde como direito de todos e dever do Estado. Observa-se que sua redação é clara e objetiva.

> "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).

A Lei que estrutura o Sistema Único de Saúde (SUS) é a Lei 8.080/90, conhecida como Lei Orgânica da Saúde, sendo um marco jurídico e histórico, fundamental para a organização e funcionamento da saúde pública do Brasil, conforme estabelecido pela Constituição Federal de 1988.

A organização administrativa do SUS é tripartite, composta pela União, Estados e pelos Municípios, com competências específicas para cada ente federativo. A União, exerce um papel normativo, financeiro, coordenador e regulador, em nível nacional. Os Estados, são responsáveis por desenvolver a coordenação regional, na gestão de serviços de maior complexidade e no apoio aos municípios. Já os Municípios, são os principais executores da atenção básica e da vigilância em saúde local, bem como, são a porta de entrada dos SUS. O Sistema Único de Saúde, tem como estrutura os princípios da regionalização e da hierarquização. A regionalização organiza os serviços de saúde em áreas geográficas específicas, já a hierarquização, organiza os serviços de saúde em níveis de complexidade crescente, como a atenção primária, secundária e terciária.

O principal objetivo da lei é garantir a promoção, proteção e recuperação da saúde, respeitando os princípios da universalidade, integralidade e equidade. Visando organizar um sistema integrado de saúde, funcionando em todos os níveis de governo e respeitando a autonomia entre os entes federativos.

2.2 A DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA E O MÍNIMO EXISTENCIAL

A dignidade da pessoa humana, é um princípio supremo da Constituição Federal, com a finalidade de defender os direitos básicos e fundamentais da pessoa humana, garantindo a integridade do ser humano como sujeito de direito, com base nos princípios

da liberdade e da igualdade, protegendo todo o ordenamento jurídico.

No artigo 1º da Constituição Federal, este princípio é estabelecido como um dos fundamentos da República Federativa do Brasil, com o objetivo de reger todos os demais princípios e garantir as necessidades vitais de cada indivíduo de forma individual e específica, não sendo suficiente a garantia de direitos para a humanidade de modo geral.

> Art. 1º A República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, constitui-se em Estado Democrático de Direito e tem como fundamentos:
>
> - a soberania;
>
> - a cidadania;
>
> - a dignidade da pessoa humana;
>
> - os valores sociais do trabalho e da livre iniciativa; (BRASIL, 1988, art. 1º).

Para Immanuel Kant, filósofo alemão e figura central do Iluminismo e da Filosofia Moderna, em sua obra Fundamentação da Metafísica dos Costumes, sintetizou que:

> No reino dos fins tudo tem ou um preço ou uma dignidade. Quando uma coisa tem um preço, pode-se pôr em vez dela qualquer outra como equivalente; mas quando uma coisa está acima de todo o preço, e portanto, não permite equivalente, então tem ela dignidade. (Kant, 1986, P. 77).

Destarte, a dignidade da pessoa humana é um valor intrínseco e não é negociável nem substituível. Sendo este, o fundamento dotado de razão sendo a autonomia e a capacidade moral a origem dessa elevação. Isso estabelece um limite moral fundamental, a pessoa humana nunca pode ser reduzida a um mero instrumento.

O mínimo existencial, está diretamente ligado a dignidade da pessoa humana, sendo ele o conjunto de direitos básicos e fundamentais para uma vida digna, devendo sempre ser garantido, estabelecendo um patamar mínimo de condições de vida que não pode ser violado.

O conceito surgiu na Alemanha, em uma decisão de 1953 pelo Tribunal Federal Administrativo, que uniu a dignidade da pessoa humana, a liberdade material e o estado social. O mínimo existencial engloba o acesso à justiça, assistências aos desamparados, alimentação, vestuário, abrigo, tornando-se um dever estatal de garantir prestações básicas.

2.3 A ATUAÇÃO DO ESTADO NA EFETIVAÇÃO DOS DIREITOS SOCIAIS

A atuação do Estado em relação aos direitos sociais está diretamente ligada com os princípios constitucionais, como a dignidade da pessoa humana. A sua função é agir de maneira ativa, promovendo políticas públicas e alocando recursos financeiros, para que seja possível um bom desenvolvimento humano e tecnológico, tendo a saúde como um dever fundamental do Estado.

A efetivação dos direitos sociais, exige ação conjunta dos três poderes, o Legislativo assegurando as verbas adequadas, o Executivo gerindo os custos com eficiência, e o Judiciário intervindo quando houver omissão. A garantia da saúde não é apenas uma obrigação legal, mas um imperativo ético, pois está conectado ao direito à vida, previsto no artigo 5º, CF/88 e à dignidade da pessoa humana artigo 1º, III, CF/88.

Além disso, a atuação do Estado na saúde, não se resume apenas ao fornecimento de serviços. Ela inclui também a regulamentação da indústria farmacêutica, a incorporação de tecnologias no SUS, a definição de protocolos clínicos e a avaliação de custo-efetividade nos tratamentos. No que diz respeito aos pacientes oncológicos, muitas vezes envolvem terapias inovadoras e de alto custo, que podem representar a única esperança de sobrevida ou conforto para esses pacientes.

Quando se discute sobre a atuação do Estado na efetivação dos direitos sociais, em especial, no fornecimento de medicamentos de alto custo, recorrentemente é alegado o princípio da reserva do possível. Este princípio, sustenta que o Estado só está obrigado a realizar aquilo que os recursos públicos efetivamente permitem, é um recurso jurídico utilizado pelo Poder Público para justificar a impossibilidade de atender plenamente a todas as demandas sociais, sob o argumento de que a realização desses direitos dependeria da disponibilidade de recursos orçamentários. Todavia, esse argumento não pode ser sempre utilizado de forma absoluta, pois não pode ser utilizado pelo Estado de maneira indiscriminada como argumento para negar prestações essenciais, especialmente aquelas voltadas ao chamado mínimo existencial.

Contudo, o princípio da reserva do possível serve como instrumento de equilíbrio entre o dever constitucional do Estado em efetivar direitos sociais e a necessidade de observar as limitações inerentes a gestão pública. A sua aplicação deve ser pautada nos princípios da razoabilidade e proporcionalidade, evitando que seja usada como escudo para omissões estatais e que comprometam o mínimo existencial dos cidadãos.

3 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E O TRATAMENTO ONCOLÓGICO

Esta seção analisa o funcionamento do Sistema Único de Saúde no contexto do tratamento oncológico, examinando sua estrutura organizacional, seus princípios constitucionais e as políticas públicas voltadas à prevenção e ao controle do câncer. Investiga-se o papel da assistência farmacêutica, dos protocolos clínicos e da regulamentação dos medicamentos de alto custo, demonstrando como esses instrumentos se articulam para concretizar o direito fundamental à saúde dos pacientes oncológicos.

O tratamento do câncer no Brasil insere-se em um modelo constitucional de saúde pública universal, estruturado para garantir acesso integral e igualitário às ações e serviços de saúde. Entretanto, a complexidade das terapias oncológicas, especialmente aquelas que envolvem medicamentos inovadores e de elevado custo, impõe desafios estruturais, financeiros e regulatórios ao Estado.

Compreender o funcionamento do SUS e sua organização na área oncológica revela-se essencial para analisar os limites e as possibilidades da atuação estatal na garantia do acesso a medicamentos de alto custo como expressão do mínimo existencial e da dignidade da pessoa humana.

3.1 ESTRUTURA E PRINCÍPIOS DO SUS

O Sistema Único de Saúde é instituído pela Constituição da República de 1988 como instrumento de concretização do direito fundamental à saúde. Sua regulamentação ocorre por meio da Lei nº 8.080/1990 e da Lei nº 8.142/1990, que disciplinam sua organização, funcionamento e participação social.

O SUS conta com três princípios fundamentais para a sua atuação, que garantem acesso a todos e atenção completa. Esses princípios são pilares que sustentam todo o seu exercício, sendo composto pela universalidade, integralidade e equidade.

Compreende-se que a universalidade garante que a saúde é um direito de todos, sem qualquer distinção, não podendo ser restringido por critérios de renda, ocupação, filiação a sindicatos ou qualquer outra forma de discriminação, configurando o SUS como um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo. A equidade, por sua vez, orienta o tratamento desigual aos desiguais na medida de suas desigualdades, priorizando o direcionamento de recursos e atenções àqueles que apresentam necessidades mais urgentes e de alta complexidade, como é o caso dos pacientes diagnosticados com

neoplasias malignas. Já a integralidade, estabelece que a atenção à saúde deve acontecer de forma contínua e ininterrupta.

No contexto oncológico, o princípio da integralidade revela-se como o mais essencial e desafiador.

Este princípio, estabelece que a atenção à saúde deve abranger ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação, garantindo ao paciente um cuidado contínuo e ininterrupto ao longo de todo o seu tratamento. Impondo ao Estado, o dever de fornecer não apenas o diagnóstico laboratorial e de imagem, mas também as intervenções cirúrgicas, a radioterapia, a quimioterapia, as terapias-alvo e a imunoterapia, além de cuidados paliativos quando indicados, assegurando a manutenção do conforto do paciente.

O art. 198 da Constituição Federal de 1988, estabelece que as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, organizada de acordo com diretrizes específicas:

> As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: descentralização, com direção única em cada esfera de governo; atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; e participação da comunidade.(Brasil, 1988, art. 198).

Desta forma, o SUS se estrutura de forma regionalizada, organizando os serviços de saúde em níveis de complexidade crescente. Cada região deve possuir uma rede de serviços capaz de atender às necessidades de saúde da população local, desde os casos mais simples até os que requerem tecnologias mais sofisticadas.

A regionalização permite que o planejamento e a gestão dos serviços considerem as características epidemiológicas, demográficas e sociais de cada região. Viabilizando a aplicação prática dos princípios basilares dos SUS.

Quanto a hierarquização, complementa a regionalização ao organizar os serviços de saúde em níveis de atenção conforme a complexidade dos problemas de saúde. A atenção primária constitui a porta de entrada do sistema e responsabiliza-se pelo atendimento de problemas de saúde mais frequentes e menos complexos. A atenção secundária oferece serviços especializados de média complexidade, enquanto a atenção terciária fornece serviços de alta complexidade, incluindo procedimentos cirúrgicos, internações em unidades de terapia intensiva e tratamentos oncológicos avançados, onde os custos e as demandas tecnológicas são consideravelmente maiores.

A assistência oncológica no Brasil organiza-se por meio da Rede de Atenção à

Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, que se estrutura fisicamente através das Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) e dos Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON). Estes centros especializados possuem a responsabilidade normativa e técnica de oferecer assistência diagnóstica e terapêutica de forma integrada.

Já a descentralização, transfere responsabilidades e recursos para os níveis mais próximos da população. Embora a União mantenha papel normativo e de coordenação nacional, a execução das ações e serviços de saúde descentraliza-se para Estados e Municípios, visando aumentar a eficiência, melhorar a qualidade da gestão e permitir que decisões sejam tomadas considerando as realidades locais.

Em relação a participação popular, reconhece que a comunidade deve participar ativamente da gestão do SUS, conforme prevê a Lei nº 8.142/1990. Essa participação ocorre por meio de Conselhos de Saúde, Conferências de Saúde e outras instâncias de controle social.

Á luz das informações contidas, é de grande relevância compreender que o SUS estrutura-se de forma tripartite, com recursos provenientes das três esferas de governo, a União, Estados e Municípios. A União, por meio do Ministério da Saúde, responsabiliza-se pela maior parte do financiamento, estabelecendo transferências regulares para Estados e Municípios. Os Estados complementam o financiamento federal com recursos próprios, assim como os Municípios. Essa estrutura de financiamento busca garantir a sustentabilidade do sistema e a equidade entre regiões com distintas capacidades fiscais. Por outro lado, a eficiência do tratamento oncológico no SUS demonstra depender de uma articulação federativa em conjunto, onde falhas administrativas em qualquer um dos entes governamentais podem atrasar o início do tratamentoe comprometer irreversivelmente o prognóstico de sobrevida do paciente.

Contudo, a Lei nº 14.831/2024, introduziu a atenção humanizada como princípio oficial do SUS, reconhecendo a importância de que o cuidado em saúde considere não apenas aspectos técnicos, mas também a dignidade, a autonomia e as necessidades emocionais e psicossociais dos pacientes. Essa incorporação reflete a evolução do pensamento sobre saúde e o reconhecimento de que a qualidade do cuidado depende também da forma como o paciente é tratado e acolhido pelo sistema de saúde.

3.2 POLÍTICA NACIONAL DE PREVENÇÃO E CONTROLE DO CÂNCER

A Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC), instituída pela

Lei n° 14.758/2023, atua como o principal instrumento normativo, político e estratégico para o enfrentamento sistemático das neoplasias. O câncer de mama é um dos tipos de

câncer que mais afeta as mulheres em todas as regiões do Brasil, apresentando maior índice de mortalidade, seguido do câncer de pele e não melanoma.

Essa legislação representa um marco importante na organização da assistência oncológica no Brasil, estabelecendo diretrizes, objetivos e mecanismos para garantir o acesso aos cuidados que permeiam todos os níveis de atenção do Sistema Único de Saúde para pessoas com câncer.

O artigo 2º da Lei nº 14.758/23 estabelece os principais objetivos da PNPCC. O primeiro objetivo, refere-se à diminuição da incidência dos diversos tipos de câncer, o que implica ações de prevenção primária voltadas para a redução de fatores de risco como tabagismo, consumo excessivo de álcool, sedentarismo e exposição a agentes carcinogênicos. O segundo objetivo, busca garantir o acesso adequado ao cuidado integral, assegurando que todos os pacientes diagnosticados com câncer recebam atendimento apropriado em todos os estágios da doença. O terceiro objetivo, visa contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos usuários diagnosticados com câncer, considerando não apenas a sobrevida, mas também o bem-estar físico, emocional e social durante e após o tratamento. O quarto objetivo, propõe reduzir a mortalidade e a incapacidade causadas pelo câncer, por meio de diagnóstico precoce, tratamento eficaz e cuidados paliativos de qualidade.

Um dos aspectos mais significativos da Lei nº 14.758/23 refere-se ao estabelecimento de prazos máximos para a realização de exames diagnósticos e para o início do tratamento oncológico. A Lei nº 12.732/2012, popularmente conhecida no meio jurídico e médico como a "Lei dos 60 dias", determina peremptoriamente que o paciente com neoplasia maligna comprovada tem o direito inalienável de iniciar o primeiro tratamento no SUS em um prazo máximo de sessenta dias. Posteriormente, a Lei nº 13.896/2019, conhecida como a "Lei dos 30 dias", reforçou essa proteção ao estabelecer que os exames necessários para a confirmação do diagnóstico de câncer devem ser realizados no prazo máximo de trinta dias, a partir da suspeita clínica fundamentada por médico assistente. Esses prazos não se aplicam aos casos de câncer de pele não melanoma e tumor de tireoide, que possuem regulamentação específica.

A implementação administrativa dessas garantias temporais, embora represente um avanço legislativo de magnitude inquestionável na proteção do mínimo existencial, enfrenta obstáculos concretos na realidade das políticas públicas. Fatores sistêmicos como a superlotação crônica dos serviços de referência, a escassez regional de médicos oncologistas e a limitação de equipamentos de ponta para exames de estadiamento dificultam o cumprimento estrito da legislação.

Dados de 2024, indicam que o SUS ainda enfrenta dificuldades em cumprir esses prazos. Esses fatores são característicos nas regiões Norte e Nordeste,

evidenciando as disparidades regionais no acesso ao cuidado oncológico e a necessidade urgente de investimentos infraestruturais nessas localidades.

3.3 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA E PROTOCOLOS CLÍNICOS

A assistência farmacêutica constitui componente essencial da atenção à saúde, envolvendo a seleção, a aquisição, o armazenamento, a dispensação e o monitoramento de medicamentos. No contexto oncológico, a assistência farmacêutica assume importância particular, pois muitos dos medicamentos utilizados no tratamento do câncer possuem custo elevado, perfil de toxicidade complexo e necessitam de acompanhamento rigoroso para garantir efetividade e segurança.

A Portaria GM/MS nº 3.681/2024, institui o Componente da Assistência Farmacêutica em Oncologia (AF-Onco) no âmbito do Sistema Único de Saúde. Essa portaria representa marco importante na organização da assistência farmacêutica oncológica, criando um componente específico dedicado aos medicamentos utilizados no tratamento do câncer. O AF-Onco abrange medicamentos de diferentes classes utilizados em oncologia, uma vez que lida diretamente com esquemas terapêuticos de excepcional valor comercial, toxicidade clínica considerável e necessidades rigorosas de armazenamento logístico e manipulação especializada.

A Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) atua tradicionalmente como o instrumento balizador primário da assistência farmacêutica, elencando de forma oficial os fármacos que devem estar rotineiramente disponíveis para o atendimento das necessidades prevalentes de saúde da população.

Em virtude da alta especificidade, constante inovação e do elevado valor agregado inerente às terapias contra o câncer, a provisão física e o financiamento destes medicamentos ocorrem por meio das dinâmicas administrativas da alta complexidade. Estas são descentralizadas para os hospitais habilitados (os já mencionados CACON e UNACON), os quais realizam a aquisição direta e recebem posterior ressarcimento financeiro do Ministério da Saúde por meio da emissão das Autorizações de Procedimentos de Alta Complexidade (APAC).

Em relação aos Os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT), constituem documentos baseados em evidência científica, que visam nortear as melhores condutas na área da oncologia. Desempenham um papel de extrema relevância jurídica e médica na organização, racionalização e segurança do uso de medicamentos no SUS.

Estes documentos estabelecem critérios rígidos para o diagnóstico de cada doença, indicam o tratamento adequado pautado em evidências, definem as dosagens

recomendadas, estipulam os mecanismos de controle clínico de toxicidade e delimitam os

critérios de inclusão e exclusão de pacientes para o recebimento do benefício.

Os PCDT em oncologia são desenvolvidos por grupos de especialistas que realizam revisão sistemática da literatura científica, consideram evidências de estudos clínicos randomizados e metanálises, e incorporam a experiência clínica de profissionais com expertise em oncologia. Os PCDT são periodicamente atualizados para incorporar novas evidências científicas e novas tecnologias terapêuticas.

O desenvolvimento acelerado de imunoterapias e drogas-alvo revolucionam o prognóstico do câncer, mas simultaneamente criam um profundo descompasso legal entre o que a melhor ciência recomenda e o que a portaria do SUS efetivamente autoriza fornecer.

3.4 MEDICAMENTOS DE ALTO CUSTO E SUA REGULAMENTAÇÃO

Os medicamentos de alto custo representam desafios significativos para o sistema de saúde pública brasileiro. Esses medicamentos diferenciam-se pelo elevado valor financeiro unitário e pelo impacto financeiro decorrente de tratamentos de uso contínuo e prolongado. No setor oncológico, tratam-se de medicamentos que alteram de modo significativo e positivo a sobrevida em doenças historicamente consideradas sem opções de tratamento.

A Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC), institucionalizada por meio da Lei nº 12.401/2011, é o órgão responsável por assessorar diretamente o Ministério da Saúde nos processos de incorporação, exclusão ou alteração de tecnologias em saúde.

Á CONITEC desempenha um trabalho analítico de altíssima complexidade e pressão social, pois avalia novos agentes antineoplásicos e exige a análise estatística criteriosa de desfechos clínicos, tais como o ganho real de sobrevida global e de sobrevida livre de progressão da doença. Além da aferição da eficácia e segurança clínica, possui o dever legal de realizar rigorosos estudos de farmacoeconomia, a fim de avaliar o impacto orçamentário que a incorporação universal trará ao SUS.

O custo das terapias modernas, impõe à CONITEC o angustiante desafio ético e administrativo de equilibrar a sustentabilidade financeira do sistema de saúde solidário com a esperança individual de cura e sobrevivência dos pacientes acometidos pelo câncer.

> A incorporação, a exclusão ou a alteração pelo SUS de novos medicamentos, produtos e procedimentos, bem como a constituição ou a alteração de protocolo clínico ou de diretriz terapêutica, são atribuições do Ministério da Saúde, assessorado pela Comissão Nacional de

> Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC). (Brasil, 2011, art. 19-Q).

Por fim, deve existir protocolo clínico e diretrizes terapêuticas que estabeleçam claramente em quais situações clínicas o medicamento deve ser utilizado, qual é a população-alvo, quais são os critérios de inclusão e exclusão, e como monitorar a efetividade e a segurança ao longo do tratamento.

Sob a lente do biodireito e da dogmática constitucional, referente a decisão administrativa de não incorporar uma tecnologia de alto custo, embora tecnicamente justificada por laudos de restrição orçamentária e limites de custo-efetividade, gera grandes tensionamentos jurídicos. A negativa estatal em fornecer a medicação inovadora prescrita pelo médico assistente, direciona o paciente vulnerável para a via da judicialização da saúde.

4 A JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE E O ACESSO À MEDICAMENTOS ONCOLÓGICOS

A presente seção aprofunda a análise sobre a judicialização da saúde no Brasil, com foco específico no acesso a medicamentos oncológicos de alto custo, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Serão abordadas as barreiras estruturais e administrativas que impedem o tratamento oncológico pleno, utilizando dados reais sobre a estimativa de pacientes. Por fim, propõem-se caminhos para a humanização e a equidade no tratamento, buscando soluções que conciliem a sustentabilidade do sistema com a garantia dos direitos dos pacientes.

No que tange o fornecimento de medicamentos oncológicos de alto custo não incorporados no Sistema Único de Saúde (SUS), os entraves são frequentes, esbarrando diretamente em limitações orçamentárias e burocráticas, culminando na crescente demanda de judicialização da saúde.

A judicialização da saúde é conceituada como o conjunto de solicitações encaminhadas ao Poder Judiciário de forma subsidiária, que vem sendo utilizada como meio para efetivação do direito à saúde. Pode ser individual ou coletiva, objetivando suprir necessidades relacionadas a saúde, que não estão sendo adequadamente atendidas pelo Poder Executivo. É o processo de migração das demandas administrativas de natureza sanitária para o âmbito judicial, transformando o magistrado em peça principal para a definição e implementação de políticas públicas de saúde.

No campo oncológico, o fenômeno da judicialização se dá em larga escala, tanto em volume quanto em valores financeiros nas demandas judiciais. Devido a alta complexidade tecnológica das terapias modernas, a velocidade de incorporação de novas evidências científicas e o elevado custo dos medicamentos inovadores.

Nos tribunais brasileiros, o direito ao acesso a medicamentos tem sido a principal necessidade demandada, e os antineoplásicos configuram-se entre os itens mais litigados em todo o território nacional. Em consonância com Melo e Seixas (2020), Maranhão; Mendes (2022) e Silva e Osório-de-Castro (2022) destacaram que a prescrição médica pode constituir-se como um força motriz do processo de judicialização. Ou seja, a prescrição médica é o elemento iniciador da ação judicial de medicamentos. Em seguida, a prescrição é “aceita como soberana pela Justiça” (Silva; Osório-De-Castro, 2022, p. 403), sob o condicionante da necessidade real do paciente não poder ser questionada, em especial em casos de câncer, que têm como agravante a urgência do tratamento. Figueiredo *et al*. (2023), e especialmente Santos *et al*. (2014, p.

399) afirma que “a prova

do processo judicial se faz pela prescrição médica".

O processo de judicialização origina-se de uma tensão estrutural, que inicia-se no sistema constitucional, prometendo integralidade e universalidade do cuidado à saúde. Por outro lado, políticas públicas que operam sob severas restrições orçamentárias, processos lentos de incorporação tecnológica e grandes desigualdades regionais na oferta de serviços especializados. Entre esses dois polos, está o paciente oncológico em estágio avançado da doença, com janelas terapêuticas se fechando progressivamente, e que encontra no Judiciário, o último recurso para a efetivação de um direito que a Constituição Federal assegura com aplicabilidade imediata, mas que a administração pública não lhe entrega a tempo ou de forma suficiente.

A judicialização é uma resposta legítima de cidadãos cujo direito fundamental à saúde está sendo sistematicamente postergado ou negado pela omissão ou insuficiência do Estado na organização da rede assistencial oncológica.

4.1 AS BARREIRAS ESTRUTURAIS ADMINISTRATIVAS PARA A EFETIVAÇÃO DO TRATAMENTO ONCOLÓGICO PLENO

A efetivação plena do tratamento oncológico no Sistema Único de Saúde é atravessada por múltiplas camadas de obstáculos de natureza estrutural, financeira, burocrática e geográfica.

A primeira barreira é desigualdade regional na distribuição dos serviços oncológicos especializados. De acordo com os dados do DATASUS, analisados em estudo descritivo e retrospectivo sobre cirurgias oncológicas de alta complexidade realizadas no Brasil entre 2010 e 2021, revelam que do total de 1.458.376 procedimentos oncológicos realizados no período, 42,8% foram concentrados na região Sudeste e 24,1% na região Sul. Em contraste, as regiões Norte e Nordeste responderam por apenas 5,8% e 19,2% dos procedimentos, respectivamente. Para além das desigualdades quantitativas, os pesquisadores identificaram que as regiões Norte e Nordeste apresentam também o maior tempo de deslocamento para acesso ao tratamento, evidenciando a superposição entre déficit de infraestrutura e vulnerabilidade logística.

A segunda grande barreira está relacionada diretamente com a questão geográfica, principalmente nos contextos de radioterapia, sendo um tratamento indispensável no manejo de inúmeros tumores, o quadro é igualmente alarmante. Um estudo multicêntrico internacional publicado em fevereiro de 2026 no International Journal of Radiation Oncology, que analisou mais de 840 mil procedimentos radioterápicos realizados entre 2017 e 2022 em todo o Brasil, identificou que a distância

média nacional percorrida por pacientes para acesso ao tratamento é de 120 km. Na região Sudeste, a distância média é de 73,8 km; no Nordeste, 161,8 km; no

Centro-Oeste, 238,9 km; e no Norte, a distância média alcança 442,2 km, valor seis vezes maior do que o registrado na região Sul do país. O médico radio-oncologista Fábio Ynoe Moraes (2026), um dos pesquisadores responsáveis pelo estudo, afirmou que os dados evidenciam que "o CEP é um fator determinante para o acesso ao cuidado oncológico, impondo barreiras logísticas que impactam diretamente no tratamento e, consequentemente, nos desfechos clínicos." (Moraes *et al.*, 2026). A radioterapia na maioria dos casos, exige sessões diárias por várias semanas, tornando o deslocamento prolongado um fator de desgaste físico, emocional e financeiro para pacientes de baixa renda que residem em regiões deficitárias. Esses são alguns dos fatores que contribuem para a desistência do tratamento.

A terceira barreira é de natureza burocrática e administrativa. O processo de acesso a medicamentos oncológicos no SUS frequentemente demanda múltiplas autorizações, laudo médico circunstanciado, preenchimento de formulários específicos junto às Secretarias Estaduais de Saúde, deliberação administrativa e eventual encaminhamento ao CACON ou UNACON de referência. Cada etapa desse fluxo pode consumir dias ou semanas em um contexto clínico em que o tempo de espera corresponde à progressão da doença. A ausência de integração entre os sistemas de informação dos diferentes níveis de atenção agrava ainda mais esse quadro, criando fragmentação assistencial, retrabalho e ausência de visibilidade sobre o status de cada caso individual. A Lei nº 14.758/2023 reconhece expressamente essa dimensão burocrática ao definir, em seu artigo 2º, que para os fins do Programa Nacional de Navegação, consideram-se barreiras "os obstáculos que dificultam ou retardam o andamento do processo de complementação diagnóstica, estadiamento e tratamento do câncer, que podem ser de caráter social, clínico, econômico, educacional, cultural, estrutural ou de acesso, entre outros."

A quarta barreira estrutural preocupante, consiste na persistente dificuldade de cumprimento dos prazos legais fixados pela Lei nº 12.732/2012 (Lei dos 60 Dias), e pela Lei nº 13.896/2019 (Lei dos 30 Dias). Dados de 2024 indicam que o SUS ainda enfrenta significativas dificuldades para cumprir esses prazos, nas regiões Norte e Nordeste, o tempo de espera pode alcançar 150 dias, revelando os maiores índices de inadimplência concentrados. A superlotação crônica dos serviços de referência, a escassez regional de médicos oncologistas, a limitação de equipamentos de estadiamento e os entraves burocráticos para autorização de procedimentos são fatores que retardam o início do tratamento. Em doenças caracterizadas por progressão contínua e por janelas terapêuticas fechadas pelo tempo, o diagnóstico tardio e o tratamento procrastinado transformam doenças potencialmente curáveis em situações de doença avançada, com prognóstico positivo significativamente inferior.

O termo mistanásia, criado pelo bioeticista Anjos (1989), é designado como a morte infeliz, precoce e evitável decorrente da negligência social e institucional. Tem sido progressivamente incorporado ao debate do biodireito e da teoria constitucional brasileira para

descrever os óbitos oncológicos que resultam não da impotência técnica da medicina, mas da falha sistêmica do Estado em garantir o acesso oportuno ao diagnóstico e ao tratamento. Estudo publicado na Revista Brasileira de Direito Constitucional (Sander; Tavares; Lamy, 2025), que analisou especificamente as barreiras de acesso ao diagnóstico e ao tratamento oncológico no SUS, identificou que essas barreiras contribuem materialmente para a ocorrência de mortes evitáveis, comprometendo a efetividade do direito constitucional à saúde e configurando, em perspectiva jurídica, hipótese de omissão estatal violadora do núcleo essencial de direito fundamental.

É neste cenário, marcado por insuficiência estrutural, desigualdade regional e retardo burocrático que o paciente oncológico encontra na via judicial sua alternativa concreta para acessar o tratamento que lhe é constitucionalmente garantido. A judicialização das medicações não é causa do problema, mas sua consequência mais visível, é o sintoma de um sistema que de acordo com seu amplo arcabouço normativo, não consegue garantir de forma integral, equânime e oportuna o direito fundamental à saúde dos cidadãos acometidos por neoplasias malignas. Compreender a judicialização como sintoma, e não como patologia em si mesma, é o passo fundamental para construir respostas que efetivamente reduzam o problema, em vez de simplesmente gerir suas consequências judiciais.

4.2 A ATUAÇÃO DO JUDICIÁRIO E A RESERVA À SAÚDE: UMA ANÁLISE JURISPRUDENCIAL DO FORNECIMENTO DE MEDICAÇÃO PARA TRATAMENTO ONCOLÓGICO

No período de 2024 a 2025, dois marcos jurídicos transformaram o cenário da judicialização da saúde oncológica no Brasil, o julgamento do Recurso Extraordinário nº 1.366.243 pelo Supremo Tribunal Federal, concluído em setembro de 2024 e com trânsito em julgado em março de 2025, que ficou conhecido como Tema 1.234, e o julgamento do RE nº 566.471, o Tema 6, finalizado também em setembro de 2024. Essas decisões, consolidadas nas Súmulas Vinculantes nº 60 e nº 61, estabeleceram novas regras sobre qual juiz é competente para julgá-la, como os custos devem ser divididos entre União, estados e municípios, e quais provas o paciente precisa apresentar para ter o medicamento concedido.

A seguir, são analisadas doze decisões judiciais dos períodos de 2024 e 2025, seis do Tribunal de Justiça de Minas Gerais e seis do Tribunal de Justiça da Paraíba, escolhidas por representarem os tipos de câncer que mais geram ações judiciais no Brasil, sendo o câncer de mama, câncer de próstata, carcinoma renal, câncer colorretal e tumores cerebrais (Holtz, Moura Silva; Esteves, 2025). Ao final, são identificados os argumentos jurídicos que mais frequentemente resultam em concessão do medicamento

pelos juízes.

EMENTA: APELAÇÃO CÍVEL - PEDIDO DE EFEITO SUSPENSIVO - AUSÊNCIA DE INTERESSE - AÇÃO COMINATÓRIA - PLANO DE SAÚDE

- TRATAMENTO DE NEOPLASIA MALÍGNA - CÂNCER - EXAME PET-CT PSMA - NEGATIVA DE COBERTURA - RECUSA ILEGÍTIMA - REEMBOLSO DAS DESPESAS - CABIMENTO - DANOS MORAIS - CONFIGURAÇÃO - MONTANTE INDENIZATÓRIO – PRINCÍPIOS DA RAZOABILIDADE E DA PROPORCIONALIDADE - REDUÇÃO DESCABIDA - RECURSO DESPROVIDO.

Como a hipótese dos autos se enquadra na regra geral de sobrestamento automático do recurso de Apelação, carece de interesse a Apelante ao pleitear a atribuição de efeito suspensivo.

Conforme entendimento consolidado pelo Superior Tribunal de Justiça, o plano de saúde pode estabelecer as doenças que terão cobertura, mas não o tipo de tratamento utilizado para a cura de cada uma delas.

No caso específico dos autos, por se tratar de tratamento de câncer, é irrelevante discutir quanto ao caráter exemplificativo ou taxativo do rol da ANS, conforme precedentes da Corte Superior.

Comprovada a essencialidade do procedimento prescrito ao paciente para o restabelecimento da sua saúde, afigura-se abusiva a negativa de cobertura perpetrada pela operadora do seu plano de saúde, a quem incumbirá o reembolso integral das despesas médicas respectivas.

Segundo entendimento do Col. STJ, havendo a indevida recusa de atendimento pela operadora do plano de saúde em caso de urgência ou emergência, é cabível a indenização por danos morais.

Para o arbitramento da reparação pecuniária por dano moral, o juiz deve considerar as circunstâncias fáticas, a repercussão do ilícito, as condições pessoais das partes, bem como os princípios da razoabilidade e da proporcionalidade, requisitos estes observados no caso concreto.

V.V. EMENTA: APELAÇÃO CÍVEL - AÇÃO ORDINÁRIA - PLANO DE SAÚDE - PROCEDIMENTO CIRÚRGICO - ÓRTESE E PRÓTESE - NEGATIVA DE COBERTURA - DANO EXTRAPATRIMONIAL - INOCORRÊNCIA - RECURSO DESPROVIDO.

- O dano ext rapatrimonial indenizável somente se configura quando comprovada a lesão a direito da personalidade com gravidade considerável, excedendo meros aborrecimentos.

- Ausente demonstração de agravamento da condição de saúde ou abalo psicológico ao paciente em função da negativa de cobertura pela operadora, afasta-se o dever de indenizar. (TJMG - Apelação Cível 1.0000.23.289930-2/001, Relator(a): Des.(a) Habib Felippe Jabour , 18ª CÂMARA CÍVEL, julgamento em 11/06/2024, publicação da súmula em 12/06/2024)

No presente caso, observa-se o subtipo de câncer de mama mais frequente e com maior volume de judicialização no Brasil. Uma paciente com câncer de mama em estágio avançado, precisava de uma medicação que já havia sido aprovada para uso no

SUS desde 2021. O

hospital que a atendia disse que a medicação não estava na lista de dispensação (CEAF), então se recusou a fornecer.

O TJMG determinou que a incorporação formal de um medicamento ao SUS gera automaticamente o direito da paciente de recebê-lo. As falhas burocráticas internas, como o remédio não constar de determinada lista de controle, não podem ser usadas para negar o tratamento a quem tem indicação médica.

O argumento central utilizado pelo tribunal que gerou procedência, foi de que a incorporação formal ao SUS pela CONITEC cria um direito subjetivo ao paciente. Uma vez que o medicamento foi aprovado, nenhum argumento administrativo pode ser usado para negá-lo a quem preenche os critérios clínicos.

Este caso mostra que nem sempre a judicialização se dá porque o medicamento não existe no SUS. Muitas vezes ele já foi aprovado e pago pelo governo federal, mas simplesmente não chega ao paciente por falhas de gestão.

> EMENTA: DIREITO À SAÚDE — FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS NÃO
>
> INCORPORADOS AO SUS — NIVOLUMABE E CABOZANTINIBE —
>
> CARCINOMA RENAL DE CÉLULAS CLARAS — MEDICAMENTOS COM REGISTRO NA ANVISA — PREENCHIMENTO DOS REQUISITOS DO TEMA 106/STJ — PARECER FAVORÁVEL DO NAT-JUS — PROCEDÊNCIA MANTIDA. Nas ações em que se busca o fornecimento de medicação gratuita e contínua pelo Estado, os honorários de sucumbência devem ser fixados por apreciação equitativa, tendo em vista que o proveito econômico obtido é, em regra, inestimável. (Procedimento Comum Cível nº XXXXX-61.2024.8.13.0518. Comarca de Poços de Caldas. Nivolumabe e cabozantinibe — carcinoma renal — medicamentos não incorporados — requisitos Tema 106/STJ — NAT-Jus favorável
>
> — procedência. 2024-2025. Disponível em: https://www.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/tj-mg/4263694567. Acesso em: 16 abr. 2026.)

O caso ilustra a tensão entre a decisão técnica da CONITEC de não incorporar a combinação nivolumabe/cabozantinibe e a concessão judicial individual calcada nos requisitos do Tema 106/STJ. O NAT-Jus TJMG emitiu parecer favorável à indicação clínica, o que foi determinante para a procedência.

O caso coloca em evidência um dilema que com a entrada em vigor do Tema 1.234/STF (trânsito em julgado 07/03/2025), tornou-se mais complexo as demandas por medicamentos com custo anual acima de 210 salários-mínimos, passando a ser de

competência da Justiça Federal. Isso significa que ações similares ajuizadas após outubro de 2024 não podem mais ser julgadas pelo TJMG, e sim por uma vara federal.

Ementa: DIREITO CONSTITUCIONAL E DIREITO ADMINISTRATIVO. AGRAVO DE INSTRUMENTO. FORNECIMENTO DE MEDICAMENTO. BLOQUEIO DE VERBAS PÚBLICAS. OBSERVÂNCIA DO PREÇO MÁXIMO DE VENDA AO GOVERNO (PMVG). TEMA 1.234 DO STF. SÚMULA VINCULANTE Nº 60. DECISÃO MANTIDA. RECURSO DESPROVIDO.

I. CASO EM EXAME

1. Agravo de instrumento interposto pelo Estado de Minas Gerais contra decisão que, nos autos de cumprimento de sentença, homologou prestações de contas relativas à aquisição do medicamento Alectinib 150mg e determinou expedição de alvarás para levantamento de valores previamente bloqueados em contas judiciais, bem como a continuidade do fornecimento do medicamento em caso de nova prescrição.

II. QUESTÃO EM DISCUSSÃO

2. Há duas questões em discussão: (i) definir se os valores bloqueados para aquisição do medicamento Alectinib devem ser limitados ao PMVG, conforme decidido no Tema 1.234 da Repercussão Geral e na Súmula Vinculante nº 60 do STF; e (ii) estabelecer se a decisão que homologou as contas e autorizou o levantamento dos valores pode ser reformada, ainda que as ordens de bloqueio tenham sido proferidas antes do julgamento do referido tema e não tenham sido impugnadas oportunamente.

III. RAZÕES DE DECIDIR

3. O Supremo Tribunal Federal, no julgamento do Tema 1.234 da sistemática da repercussão geral, fixou que o fornecimento judicial de medicamentos, mesmo quando viabilizado por bloqueio de verbas públicas, deve respeitar o teto do PMVG, vedando pagamentos acima desse limite a fornecedores.

4. A Súmula Vinculante nº 60 reforça a obrigatoriedade de observância dos acordos homologados no STF no âmbito do Tema 1.234, especialmente quanto à aplicação do PMVG como teto nas aquisições públicas decorrentes de decisões judiciais.

5. Conforme entendimento consolidado, o princípio da economicidade impõe que os recursos públicos utilizados para aquisição judicial de medicamentos sigam parâmetros objetivos e previamente fixados, c omo o PMVG estabelecido pela CMED.

6. No caso concreto, os valores foram bloqueados e os alvarás expedidos anteriormente ao julgamento do Tema 1.234, sem impugnação oportuna pelo Agravante, o que atrai a preclusão consumativa e afasta a possibilidade de reforma da decisão agravada.

7. A determinação judicial impugnada limitou-se a homologar contas e a viabilizar o cumprimento de sentença transitada em julgado, não sendo possível aplicar retroativamente os critérios do Tema 1.234 para desfazer atos regularmente praticados e já consumados.

8. Eventuais adequações ao PMVG deverão ser observadas apenas em bloqueios futuros, posteriores à publicação do acórdão paradigma.

IV. DISPOSITIVO

9. Recurso desprovido.

Dispositivos relevantes citados: CF/1988, arts. 196 e 198; CPC, arts. 292 e 1.015, II; Lei 10.742/2003, art. 7º; Resolução CMED nº 4/2006; Recomendação CNJ nº 146/2023, art. 9º.

> Jurisprudência relevante citada: STF, RE 1.366.243, Tema 1.234 da Repercussão Geral, Rel. Min. Gilmar Mendes, j. 16.09.2024; STF, Súmula Vinculante nº 60; TJMG, AI 1.0000.24.244827-2/003, Rel. Des. Renato Dresch, j. 28.01.2025. (TJMG - Agravo de Instrumento-Cv 1.0000.25.104369-1/001, Relator(a): Des.(a) Carlos Henrique Perpétuo Braga , 19ª CÂMARA CÍVEL, julgamento em 26/06/2025, publicação da súmula em 03/07/2025)

O caso envolve paciente com adenocarcinoma pulmonar, em tratamento com Alectinibe 150mg, inibidor de tirosina-quinase de segunda geração. Diferentemente da maioria dos julgados já analisados, a controvérsia recursal não discute o direito ao medicamento em si, mas o instrumento processual utilizado para forçar o cumprimento, o bloqueio judicial de verbas públicas. O TJMG manteve a medida coercitiva, condicionando-a à observância do Preço Máximo de Venda ao Governo (PMVG) fixado pela Lei nº 10.742/2003, o que evita o enriquecimento do fornecedor sem comprometer a efetividade da ordem judicial. O acórdão ilustra uma etapa da judicialização pouco discutida, sendo o momento pós-concessão, em que a inércia administrativa em cumprir a decisão já transitada em julgado obriga o paciente oncológico a retornar ao Judiciário para efetivar, na prática, um direito já reconhecido.

> EMENTA: DIREITO ADMINISTRATIVO E PREVIDENCIÁRIO. AGRAVO DE INSTRUMENTO. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. FORNECIMENTO DE MEDICAMENTO. NECESSIDADE E URGÊNCIA COMPROVADAS. PACIENTE SEGURADO DO IPSEMG. ART. 85 DA LEI COMPLEMENTAR Nº 64/2002. ANTECIPAÇÃO DOS EFEITOS DA TUTELA. REQUISITOS PRESENTES. DECISÃO MANTIDA. RECURSO DESPROVIDO.
> I. CASO EM EXAME
> 1. Agravo de instrumento interposto contra decisão que deferiu a tutela antecipada e determinou que o IPSEMG fornecesse o medicamento Lorbrena(Lorlatinibe) - 100 mg ao agravado, no prazo de 15 dias, sob pena de multa diária.
> II. QUESTÃO EM DISCUSSÃO
> 2. A questão em discussão consiste em definir se o IPSEMG está legalmente obrigado a fornecer o medicamento prescrito ao agravado.
> III. RAZÕES DE DECIDIR
> 3. Nos termos da Lei Complementar nº 64/2002 e do Decreto Estadual nº 42.897/2002, o atendimento médico-hospitalar é devido pelo IPSEMG, quando se tratar de providência necessária à recuperação da saúde do segurado.
> 4. Demonstradas a condição de segurado e a imprescindibilidade do medicamento, correta a decisão que impôs ao IPSEMG a obrigação pleiteada.
> IV. DISPOSITIVO E TESE
> 5. Recurso desprovido. Tese de julgamento: O IPSEMG tem a obrigação legal de fornecer assistência médica, hospitalar e farmacêutica aos seus segurados e dependentes, conforme previsto na Lei Complementar nº 64/2002 e nos decretos estaduais correlatos.

> A recusa injustificada no fornecimento de medicamento prescrito viola o dever legal da autarquia de assegurar tratamento adequado ao segurado. A mera alegação de limitações orçamentárias não afasta a obrigação da autarquia de garantir a assistência farmacêutica essencial ao tratamento de saúde de seus beneficiários. Dispositivos relevantes citados: Lei Complementar nº 64/2002, art. 85; Decreto Estadual nº 26.562/1987, art. 2º; Decreto Estadual nº 42.897/2002, arts. 13, 14 e 17. (TJMG - Agravo de Instrumento-Cv 1.0000.24.432648-4/001, Relator(a): Des.(a) Raimundo Messias Júnior , 2ª CÂMARA CÍVEL, julgamento em 18/03/2025, publicação da súmula em 27/03/2025)

Trata-se de paciente com adenocarcinoma mucinoso de pulmão com metástases para linfonodos, aorta, cérebro e escápula, para o qual foi prescrito Lorlatinibe (Lorbrena) 100mg em razão de sua eficácia comprovada contra metástases cerebrais. O caso é relevante por envolver beneficiário do IPSEMG (Instituto de Previdência dos Servidores do Estado de Minas Gerais), demonstrando que a judicialização de tratamentos oncológicos de alto custo não se restringe aos usuários do SUS, alcançando também os subsistemas de saúde suplementar de natureza estatutária. O TJMG manteve a antecipação de tutela com fundamento na Lei Complementar nº 64/2002 (art. 85), reconhecendo que a gravidade do quadro clínico preenche cumulativamente os requisitos de necessidade e urgência que autorizam a tutela de urgência antes do trânsito em julgado.

> EMENTA: DIREITO CONSTITUCIONAL E ADMINISTRATIVO. AGRAVO DE INSTRUMENTO. FORNECIMENTO DE MEDICAMENTO INCORPORADO AO SUS. TRATAMENTO ONCOLÓGICO. RESPONSABILIDADE TRIPARTITE DOS ENTES FEDERADOS. AGRAVO DESPROVIDO.
>
> I. CASO EM EXAME
> - Agravo de instrumento interposto de decisão que, nos autos de ação de obrigação de fazer, deferiu parcialmente a tutela de urgência para determinar o fornecimento do medicamento "Pazopanibe 400mg (Votriente) - tomar 1 comprimido de 12/12h", conforme prescrição médica.
>
> II. UESTÃO EM DISCUSSÃO
> - Há duas questões em discussão: (i) definir se estão presentes os requisitos legais para a concessão de tutela de urgência determinando o fornecimento de medicamento oncológico já incorporado ao SUS; (ii) estabelecer se o Estado de Minas Gerais pode ser compelido, de forma solidária, a fornecer o medicamento, à luz da política pública vigente e da repartição de competências no Sistema Único de Saúde (SUS).
>
> III. RAZÕES DE DECIDIR
> - Rejeita-se a aplicação dos temas 06 e 1.234 do STF e do tema 106 do STJ, pois o medicamento requerido - Pazopanibe - está incorporado ao SUS, conforme Portaria nº 91/2018 do Ministério da Saúde, sendo

inaplicáveis os requisitos exigidos para fornecimento de fármacos não padronizados.

- A responsabilidade pelo fornecimento do medicamento, mesmo que envolva pactuação entre os entes, é tripartite, conforme entendimento firmado pelo STF no tema 793 da repercussão geral (RE 855.178), sendo possível direcionar a obrigação ao Estado, sem prejuízo de eventual ressarcimento entre os entes, como disposto por aquela Corte ao julgar os Temas 06 e 1234.
- A Lei nº 14.758/2023, que institui a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer no SUS, estabelece prazo de 180 dias para disponibilização de tecnologias incorporadas, bem como define as modalidades de aquisição e financiamento, admitindo a atuação dos estados, inclusive mediante ressarcimento previsto na Portaria G M/MS nº 6.212/2024.
- A negativa administrativa de fornecimento, sob alegação de ausência do medicamento no CEAF, não se sustenta diante da incorporação e da prescrição feita em unidade de referência oncológica credenciada no SUS, estando demonstrada a probabilidade do direito à luz da política pública vigente.
- A tutela de urgência encontra respaldo na jurisprudência e no reconhecimento da urgência do tratamento oncológico, cuja integralidade deve ser garantida com base nas políticas públicas existentes, observando-se o princípio da dignidade da pessoa
- humana e o direito fundamental à saúde.
-

IV. DISPOSITIVO E TESE
- Recurso desprovido.
-

TESE DE JULGAMENTO: 1. É cabível a concessão de tutela de urgência para fornecimento de medicamento oncológico incorporado ao SUS, ainda que não constante do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF), desde que prescrito por unidade credenciada e reconhecido em política pública vigente. 2. Os entes federativos respondem de forma comum com responsabilidade tripartite pelo fornecimento de medicamentos no SUS, cabendo ao magistrado direcionar a obrigação ao ente competente, conforme a repartição de responsabilidades pactuada, sem prejuízo de eventual ressarcimento. 3. A negativa administrativa fundada na ausência de previsão do medicamento no CEAF não afasta o dever de fornecimento quando houver incorporação formal ao SUS e prescrição fundamentada, especialmente em se tratando de tratamento oncológico.

Dispositivos relevantes citados: CF/1988, arts. 6º, 23, II, 196, 197, 198, II; Lei nº 8.080/1990, arts. 19-U e 28; Lei nº 14.758/2023, art. 10; Decreto nº 7.508/2011, arts. 25 e 26; Portaria GM/MS nº 91/2018; Portaria GM/MS nº 6.212/2024. Jurisprudência relevante citada: STF, RE nº 855.178, Rel. Min. Luiz Fux, Plenário, j. 23.03.2021 (Tema 793); STF, RE 1.366.243, Rel. Min. Gilmar Mendes, Plenário, j. 16.09.2024 (Tema 1.234). (TJMG
- Agravo de Instrumento-Cv 1.0000.25.148524-9/001, Relator(a): Des.(a) Renato Dresch, 7ª CÂMARA CÍVEL, julgamento em 22/07/2025, publicação da súmula em 25/07/2025)

A tese fixada neste acórdão, estabelece que a incorporação formal ao SUS gera direito subjetivo imediato ao paciente prescrito por CACON/UNACON, e que a ausência do medicamento no CEAF é falha administrativa que não pode ser oposta ao cidadão. O

Decreto nº 7.646/2011, art. 25, passa a ser utilizado como parâmetro objetivo, após 180 dias da publicação da decisão de incorporação, o Estado não pode mais alegar "pendência logística" para negar o tratamento. Ultrapassados os 180 dias e o medicamento ainda não está disponível, o paciente tem direito de pedir judicialmente, esse argumento transformou o prazo administrativo em instrumento de defesa do paciente.

Trata-se de uma decisão que preenche uma lacuna importante na aplicação do Tema 1.234/STF, o acordo de autocomposição definiu competência e custeio para medicamentos não incorporados, mas o acórdão do TJMG avança sobre a grave omissão administrativa no fornecimento de medicamentos já incorporados, prejudicando especialmente os pacientes das regiões com infraestrutura farmacêutica mais frágil.

> EMENTA: DIREITO À SAÚDE. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. FORNECIMENTO DE MEDICAMENTO NÃO PADRONIZADO PELO PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO IPSM. NEGATIVA ADMINISTRATIVA COM BASE EM PROTOCOLOS INTERNOS E CRITÉRIOS TÉCNICO-ORÇAMENTÁRIOS. RECURSO PROVIDO. I. CASO EM EXAME 1. Apelação cível interposta pelo IPSM em face da sentença que, nos autos de ação de obrigação de fazer, condenou-o a fornecer ao autor o medicamento enzalutamida 40mg, bem como ao pagamento de indenização por danos morais no valor de R$8.000,00. II. QUESTÃO EM DISCUSSÃO 2. Há duas questões em discussão: (i) definir se o IPSM está obrigado a fornecer medicamento não previsto em seus protocolos internos de oncologia; (ii) estabelecer se a negativa administrativa configura dano moral indenizável. III. RAZÕES DE DECIDIR 3. O IPSM, na qualidade de autarquia previdenciária estadual, não se submete à regulamentação da ANS nem às normas do SUS, estando vinculado exclusivamente à sua legislação instituidora (Lei Estadual 10.366/1990) e aos seus próprios atos normativos. 4. Ausente previsão legal ou contratual, o IPSM não pode ser compelido a arcar com medicamento não constante de seu rol ou de seus protocolos oncológicos internos. 5. O Relatório de Recomendação n. 459/2024 da CONITEC, embora não vinculante ao IPSM, reforça a razoabilidade técnica da negativa do Instituto, ao concluir desfavoravelmente à incorporação da enzalutamida no SUS para tratamento do câncer de próstata. 6. A negativa administrativa fundamentada na ausência de previsão no protocolo do IPSM, bem como na necessidade de preservação do equilíbrio econômico-atuarial do sistema, não configura ato ilícito indenizável. IV. DISPOSITIVO 7. Recurso provido.
>
> Dispositivos relevantes citados: Lei Estadual n. 10.366/1990, arts. 3º e 17; Lei n. 9.656/1998, art. 1º. Jurisprudência relevante citada: TJMG, Agravo de Instrumento-Cv 1.0000.22.066826-3/001, Rel. Des. Renato Dresch, 7ª Câmara Cível, j . 02.08.2022. (TJMG - Ap Cível/Rem Necessária 1.0000.25.063142-1/001, Relator(a): Des.(a) Marcelo Paulo Salgado (JD Convocado) , Relator(a) para o acórdão: Des.(a) Áurea Brasil , 5ª CÂMARA CÍVEL, julgamento em 04/12/2025, publicação da súmula em 11/12/2025)

Paciente com câncer de próstata obteve, em primeiro grau, sentença que

condenou o IPSM (Instituto de Previdência dos Servidores do Município, autarquia previdenciária

estadual/municipal com plano de saúde próprio) a fornecer Enzalutamida 40mg e a pagar indenização por danos morais de R$8.000,00. O TJMG reformou a sentença e julgou o pedido improcedente. O fundamento central é estrutural: o IPSM não é operadora de plano de saúde sujeita à ANS, tampouco integra o SUS, submetendo-se exclusivamente à sua lei instituidora (Lei Estadual nº 10.366/1990) e a seus próprios protocolos internos de oncologia, de modo que a ausência de previsão da enzalutamida nesse rol específico não configura ilegalidade nem dano moral indenizável, à falta de previsão legal ou contratual que obrigue o fornecimento. O acórdão reforça esse entendimento citando o Relatório de Recomendação nº 459/2024 da CONITEC, que concluiu desfavoravelmente à incorporação da enzalutamida ao SUS para a mesma indicação, parecer que, embora não vincule o IPSM, é usado pela Câmara como reforço de razoabilidade técnica da negativa administrativa. O caso é especialmente valioso para o capítulo por escancarar uma terceira camada de fragmentação do sistema de saúde brasileiro, além do SUS e dos institutos de previdência estatutária (como o IPSEMG do Substituto 2), existem autarquias de saúde fechadas com protocolos próprios e absolutamente independentes das listas de incorporação do SUS. De modo que, um mesmo fármaco pode ser exigível de um ente e inexigível de outro, a depender exclusivamente da natureza jurídica do pagador e não da situação clínica do paciente. É, por fim, o único dos seis julgados do TJMG selecionados com desfecho de improcedência.

> Poder Judiciário Tribunal de Justiça da Paraíba Gabinete 23 - Des. José Guedes Cavalcanti Neto ACÓRDÃO APELAÇÃO CÍVEL Nº 0800291-19.2024.8.15.7701 Relator : Des. José
>
> Guedes Cavalcanti Neto Apelante : Ministério Público da Paraíba Apelado: Estado da Paraíba Apelado: Município de Picuí DIREITO CONSTITUCIONAL E ADMINISTRATIVO. APELAÇÃO CÍVEL. FORNECIMENTO DE MEDICAMENTO NÃO DISPONIBILIZADO PELO SUS. CÂNCER DE MAMA METASTÁTICO. DIREITO À SAÚDE E À VIDA. REQUISITOS DO TEMA 106 DO STJ PREENCHIDOS.CONCESSÃO DA TUTELA ANTECIPADA RECURSAL. RECURSO PROVIDO. I.
>
> CASO EM EXAME 1. Apelação Cível interposta pelo Ministério Público da Paraíba contra sentença que julgou improcedente a Ação Civil Pública movida em favor de Maria Cacilda de Souto contra o Estado da Paraíba e o Município de Picuí, objetivando o fornecimento do medicamento Kisquali (Ribociclibe) 200mg para tratamento de câncer de mama metastático. II. QUESTÃO EM DISCUSSÃO 2. A questão em discussão consiste em definir se estão presentes os requisitos que autorizam o fornecimento, pelo Estado e Município, de medicamento não incorporado ao SUS, à paciente portadora de câncer de mama metastático. III. RAZÕES DE DECIDIR 3. O laudo médico confeccionado por profissional habilitado atesta a imprescindibilidade do medicamento Ribociclibe 200mg para o tratamento da paciente, diante da gravidade da doença e da ineficácia dos tratamentos disponíveis

pelo SUS. 4. Restou comprovada a hipossuficiência financeira da paciente para arcar com o

> tratamento, bem como o registro do medicamento na ANVISA e sua incorporação pelo SUS para a mesma finalidade terapêutica, conforme Portaria SCTIE/MS nº 73/2021. 5. Aplicação do entendimento fixado no Tema 106 do STJ e no Tema 06 do STF, que admitem o fornecimento excepcional de medicamentos não incorporados ao SUS diante da necessidade comprovada, da ausência de alternativa terapêutica e da incapacidade financeira do paciente. 6. O magistrado não está adstrito aos pareceres do NATJUS, devendo valorar o conjunto probatório dos autos, especialmente os documentos médicos apresentados. IV. DISPOSITIVO E TESE 8. Recurso provido. Tese de julgamento: 1. O fornecimento de medicamentos não incorporados ao SUS é possível quando comprovada a imprescindibilidade do tratamento, a ineficácia das alternativas fornecidas pelo SUS, o registro do medicamento na ANVISA e a incapacidade financeira do paciente. 2. O juiz não está adstrito aos pareceres técnicos do NATJUS, devendo fundamentar sua decisão no conjunto probatório dos autos. Dispositivos relevantes citados: CF/1988, arts. 6º e 196; Decreto nº 7.646/2011, arts. 20 e 23. Jurisprudência relevante citada: STJ, REsp 1.657.156/RJ (Tema 106), Rel. Min. Benedito Gonçalves, Corte Especial, j. 25.04.2018; STF, RE 566.471 (Tema 06), Rel. Min. Marco
>
> Aurélio, Pleno, j. 23.05.2019; STJ, AgRg no AREsp 96554/RS,
>
> Rel. Min. Ari Pargendler, j. 21.11.2013 VISTOS, RELATADOS E DISCUTIDOS os presentes autos acima identificados. ACORDAM os integrantes da 29 Câmara Cível do Colendo Tribunal de Justiça do Estado da Paraíba, por unanimidade, em dar provimento ao apelo, integrando esta decisão a certidão de julgamento constante dos autos. (0800291 19.2024.8.15.7701, Rel. Gabinete 23 - Des. José Guedes Cavalcanti Neto, APELAÇÃO CÍVEL, 29 Câmara Cível, juntado em 27/05/2025).

Observa-se que nesse caso, a 2ª Câmara Civil afirmou expressamente que "o juiz não está adstrito aos pareceres técnicos do NATJUS". Isso significa que mesmo que o NATJUS emita nota desfavorável, o juiz pode conceder o medicamento com base no conjunto probatório dos autos, podendo utilizar-se do laudo do médico assistente. Essa postura difere-se do TJMG, onde o NATJUS tem peso determinante.

É notório também o conflito interno no próprio TJPB, onde a 2ª Câmara Civil diz que o juiz não precisa seguir o NATJUS; já o caso 5 desta seleção (Pembrolizumabe — melanoma, julgado pela 2ª Câmara com outro relator), cita o NATJUS favorável como argumento central para a procedência. O mesmo tribunal, em casos semelhantes, aplica o NATJUS de formas opostas, revelando uma inconsistência jurisprudencial.

O caso representa a realidade de centenas de pacientes do sertão paraibano, mesmo com o remédio aprovado no papel, a paciente precisou que o Ministério Publico recorresse judicialmente para conseguir o tratamento. Isso evidência que a procedência formal no papel, não se traduz em acesso real ao tratamento.

ANNA CARLA LOPES CORREIA LIMA DE FREITAS
ACÓRDÃO APELAÇÃO N. 0800887-

03.2024.8.15.7701 ORIGEM: 2º

Núcleo de Justiça 4.0 - Saúde Pública Estadual RELATORA: Desa. Anna Carla Lopes Correia Lima de Freitas APELANTE: Josué Batista da Silva DEFENSORA: Maria dos Remédios Mendes Oliveira APELADO: Estado da Paraíba PROCURADOR: Gustavo Nunes Mesquita Ementa: DIREITO CONSTITUCIONAL E ADMINISTRATIVO. APELAÇÃO CÍVEL. SAÚDE PÚBLICA. FORNECIMENTO DE MEDICAMENTO NÃO INCORPORADO AO SUS. NEOPLASIA DE PRÓSTATA RESISTENTE À CASTRAÇÃO. DAROLUTAMIDA (NUBEQA). TEMA 6 E TEMA

1.234 DO STF. TEMA 106 DO STJ. NOTA TÉCNICA DO NATJUS DESFAVORÁVEL. AUSÊNCIA DE PREENCHIMENTO CUMULATIVO DOS REQUISITOS. RECURSO DESPROVIDO.

I. CASO EM EXAME 1.

Apelação cível interposta por paciente portador de câncer de próstata em estágio IV, com metástase óssea e resistente à castração, contra sentença que julgou improcedente pedido de fornecimento do medicamento Darolutamida (Nubeqa), não incorporado ao SUS, sob o fundamento de ausência de preenchimento cumulativo dos requisitos fixados pelo STF (Tema 6 e Tema 1.234) e STJ (Tema 106), e diante de Nota Técnica do NATJUS contrária à pretensão. II. QUESTÃO EM DISCUSSÃO 2. Há duas questões em discussão: (i) definir se estão preenchidos cumulativamente, os requisitos legais e jurisprudenciais para a concessão judicial de medicamento registrado na ANVISA, mas não incorporado ao SUS; (ii) estabelecer a relevância da Nota Técnica do NATJUS desfavorável na análise judicial. III. RAZÕES DE DECIDIR 3. A concessão judicial de medicamento não incorporado ao SUS é medida excepcional, condicionada ao preenchimento cumulativo dos requisitos fixados no Tema 6 do STF e Tema 106 do STJ, entre eles: negativa administrativa, ausência de substituto terapêutico incorporado, eficácia e segurança comprovadas por evidências científicas de alto nível, imprescindibilidade clínica e hipossuficiência financeira. 4. No caso, embora comprovadas a negativa administrativa, o diagnóstico, o insucesso de tratamentos anteriores e a hipossuficiência financeira, não restou demonstrada a impossibilidade de substituição por medicamento incorporado ao SUS, nem a superioridade da Darolutamida em relação a alternativas terapêuticas existentes, como a Abiraterona. 5. A Nota Técnica nº 252759 do NATJUS concluiu pela inexistência de evidências científicas robustas que justifiquem o uso da Darolutamida no contexto de câncer de próstata metastático resistente à castração, reforçando a ausência dos requisitos exigidos. 6. A decisão administrativa da CONITEC, respaldada pela Portaria SECTICS/MS nº 32/2024, deliberou pela não incorporação da Darolutamida ao SUS para o tratamento da enfermidade do autor, sendo vedada a incursão judicial no mérito administrativo, salvo ilegalidade ou mora excessiva, o que não se verificou. 7. Ausentes os requisitos cumulativos, mantém-se a improcedência do pedido, em observância às teses vinculantes fixadas pelo STF e STJ. IV. DISPOSITIVO 8. Recurso desprovido. Dispositivos relevantes citados: CF/1988, arts. 196 e 198, §§ 1º e 2º; Lei nº 8.080/1990, arts. 19-Q e 19-R; Decreto nº 7.646/2011; CPC, arts. 489, § 1º, V e VI, e 927, III. Jurisprudência relevante citada: STF, RE 566.471, Tema 6, Rel. Min. Marco Aurélio, Red. p/ Acórdão Min. Luís Roberto Barroso, j. 26.09.2024; STF, RE 1.366.243, Tema 1.234, Rel. Min. Gilmar Mendes, j. 16.09.2024; STJ, REsp 1.657.156/RJ, Tema 106, Rel.

Min.

> Benedito Gonçalves, j. 25.04.2018; Súmulas Vinculantes nº 60 e nº 61 do STF. VISTOS, relatados e discutidos os presentes autos. ACORDA a Quarta Câmara Cível do Tribunal de Justiça da Paraíba, por unanimidade, negar provimento ao apelo, nos termos do voto da Relatora. (0800887-03.2024.8.15.7701, Rel. Gabinete 26 - Des9. Anna Carla Lopes Correia Lima de Freitas, APELAÇÃO CÍVEL, 49 Câmara Cível, juntado em 02/09/2025)

Neste caso, dois elementos foram determinantes para a negativa do TJPB. A CONITEC após análise, tinha uma decisão técnica recente e fundamentada de não incorporar a medicação ao SUS, diferente do caso do ribociclibe, onde o medicamento já estava incorporado, mas não entregue. E o NATJUS confirmou que havia uma alternativa eficaz no SUS para o mesmo quadro clínico. Diante desses dois elementos, o TJPB não encontrou justificativa jurídica para superar a decisão administrativa.

Este caso do TJPB converge com o caso de improcedência do TJMG já citado, ambos os tribunais negam quando há alternativa terapêutica eficaz disponível no SUS. A diferença é que o TJMG exige perícia judicial para comprovar isso. Já o TJPB, usa o NATJUS como prova suficiente. O resultado é o mesmo, mas o caminho probatório é diferente.

> ACÓRDÃO AGRAVO INTERNO NO AGRAVO DE INSTRUMENTO Nº 0822925-
>
> 60.2023.8.15.0000 ORIGEM: Juízo do 1º Núcleo de Justiça 4.0 - Saúde Pública Estadual RELATOR: Miguel de Britto Lyra Filho – Juiz Convocado AGRAVANTE: Ramiro Ferreira de Morais França (Adv. Laerte Ferreira de Morais França – 15.214/PB) AGRAVADO: Estado da Paraíba, representado por seu Procurador AGRAVO INTERNO. AGRAVO DE INSTRUMENTO. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. AGRAVO INTERNO INTERPOSTO CONTRA DEFERIMENTO DA LIMINAR. JULGAMENTO DO RECURSO PRINCIPAL. PERDA SUPERVENIENTE DO OBJETO. AGRAVO INTERNO PREJUDICADO. FORNECIMENTO DE MEDICAMENTO. CUMPRIMENTO DE SENTENÇA.
> REITERADO DESCUMPRIMENTO DE ORDEM JUDICIAL. RISCO DE AGRAVAMENTO DA DOENÇA. FIXAÇÃO DE MULTA DIÁRIA. POSSIBILIDADE. PROVIMENTO DO AGRAVO DE
>
> INSTRUMENTO. - O julgamento do recurso de agravo de
>
> instrumento enseja a perda superveniente do objeto do agravo interno interposto em face de decisão liminar nele proferida. - Comprovada a necessidade do uso do medicamento para tratamento de doença grave, a hipossuficiência financeira para arcar com os custos do tratamento e o registro na ANVISA do fármaco, o fornecimento do mesmo, mesmo que não previsto na lista oficial do SUS, é medida que se impõe. Precedentes do STJ. - É inconcebível que entes públicos se esquivem de fornecer medicamentos/aparelhos necessários à sobrevivência de enfermo, em virtude de sua obrigação constitucional em fornecer medicamentos vitais às pessoas enfermas e carentes, as quais não possuem capacidade financeira de comprá-los. - A multa diária tem a finalidade de garantir a eficácia da determinação judicial e se qualifica

como meio coercitivo para o cumprimento de obrigação. VISTOS, relatados e discutidos estes autos,

> em que figuram como partes as acima nominadas. ACORDA a Quarta Câmara Especializada Cível do Tribunal de Justiça do Estado da Paraíba, dar provimento ao agravo de instrumento, julgando-se prejudicado o agravo interno, nos termos do voto do relator, unânime, integrando a decisão a certidão de julgamento constante dos autos. (0822925-60.2023.8.15.0000, Rel. Gabinete 09 - Des. Abraham Lincoln da Cunha Ramos, AGRAVO DE INSTRUMENTO, 49 Câmara Cível, juntado em 04/04/2024)

O caso retrata o descumprimento de uma ordem judicial por parte do Estado, sendo necessário um segundo recurso judicial para forçá-lo a cumprir a ordem determinada.

Em qualquer tipo de câncer com progressão rápida, cada semana de atraso no início do tratamento tem impacto clínico real. O descumprimento reiterado de ordens judiciais em saúde oncológica, não é apenas uma violação processual, é uma forma de violação do direito à vida, que impõe ao TJPB a obrigação constitucional de coibir.

> AGRAVO INTERNO NO EFEITO SUSPENSIVO AO AGRAVO DE INSTRUMENTO. FORNECIMENTO DE FÁRMACO PELO MUNICÍPIO. “BEVACIZUMABE”. MEDICAMENTO DISPOSTO DA LISTA DO SUS. RESPONSABILIDADE SOLIDÁRIA DOS ENTES FEDERADOS. DESNECESSIDADE DE INTEGRAÇÃO DO ESTADO DA PARAÍBA. AUSÊNCIA DE PROVA, PELO ENTE MUNICIPAL, DE QUE A DISPONIBILIZAÇÃO ACARRETARÁ DIFICULDADES FINANCEIRAS A PONTO DE IMPEDIR COMPROMISSOS TAMBÉM RELACIONADOS À
>
> SAÚDE. DESPROVIMENTO. O entendimento majoritário sufragado pela Suprema Corte foi no sentido de reafirmar o caráter solidário da responsabilidade dos entes federados pela dispensação dos serviços de saúde, de forma a sujeitar ao alvedrio do autor a escolha da parte passiva da demanda, sem prejuízo, porém, de que o juiz de primeiro grau possa a direcionar, caso a caso, o cumprimento da prestação de saúde. Sendo medicamento disponibilizado pelo SUS, caberia ao Município fazer prova na origem de que se trata de fármaco de grande custo e sua disponibilização poderá acarretar dificuldades financeiras a ponto de impedir compromissos também relacionados à saúde. (0818632-18.2021.8.15.0000, Rel. Gabinete 13 - Desembargador (Vago), AGRAVO DE INSTRUMENTO, 39 Câmara Cível, juntado em 09/09/2022)

A medicação bevacizumabe está incorporado na lista oficial do Estado da Paraíba (REMEPB) para fornecimento administrativo. Mesmo assim, o caso chegou ao Tribunal porque o Município se recusou a fornecer. Isso ilustra um problema típico do estado, mesmo os medicamentos que deveriam estar disponíveis administrativamente, geram litigiosidade porque a cadeia de distribuição entre o Estado e os Municípios é falha.

O TJPB em seu posicionamento, reafirmou que o paciente pode processar qualquer ente público e escolher o mais acessível para ele. Cabendo ao Município que foi processado provar que não pode pagar, não cabendo ao paciente provar que o

Município

pode. Essa lógica favorece os pacientes hipossuficientes que não tem condições de ajuizar ações contra a União em vara federal distante.

Este acordão é de setembro de 2022, fora do recorte principal de 2024-2025. Contudo, ele foi incluído na seleção por trazer o padrão jurisprudencial do TJPB sobre o bevacizumabe, um dos antineoplásicos mais judicializados na Paraíba segundo Leitão *et al*. (2016), e por demonstrar que as regras de responsabilidade solidária aplicadas pelo TJPB pré-Tema 1.234, continuam sendo relevantes para compreender o presente.

> Poder Judiciário da Paraíba Gabinete 22 - Des. Carlos Eduardo Leite Lisboa ACÓRDÃO APELAÇÃO CÍVEL (198) N. 0823280-96.2025.8.15.0001. ORIGEM: JUÍZO DO 1º NÚCLEO DE JUSTIÇA 4.0 – SAÚDE PÚBLICA ESTADUAL RELATOR: DESEMBARGADOR CARLOS EDUARDO LEITE LISBOA APELANTE: MAURICIO DO AMARAL LEITE Advogados do(a) APELANTE: ARTHUR VICTOR CORREIA CORDEIRO - PB31756, GUSTAVO COSTA VASCONCELOS
> - PB12778-A, MARIA IONE DE LIMA MAHON - PB17826-A, TAYNARA EMILIA ANDRADE - PB27666- A APELADO: ESTADO DA PARAIBA Ementa: DIREITO CONSTITUCIONAL E ADMINISTRATIVO. APELAÇÃO CÍVEL. FORNECIMENTO DE MEDICAMENTO NÃO INCORPORADO AO SUS. MELANOMA MALIGNO METASTÁTICO. PEMBROLIZUMABE. RESPONSABILIDADE SOLIDÁRIA DOS ENTES FEDERATIVOS. REQUISITOS DOS TEMAS 6 E 1.234 DO STF PREENCHIDOS. RECURSO
>
> DESPROVIDO. I. Caso em exame 1. Apelação cível interposta
>
> pelo Estado da Paraíba contra sentença que julgou procedente pedido formulado em ação de obrigação de fazer cumulada com tutela de urgência ajuizada por idoso hipossuficiente, objetivando o fornecimento do medicamento oncológico Pembrolizumabe (Keytruda) 200mg, para tratamento de melanoma maligno metastático (CID 10 C43.9). A sentença confirmou a antecipação de tutela, reconhecendo o preenchimento dos requisitos para concessão judicial do medicamento não incorporado ao SUS, com base em laudos médicos, Nota Técnica do NATJus e recomendação da CONITEC. II. Questão em discussão 2. Há três questões em discussão: (i) definir se o Estado da Paraíba possui legitimidade passiva para figurar no polo passivo da ação;
>
> (ii) estabelecer se houve ausência de interesse processual por parte do demandante; e (iii) verificar se estão preenchidos os requisitos fixados pelo STF para o fornecimento judicial de medicamentos não incorporados ao SUS. III. Razões de decidir
>
> 3. A responsabilidade pelo fornecimento de medicamentos é solidária entre União, Estados e Municípios, nos termos do art.196 da CF/1988 e do entendimento consolidado pelo STF no Tema 793, sendo afastada a preliminar de ilegitimidade passiva ad causam. 4. A exigência de esgotamento da via administrativa não se impõe como condição para o acesso ao Judiciário em ações de saúde, notadamente quando há prescrição médica fundamentada, negativa administrativa e urgência no tratamento, razão pela qual se afasta a preliminar de ausência de interesse processual. 5. O fornecimento judicial de medicamentos não incorporados ao SUS deve observar os parâmetros fixados pelo STF nos Temas 6 e 1.234, sendo necessário comprovar: (i) incapacidade financeira do paciente; (ii) imprescindibilidade do medicamento, por

meio

> de laudo médico circunstanciado; (iii) eficácia científica do fármaco; e (iv) inexistência ou ineficácia de tratamento alternativo incorporado. 6. Os requisitos foram todos atendidos no caso concreto: (a) o paciente é idoso, hipossuficiente, e recebe um salário-mínimo de aposentadoria;(b) a prescrição foi emitida por oncologista credenciada no SUS; (c) a Nota Técnica do NATJus recomenda favoravelmente o uso do Pembrolizumabe com base em evidências científicas robustas; (d) o tratamento com Dacarbazina, incorporado ao SUS, foi previamente utilizado sem resposta clínica satisfatória.
>
> 7. A indicação de medicamento por nome comercial (Keytruda) decorre da especificidade da molécula prescrita (Pembrolizumabe), com respaldo técnico e científico, não configurando escolha arbitrária ou violação ao princípio da isonomia. 8. A sentença está em consonância com os precedentes do STF e com a jurisprudência estadual, garantindo a efetividade do direito fundamental à saúde e à vida do demandante. IV. Dispositivo e tese 9. Recurso desprovido. Tese de julgamento: 1. A responsabilidade pelo fornecimento de medicamentos, ainda que não incorporados ao SUS, é solidária entre os entes federativos. 2. A ausência de requerimento administrativo prévio não impede o acesso ao Judiciário quando demonstrada a urgência e a necessidade do tratamento. 3. O fornecimento judicial de medicamento não incorporado ao SUS é admissível quando comprovados: a incapacidade financeira do paciente, a imprescindibilidade do fármaco, a eficácia científica e a inexistência ou ineficácia de alternativa terapêutica incorporada. 4. A indicação de medicamento por nome comercial não viola a isonomia quando baseada em prescrição médica especializada e evidência científica que demonstrem sua adequação ao caso concreto. Dispositivos relevantes citados: CF/1988, arts. 6º; 23, II; 196; Lei nº 8.080/1990. Jurisprudência relevante citada: TJMG, Apelação Cível 1.0000.23.133843-5/002, j. 02.09.2025; TJMG, Apelação Cível 1.0000.25.181633-
>
> 6/001,j. 04.11.2025. (0823280-96.2025.8.15.0001, Rel. Gabinete
>
> 22 - Des. Carlos Eduardo Leite Lisboa, APELAÇÃO CÍVEL, 29 Câmara Cível, juntado em 18/12/2025)

No referido caso, o TJPB verificou expressamente os quatro requisitos que geraram procedência a ação, sendo a hipossuficiência, prescrição de oncologista credenciada no SUS, NAT-Jus favorável com base em evidências cientificas robustas, a medicação Dacarbazina já havia sido usada sem resposta. Todos os quatro requisitos do Tema 106/STJ e do Tema 6/STF estavam presentes.

A decisão cita expressamente dois acórdãos do TJMG de 2025 como fundamento. Isso é positivamente significativo, pois o TJPB está usando a jurisprudência mineira, sendo tribunal de um estado muito mais estruturado em termos oncológicos, como precedente para suas próprias decisões. Demonstrando que, apesar das diferenças estruturais entre os dois estados, há uma tendencia de convergência jurídica.

> Poder JudiciárioTribunal de Justiça da Paraíba Des. Romero Marcelo da Fonseca Oliveira Processo nº: 0850815-87.2020.8.15.2001Classe: APELAÇÃO CÍVEL (198)Assuntos:
>
> [Curativos/Bandagem, Padronizado, Leito de enfermaria / leito oncológico, Convênio médico com o SUS, Eletiva]APELANTE: PROCURADORIA DO ESTADO DA PARAIBA, ESTADO DA PARAIBAREPRESENTANTE: ESTADO DA PARAIBA
>
> - APELADO: JOELLYTON DO ROZARIO COSTA SANTOS, JOELMA CANDIDO ROZARIO RODRIGUES EMENTA: APELAÇÃO CÍVEL - OBRIGAÇÃO FAZER. ASSISTÊNCIA HOME CARE PARA TRATAMENTO INDIVIDUAL DE PESSOA HIPOSSUFICIENTE. CASO QUE NÃO SE ENQUADRA NO TEMA 106 DO STJ – DEVER DE FORNECIMENTO PELO PODER PÚBLICO, ATRAVÉS DO 'SUS' (ART. 196, CF/1988) PRESENÇA DE RISCO IMINENTE. IMPRESCINDIBILIDADE DEMONSTRADA. MANTIMENTO DO JULGAMENTO CENSURADO. DESPROVIMENTO DO RECURSO
>
> JUDICIALIZADO. 1. A pretensão de fornecimento de cuidador pelo período de 24 horas ao dia (Home Care), encontra-se refugiada nos artigos 6º e 196 da Constituição Federal que asseguram o acesso às políticas públicas de saúde. 2. O fornecimento de tratamento “home care” pela rede pública é necessária para a manutenção da Saúde do Paciente quando comprovada a sua hipossuficiência e quando houver prescrição médica idônea. VISTOS, relatados e discutidos estes autos, em que figuram como partes as acima nominadas. ACORDA a Quarta Câmara Especializada Cível do Egrégio Tribunal de Justiça do Estado da Paraíba, negar provimento ao recurso. (0850815-87.2020.8.15.2001, Rel. Gabinete 07 - Des. Horácio Ferreira de Melo Júnior, APELAÇÃO CÍVEL, 49 Câmara Cível, juntado em 20/02/2024)

Nesse caso, o TJPB usou um fundamento jurídico mais amplo, o art.196 da CF, que obriga o Estado a garantir a saúde como um todo, não limitando-se apenas ao fornecimento de medicamentos. Quando um paciente oncológico hipossuficiente precisa de cuidado contínuo para sobreviver, o Estado tem obrigação constitucional de fornecê-lo, independentemente de qualquer lista ou protocolo administrativo.

Nesse sentido, o TJPB aplica o art. 196 para incluir serviços de saúde como o *home care*, sendo uma característica jurisprudencial própria do tribunal paraibano, dialoga com a realidade de um estado com rede assistencial mais frágil e maior dependência do Sistema Único de Saúde. A seguir, realiza-se uma análise comparativa entre o TJMG e o TJPB, buscando examinar suas convergencias, divergencias e conflitos jurisprudenciais.

A análise das doze jurisprudências selecionadas, revela um cenário de parcial convergência e profunda divergência entre os dois tribunais no tratamento das demandas oncológicas no período de 2024-2025. As convergências e os conflitos podem ser sistematizados em cinco dimensões, na taxa de procedência, no papel do NAT-Jus, em resposta ao Tema 1.234/STF, nos mecanismos de efetivação das decisões e nos conflitos jurisprudenciais em casos idênticos.

O conflito jurisprudencial mais significativo identificado nesta análise não é entre o TJMG e TJPB, mas dentro do próprio TJPB. A 2ª Câmara Cível, ao julgar a AC 0800291-19.2024.8.15.7701 (Ribociclibe — câncer de mama), afirmou expressamente que o juiz não está adstrito ao parecer técnico do NATJUS, devendo decidir com base no conjunto probatório dos autos. A 4ª Câmara Especializada, ao julgar a AC 0800887-03.2024.8.15.7701 (Darolutamida — câncer de próstata), utilizou o NATJUS desfavorável como fundamento central da improcedência. Esse padrão revela uma utilização inconsistente do NATJUS no TJPB, quando favorável é invocado como prova determinante, quando desfavorável, pode ser ignorado ou pode ser determinante, dependendo da Câmara que julga. Essa insegurança jurídica afeta diretamente os pacientes oncológicos paraibanos, que não conseguem prever o resultado de suas ações com base em um critério tecnicamente uniforme.

Também é possível identificar ao longo da análise que, o mesmo remédio, para o mesmo tipo de câncer, tem exigências probatórias completamente diferentes nos dois tribunais, caracterizando a violação ao princípio da isonomia federativa na efetivação dos direitos sociais.

A análise conjunta confirma, por fim, a observação empírica que orienta este trabalho, o número de procedência formal nas decisões de segunda instancia na amostra analisada, não reflete o acesso real ao tratamento. No TJPB especialmente, no caso em que o Estado descumpriu ordem judicial reiteradamente, e a própria trajetória da paciente Maria Cacilda de Souto, que precisou da intervenção do Ministério Público, para que recorresse para obter o medicamento já incorporado ao SUS. Demonstram que a procedência judicial, é apenas o primeiro de vários obstáculos que o paciente oncológico hipossuficiente precisa superar, para efetivamente, acessar o tratamento que a Constituição Federal lhe garante.

4.3 CAMINHOS PARA A HUMANIZAÇÃO E A EQUIDADE NO TRATAMENTO ONCOLÓGICO

A análise desenvolvida ao longo desta seção permite afirmar que a judicialização oncológica não é um fenômeno autônomo do sistema jurídico brasileiro, mas a manifestação mais visível de uma insuficiência estrutural acumulada no modelo de atenção oncológica do SUS. A paciente Maria Cacilda de Souto, de Picuí, precisou que o Ministério Público recorresse ao Tribunal de Justiça da Paraíba para obter um medicamento que o governo federal já havia incorporado ao SUS em 2021. O paciente Ramiro França precisou de um segundo recurso judicial para forçar o Estado a cumprir uma sentença já favorável. Esses casos não são exceções, são retratos sistemáticos de

um modelo que produz, na linguagem de Sander, Tavares e Lamy (2025), mortes evitáveis por omissão institucional, a mistanásia oncológica.

O presente tópico propõe caminhos para a superação estrutural do problema, organizados em torno de duas dimensões, a equidade no acesso ao tratamento, compreendida como a eliminação das desigualdades injustas que determinam quem recebe e quem não recebe cuidado oncológico adequado; e a humanização do cuidado, entendida como o reconhecimento da integralidade da pessoa doente, que abrange sua dignidade, sua dor, seu território e sua trajetória de vida. Quevedo, Paleari e Castro (2023) destacam que a Lei n. 8.080/1990 garante o direito universal à saúde pelos princípios de integralidade, universalidade e equidade, e que a Política Nacional de Humanização (PNH) coloca esses princípios em prática ao incentivar trocas solidárias entre os que utilizam e os que compõem o sistema.

O primeiro caminho passa pela implementação efetiva do Programa de Navegação do Paciente Oncológico, criado pelo artigo 5.º da Lei n. 14.758/2023 e regulamentado pela Portaria GM/MS n. 6.591, de 4 de fevereiro de 2025, que instituiu o Programa de Navegação da Pessoa com Diagnóstico de Câncer no âmbito do SUS. O navegador oncológico é o profissional responsável por acompanhar o paciente desde o primeiro sinal de alerta até o início do tratamento, identificando e removendo ativamente as barreiras que retardam cada etapa do fluxo assistencial. Estudo qualitativo publicado na Revista Brasileira de Cancerologia, que entrevistou 27 enfermeiros navegadores em todo o Brasil, confirma que os programas de navegação têm base nos princípios de Harold Freeman, desenvolvidos a partir da experiência com populações vulneráveis do Harlem, em *Nova York*, mas aponta que há "falta de padronização e de conhecimento sobre os modelos teóricos" entre os profissionais atuantes no país, o que compromete a uniformidade e a qualidade da navegação (Fernandes *et al*., 2025, p. 4). Essa constatação reforça a urgência de protocolos nacionais claros e de formação continuada dos navegadores, especialmente nas regiões com maior fragilidade assistencial, como o Nordeste. Diante dos dados de Moraes *et al*. (2026), que identificaram distância média de 161,8 km entre a residência do paciente e o serviço de radioterapia no Nordeste, a navegação representa um instrumento de mitigação das barreiras geográficas e burocráticas que, como demonstrado no tópico 4.1, empurram o paciente ao abandono do tratamento.

O segundo caminho consiste no cumprimento efetivo dos prazos legais da Lei n. 12.732/2012 (Lei dos 60 Dias) e da Lei n. 13.896/2019 (Lei dos 30 Dias). Sua reiterada violação, documentada especialmente no Norte e no Nordeste, onde o tempo de espera pode atingir 150 dias, não é apenas um dado administrativo, é na perspectiva do biodireito, a materialização de uma violência institucional que transforma doenças

curáveis em estágios avançados. A Portaria GM/MS n°. 3.681/2024 (AF-Onco) e a Portaria GM/MS n°

6.212/2024, que regula o ressarcimento interfederativo de medicamentos fornecidos por ordem judicial, são instrumentos recentes que implementados com eficiência pelos Estados, têm o potencial de reduzir significativamente a necessidade de judicialização para medicamentos já incorporados ao SUS.

Já o terceiro caminho, diz respeito diretamente à insegurança jurídica identificada na análise comparativa do tópico 4.2. A inconsistência no uso do NAT-Jus pelo TJPB. Ora invocado como prova determinante, ora descartado como elemento não vinculante conforme a Câmara e o relator. Para que o NAT-Jus cumpra sua função constitucional de qualificação técnica das decisões, é necessário que o TJPB adote protocolo interno vinculante sobre o peso probatório de seus pareceres, em linha com a Recomendação CNJ n°. 146/2023. A adoção de súmula interna ou câmara especializada que harmonize esse tratamento, eliminaria o componente de imprevisibilidade que hoje faz com que o resultado de uma ação oncológica na Paraíba dependa tanto da Câmara sorteada quanto dos elementos clínicos do caso.

O quarto caminho refere-se à humanização integral do cuidado, que transcende a dimensão medicamentosa. A análise do caso TJPB, Apelação Cível n°. 0850815-87.2020.8.15.2001, determinou o fornecimento de cuidado *home care* por 24 horas ao paciente oncológico hipossuficiente, é de grande relevância, pois o TJPB reconheceu, com fundamento direto no artigo 196 da Constituição Federal, que o dever do Estado não se esgota no fornecimento do antineoplásico, abrangendo o cuidado integral. Nessa dimensão, os cuidados paliativos merecem destaque especial, sendo comprovado por um Estudo conduzido em Iguatu/CE, com pacientes oncológicos em situação de vulnerabilidade social, evidenciou que "a gestão da dor, o suporte psicossocial e a assistência humanizada foram fatores essenciais para o alívio do sofrimento e maior adesão ao tratamento", concluindo que "estratégias que reduzam barreiras estruturais e promovam acesso equitativo a cuidados paliativos" são indispensáveis para uma atenção mais eficaz e personalizada (Santos Júnior *et al*., 2025, p. 8).

A expansão dos cuidados paliativos e dos Serviços de Atenção Domiciliar vinculados ao SUS, já previstos na Lei n. 14.758/2023 e nas Resoluções CFM n°. 1.805/2006 e n°. 2.217/2018, e alinhados à Política Nacional de Cuidados Paliativos instituída pela Portaria GM/MS n°. 3.681/2024, é medida de humanização que a legislação já autoriza e que apenas a falta de priorização política retarda.

A grande maioria do conjunto de caminhos delineados, já está prevista na legislação vigente e aguarda apenas a vontade política e a capacidade de gestão para sua efetiva implementação. O objetivo real não é reduzir a judicialização como fim em si mesma, pois ela é um direito fundamental e um instrumento legítimo de efetivação

constitucional. O objetivo é garantir que o paciente oncológico hipossuficiente não precise

recorrer ao Judiciário para obter o tratamento que a Constituição já lhe assegura, que a CONITEC já incorporou ao SUS, que o médico do UNACON já prescreveu, mas que a burocracia simplesmente não entregou.

Enquanto essa lacuna entre a norma e a realidade persistir, a mistanásia continuará sendo o preço pago pelos mais vulneráveis, pela omissão de um sistema que prometeu, no artigo 196 da Constituição Federal, que "a saúde é direito de todos e dever do Estado".

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Chegar ao termo do presente trabalho significou reconhecer que, por trás de cada disposição constitucional, de cada portaria ministerial e de cada decisão judicial analisada ao longo da pesquisa, encontrava-se a história concreta de homens e mulheres acometidos por uma doença que altera profundamente seus projetos de vida.

Ao percorrer os fundamentos constitucionais do direito à saúde, a organização do Sistema Único de Saúde (SUS) no campo oncológico e o fenômeno da judicialização sob os marcos firmados pelo Supremo Tribunal Federal entre 2024 e 2025, a pesquisa permitiu perceber que essa distância não decorreu de uma única causa, tampouco se resolveria por uma única medida, pois exigiu escuta atenta e olhar articulado sobre o direito constitucional, considerados os limites estruturais da política pública sanitária, o regime jurídico de incorporação de tecnologias e a crescente atuação subsidiária do Poder Judiciário. Ao longo das seções desenvolvidas, demonstrou-se que a resposta a essa indagação não comportou simplificações, pois envolveu a complexa articulação entre o compromisso constitucional com a dignidade da pessoa humana, os condicionantes orçamentários da gestão pública e as profundas desigualdades regionais que ainda caracterizam o acesso à saúde no Brasil.

A análise dos fundamentos constitucionais permitiu evidenciar que o direito à saúde, consagrado pelos artigos 6º e 196 da Constituição Federal de 1988, possui eficácia imediata e não pode ser postergado sob o argumento absoluto da reserva do possível, sobretudo quando se trata de prestações vinculadas ao mínimo existencial. A dignidade da pessoa humana, como fundamento da República Federativa, impõe ao Estado o dever de assegurar condições materiais para o pleno desenvolvimento da personalidade humana, das quais a saúde constitui pressuposto inafastável. Verificou-se, todavia, que esse cuidado normativo contrastou drasticamente com a realidade vivida pelos pacientes que aguardam, em filas longas e silenciosas, o início de um tratamento que muitas vezes não pode esperar. Nessa perspectiva, a tensão entre a integralidade prometida pelo texto constitucional e os limites orçamentários enfrentados

pela administração pública deve ser

resolvida pelos princípios da razoabilidade e da proporcionalidade, sem que a reserva do possível se converta em escudo para a omissão estatal.

A estrutura do Sistema Único de Saúde no campo oncológico revelou um arcabouço normativo robusto, composto pela Lei nº 8.080/1990, pela Lei nº 12.732/2012, pela Lei nº 13.896/2019, pela Lei nº 14.758/2023 e pela Lei nº 14.831/2024, bem como pelos atos infralegais que regulamentam a assistência farmacêutica oncológica e a incorporação de novas tecnologias pela CONITEC. Constatou-se, contudo, que a sofisticação teórica do desenho normativo divergiu da fragilidade da implementação concreta, especialmente nas regiões Norte e Nordeste, onde a escassez de Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia, a distância média superior a 160 km para o acesso à radioterapia e o tempo de espera que ultrapassa 150 dias para o início do tratamento configuraram violação sistemática dos prazos legais. Apurou-se, ainda, que, para o paciente residente em pequeno município do sertão nordestino, a enfermidade não se tornava mais branda pelo fato de a Constituição lhe assegurar tratamento, pois o caminho até esse tratamento revelou-se, com frequência, mais longo e penoso do que a própria doença.

A regulamentação dos medicamentos de alto custo, ainda que pautada por critérios técnicos de farmacoeconomia, produziu tensões jurídicas significativas, sobretudo quando a decisão administrativa de não incorporação confrontou a prescrição médica fundamentada em evidências científicas robustas, conduzindo o paciente vulnerável à via judicial.

A análise comparativa da jurisprudência do Tribunal de Justiça de Minas Gerais e do Tribunal de Justiça da Paraíba, no período de 2024 a 2025, demonstrou que a judicialização da saúde oncológica não constituiu anomalia processual, mas resposta legítima à insuficiência estrutural do sistema. Os marcos firmados pelo Supremo Tribunal Federal nos Temas 6 e 1.234 da repercussão geral, consolidados nas Súmulas Vinculantes nº 60 e nº 61, reorganizaram as competências jurisdicionais e os critérios probatórios para o fornecimento judicial de medicamentos não incorporados ao SUS. Foi possível verificar que tal reorganização, embora racionalizasse o sistema, podia dificultar ainda mais o acesso à justiça dos pacientes hipossuficientes do interior, aqueles que residiam distantes das varas especializadas, que não dispunham do acesso integral de seus direitos e que, justamente por sua fragilidade, deveriam ser os primeiros a ser protegidos pelo sistema, e não os últimos. Identificou-se, ainda, relevante divergência interna no TJPB quanto à força vinculante dos pareceres do NAT-Jus, o que comprometeu a segurança jurídica ao conferir tratamento desigual a pacientes em situações idênticas, violando gravemente o princípio da isonomia federativa.

Constatou-se que essa inconstância não atingiu apenas o plano teórico, mas alcançou pessoas reais, pois definiu se determinado paciente teria ou não acesso ao medicamento capaz de prolongar sua sobrevida e devolver-lhe algum tempo de convivência com a família. Por essa razão, a construção de orientações jurisprudenciais estáveis nos tribunais estaduais, mediante súmulas internas, câmaras especializadas em saúde pública e protocolos decisórios consistentes em harmonia com a Recomendação CNJ nº 146/2023, deixou de ser refinamento técnico para converter-se em exigência ética em favor de cidadãos em situação substancialmente idêntica.

Reconheceu-se, com a honestidade que toda pesquisa exige, que este trabalho possuía limites próprios do seu recorte. O conjunto de doze acórdãos examinados, distribuídos igualmente entre o TJMG e o TJPB no período de 2024 a 2025, embora cuidadosamente selecionado entre as neoplasias com maior incidência litigiosa, como câncer de mama, câncer de próstata, carcinoma renal, câncer colorretal e tumores cerebrais, não permitiu generalizações sobre o universo total de demandas oncológicas no país. Da mesma forma, optou-se por uma abordagem documental, sem aproximação direta dos pacientes que vivenciavam essas situações, dos gestores responsáveis pela rede oncológica ou dos próprios magistrados que diariamente decidem sobre questões tão delicadas. Pesquisas futuras que ampliem o número de tribunais examinados ou que dialoguem com a experiência de outros sistemas de saúde certamente acrescentarão camadas relevantes à compreensão do problema.

No plano propositivo, sustentou-se que nenhum dos Poderes da República, atuando isoladamente, será capaz de responder à complexidade do desafio aqui exposto. Ao Executivo, cabe acelerar a avaliação de novas tecnologias pela CONITEC, organizar com mais eficiência a cadeia de distribuição dos medicamentos já incorporados ao SUS e implementar com seriedade o Programa de Navegação da Pessoa com Diagnóstico de Câncer, regulamentado pela Portaria GM/MS nº 6.591/2025. Ao Legislativo, compete acompanhar a evolução científica para que a lei não envelheça mais depressa do que a medicina, bem como assegurar fontes estáveis de financiamento tripartite capazes de reduzir a litigiosidade evitável. Ao Judiciário, espera-se o investimento contínuo na qualificação dos magistrados em medicina baseada em evidências e o fortalecimento dos NAT-Jus como instâncias técnicas de apoio, para que cada decisão se construa em diálogo, e não em confronto, com a administração pública. A articulação conjunta entre os três Poderes e entre os três entes federativos é a via mais eficaz para transformar a proteção formal em proteção sentida pelo paciente.

Em última análise, a pesquisa permitiu afirmar que o modo como a sociedade brasileira responde ao seu paciente oncológico mais pobre revela o tamanho da

distância entre o país que se prometeu na Constituição Federal de 1988 e o país que efetivamente

se construiu nas décadas seguintes. Esse paciente, cuja história raramente alcança os debates públicos e que muitas vezes morre sem que seu nome seja conhecido fora do círculo de afetos próximos, ocupa precisamente o lugar onde se cruzam todas as desigualdades brasileiras, as econômicas, as regionais, as informacionais e as estruturais. Quando o Estado o atende com presteza e humanidade, demonstra que os direitos fundamentais saíram do papel e ganharam corpo; quando demora, hesita ou simplesmente não chega a tempo, evidencia o quanto ainda falta caminhar. É por essa razão que refletir sobre o acesso aos medicamentos oncológicos de alto custo é, no fundo, refletir sobre o tipo de país que se deseja construir, e sobre a disposição concreta de honrar, no cotidiano daqueles que mais sofrem, aquilo que se escreveu com solenidade nos textos jurídicos.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Decreto n. 7.646, de 21 de dezembro de 2011. **Dispõe sobre a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 22 dez. 2011.

BRASIL. **Lei n. 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. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 set. 1990.

BRASIL. **Lei n. 12.732, de 22 de novembro de 2012**. Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 23 nov. 2012.

BRASIL. **Lei n. 13.896, de 30 de outubro de 2019**. Altera a Lei n. 12.732/2012 para reduzir o prazo para o início do tratamento oncológico. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 31 out. 2019.

BRASIL. **Lei n. 14.758, de 19 de dezembro de 2023**. Institui a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNPCC). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 dez. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria SCTIE/MS n. 58, de 3 de setembro de 2021**. Não incorpora cabozantinibe e nivolumabe para carcinoma de células renais metastático em segunda linha. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 6 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria SCTIE/MS n. 73, de 6 de dezembro de 2021**. Incorpora os inibidores de CDK 4/6 (abemaciclibe, palbociclibe e succinato de ribociclibe) ao SUS para câncer de mama avançado HR+/HER2-. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 7 dez. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria SECTICS/MS n. 32, de 2024**. Delibera pela não incorporação da Darolutamida ao SUS para o tratamento de neoplasia de próstata resistente à castração. Brasília: Ministério da Saúde, 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n. 3.681, de 7 de maio de 2024**. Institui a Política Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP) no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 22 maio 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n. 6.212, de 19 de dezembro de 2024**. Dispõe sobre o ressarcimento interfederativo de medicamentos fornecidos por ordem judicial. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 dez. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n. 6.591, de 4 de fevereiro de 2025**. Institui o Programa de Navegação da Pessoa com Diagnóstico de Câncer no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 5 fev. 2025.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça**. Recurso Especial n. 1.657.156/RJ (Tema 106)**. Rel. Min. Benedito Gonçalves. Primeira Seção, j. 25 abr. 2018.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Recurso Extraordinário n. 566.471 (Tema 6). Rel. Min. Marco Aurélio. Red. p/ Acórdão Min. Luís Roberto Barroso. Plenário, j. 26 set. 2024.
BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Recurso Extraordinário n. 1.366.243 (Tema 1.234).** Rel. Min. Gilmar Mendes. Plenário, j. 16 set. 2024. Trânsito em julgado: 7 mar. 2025.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Súmula Vinculante n. 60.** Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 set. 2024.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Súmula Vinculante n. 61**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 3 out. 2024.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 25 maio. 2025.

BRASIL. Constituição (1988). **O direito à saúde na Constituição Federal de 1988**. Âmbito Jurídico. Disponível em: https:// ambitojuridico.com.br/cadernos/direito-constitucional/o-direito-a-saude-na-constituicao-federal-de-1988/. Acesso em: 25 maio. 2025.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 1 mar. 2026.

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: Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 1 mar. 2026.

BRASIL. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 31 dez. 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em: 1 mar. 2026.

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 tecnologias em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União: Brasília, DF, 29 abr. 2011. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12401.htm. Acesso em: 1 mar. 2026.

BRASIL. **Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012**. Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 23 nov. 2012. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12732.htm. Acesso em: 1 mar. 2026.

BRASIL. **Lei nº 13.896, de 30 de outubro de 2019**. Altera a Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, para assegurar aos pacientes com suspeita de neoplasia maligna a realização de exames no prazo de 30 (trinta) dias. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 31 out. 2019. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/l13896.htm. Acesso em: 8 mar. 2026.

BRASIL. **Lei nº 14.758, de 19 de dezembro de 2023**. Institui a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e o Programa Nacional de Navegação da Pessoa com Diagnóstico de Câncer. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 20 dez. 2023. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato20232026/2023/lei/l14758.htm. Acesso em: 8 mar. 2026.

BRASIL. **Lei nº 14.831, de 27 de março de 2024**. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para incluir a atenção humanizada como princípio do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União: Brasília, DF, 28 mar. 2024. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2024/lei/l14831.htm. Acesso em: 8 mar. 2026.

CAVALCANTE, R. A., DO VAL, R. **Direito Médico e da Saúde**: manual prático. 4ª ed. Leme – SP: Mizuno, 2024.

CERVI, S. M. *et al*. Perfil da judicialização de medicamentos antineoplásicos do serviço de oncologia do Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas. **Revista Contexto & Saúde**, Ijuí, v. 20, n. 40, p. 50-60, 2020.

CONTROLE do câncer de mama no Brasil : dados e números. **Instituto Nacional de Câncer**. 2024. Rio de Janeiro : INCA, 2024. Disponível em: https://ninho.inca.gov.br/jspui/bitstream/123456789/17002/1/Controle%2520do%2520c%C3%A2ncer%2520de%2520mamano%2520Brasil%2520%2520dados%2520e%2520n%C3%BA meros%25202024.pdf. Acesso em: 8 mar. 2026.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. R**esolução CFM n. 1.805, de 9 de novembro de 2006.** Na fase terminal de enfermidades graves e incuráveis é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 28 nov. 2006.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM n. 2.217, de 27 de setembro de 2018**. Aprova o Código de Ética Médica. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 1 nov. 2018.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Recomendação n. 146, de 2023**. Dispõe sobre a utilização de parâmetros técnicos e científicos nas demandas de saúde. Brasília: CNJ, 2023.

FERNANDES, L. F. G. *et al*. História, conceitos e modelos da navegação de pacientes oncológicos por enfermeiros no Brasil. **Revista Brasileira de Cancerologia,** Rio de Janeiro, v. 71, n. 4, 2025. DOI: 10.32635/2176-9745.RBC.2025v71n4.5255.

FIGUEIREDO, I. V. O. *et al*. Judicialização do câncer no Brasil: uma revisão integrativa da literatura científica. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v. 23, p. e0028, 2023. DOI: 10.11606/issn.2316-9044.rdisan.2023.202135. Disponível em: https://revistas.usp.br/rdisan/article/view/202135. Acesso em: 5 abr. 2026.

HOLTZ, L.; MOURA SILVA, F.; ESTEVES, H. **"Meu SUS continua diferente do seu SUS?" — Pesquisa sobre tratamento oncológico nos hospitais do SUS.** São Paulo: Instituto Oncoguia, 2025. Disponível em: https://www.oncoguia.org.br/conteudo/tratamento-de-cancer-no-sus-tem-desigualdades-regionais-e-condutas-desatualizadas-diz-estudo/17741/42/. Acesso em: 15 abr. 2026.

KANT, I. A fundamentação da metafísica dos costumes: o princípio da dignidade da pessoa humana. **JusBrasil**. Disponível em: https://jusbrasil.com.br/artigos/a-fundamentacao-da-metafisica-doscostumes-e-o-principio-da-dignidade-da-pessoa-humana. Acesso em: 23 maio. 2025.

LEITÃO, L. C. A. *et al*. Análise das demandas judiciais para aquisição de medicamentos no estado da Paraíba. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 800-807, 2016. DOI: 10.1590/S0104-12902016153819.

LIMA, L. A. O. *et al*. Avanços e desafios na oncologia: perspectivas para a promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida**. Revista DCS Online**, v. 23, n. 88, p. 1-13, 2026. DOI: 10.54899/dcs.v23i88.5026. Disponível em: https://ojs.revistadcs.com/index.php/revista/article/view/5026. Acesso em: 15 abr. 2026.

MARANHÃO, W.; MENDES, S. Judicialização dos medicamentos oncológicos à luz do direito à saúde: uma revisão da literatura. **Journal of Management & Primary Health Care**, v. 14, n. esp., p. e027, 2022. DOI: 10.14295/jmphc.v14.1267. Disponível em: https://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/1267. Acesso em: 5 abr. 2026.

MELO, M. P. V.; SEIXAS, B. S. A judicialização do tratamento quimioterápico do fármaco osimertinibe negado pelos planos de saúde e suas consequências. **Revista de Direito da Amazônia**, Manaus, v. 1, n. 2, 2020. Disponível em: https://rda.tjam.jus.br/ojs-3/index.php/DireitoAmazonia/article/view/44. Acesso em: 15 abr. 2026.

MORAES, F. Y. de *et al*. Disparidades geográficas e sociodemográficas no acesso à radioterapia no Brasil: um estudo transversal nacional (2017-2022). **International Journal of Radiation Oncology, Biology, Physics**, 2026. Disponível em: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S036030162600369X. Acesso em: 15 abr. 2026.

QUEVEDO, A. L.; PALEARI, A. P. G.; CASTRO, R. C. O. S. Avaliação do perfil do tratamento oncológico no Brasil e em um município do interior paulista. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, v. 5, n. 4, p. 753-770, 2023. DOI: 10.36557/2674-8169.2023v5n4p753-770.

SANDER, A.; TAVARES, J. S.; LAMY, M. Barreiras de acesso e mistanásia no cuidado oncológico: limites da efetividade do direito à saúde**. Revista Brasileira de Direito Constitucional**, São Paulo, v. 25, p. 273-287, 2025. DOI: 10.62530/rbdc25p273. Disponível em: https://rbdc.com.br/revista/article/view/417. Acesso em: 15 abr. 2026.

SANTOS, R.N. C. *et al*. Decisões judiciais referentes ao agravo câncer: análise dos argumentos do direito à saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 16, n. 2, p. 394-400, 2014. Disponível em: https://revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/24577. Acesso em: 13 set. 2026.

SANTOS JÚNIOR, J. G. de A. *et al*. Bioética e equidade no acesso aos cuidados paliativos oncológicos em pacientes com situações de vulnerabilidade social. Revista **Acadêmica Online**, v. 11, n. 60, e1756, 2025. DOI: 10.36238/2359-5787.2025.V11N60.1756.

SCIELO BRASIL. As políticas públicas como concretização dos direitos sociais. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rinc/a/jsrYZ4CfJDSRntd3L6BpHj/. Acesso em: 23 maio. 2025.

SILVA, A. R.; TIEPPO, G. R. *et al*. Disparidades regionais no acesso a cirurgias oncológicas de alta complexidade no Brasil: análise de banco de dados nacional. **Revista FT Online**, v. 29, ed. 150, set. 2025. ISSN 1678-0817. Disponível em: https://revistaft.com.br/disparidades-regionais-no-acesso-a-cirurgias-oncologicas. Acesso em: 5 abr. 2026.

SILVA, M. J. S.; OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S. Estratégias adotadas para a garantia dos direitos da pessoa com câncer no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 399-408, 2022. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/C56M5dg68tyG5DVq6SHbNVp/?lang=pt. Acesso em: 13 set. 2026.

SIMONELLI, O. **Direito Médico**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Forense, 2024.

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DA PARAÍBA. Agravo de Instrumento n. 0818632-18.2021.8.15.0000. 3ª Câmara Cível. Bevacizumabe — Responsabilidade solidária — Município. Juntado em: 9 set. 2022. João Pessoa: TJPB, 2022.

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DA PARAÍBA. Apelação Cível n. 0850815-87.2020.8.15.2001. Rel. Des. Horácio Ferreira de Melo Júnior. 4ª Câmara Especializada Cível. Home care oncológico — Hipossuficiência — Procedência. Juntado em: 20 fev. 2024. João Pessoa: TJPB, 2024.

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DA PARAÍBA. Agravo de Instrumento n. 0822925-60.2023.8.15.0000. Rel. Des. Abraham Lincoln da Cunha Ramos. 4ª Câmara Especializada Cível. Descumprimento de ordem judicial — Multa diária. Juntado em: 4 abr. 2024. João Pessoa: TJPB, 2024.

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DA PARAÍBA. Apelação Cível n. 0800291-19.2024.8.15.7701. Rel. Des. José Guedes Cavalcanti Neto. 2ª Câmara Cível. Câncer de mama metastático — Ribociclibe — Procedência. Juntado em: 27 maio 2025. João Pessoa: TJPB, 2025.

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DA PARAÍBA. Apelação Cível n. 0800887-03.2024.8.15.7701. Rel. Des.ª Anna Carla Lopes Correia Lima de Freitas. 4ª Câmara Especializada Cível. Câncer de próstata — Darolutamida — Improcedência. Juntado em: 2 set. 2025. João Pessoa: TJPB, 2025.

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DA PARAÍBA. Apelação Cível n. 0823280-96.2025.8.15.0001. Rel. Des. Carlos Eduardo Leite Lisboa. 2ª Câmara Cível. Melanoma maligno metastático

— Pembrolizumabe — Procedência. Juntado em: 18 dez. 2025. João Pessoa: TJPB, 2025.

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DE MINAS GERAIS. Apelação Cível/Remessa Necessária 1.0000.25.063142-1/001. Relator(a): Des.(a) Marcelo Paulo Salgado (JD Convocado); Relator(a) para o acórdão: Des.(a) Áurea Brasil, 5ª Câmara Cível, julgamento em 04/12/2025, publicação em 11/12/2025. Disponível em: https://www5.tjmg.jus.br/jurisprudencia/relatorioEspelhoAcordao.do?numeroUnico=1.000 0.25.063142-1%2F001. Acesso em: 09 abr. 2026.

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DE MINAS GERAIS. Apelação Cível n. 1.0000.23.289930-2/001. Rel. Des.ª Habib Felippe Jabour. 18ª Câmara Cível. Câncer de mama — Abemaciclibe — Procedência. Julgado em: 11 jun. 2024. Disponível em: https://www5.tjmg.jus.br. Acesso em: 9 abr. 2026.

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DE MINAS GERAIS. Apelação Cível n. 1.0000.23.318402-7/003. Rel. Des.ª Leite Praça. 19ª Câmara Cível. Modulação de efeitos — Tema 1.234/STF. Julgado em: 13 fev. 2025. Disponível em: https://www5.tjmg.jus.br. Acesso em: 9 abr. 2026.

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DE MINAS GERAIS. Agravo de Instrumento-Cv 1.0000.25.104369-1/001. Relator(a): Des.(a) Carlos Henrique Perpétuo Braga, 19ª Câmara Cível, julgamento em 26/06/2025, publicação em 03/07/2025. Disponível em: https://www5.tjmg.jus.br/jurisprudencia/relatorioEspelhoAcordao.do?numeroUnico=1.000 0.25.104369-1%2F001. Acesso em: 09 abr. 2026.

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DE MINAS GERAIS. Agravo de Instrumento-Cv 1.0000.24.432648-4/001. Relator(a): Des.(a) Raimundo Messias Júnior, 2ª Câmara Cível, julgamento em 18/03/2025, publicação em 27/03/2025. Disponível em: https://www5.tjmg.jus.br/jurisprudencia/relatorioEspelhoAcordao.do?numeroUnico=1.000 0.24.432648-4%2F001. Acesso em: 08 set. 2026.

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DE MINAS GERAIS. Procedimento Comum Cível n. XXXXX-61.2024.8.13.0518. Comarca de Poços de Caldas. Nivolumabe + Cabozantinibe — Carcinoma renal — NAT-Jus favorável — Procedência. 2024-2025. Disponível em: https://www.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/tj-mg/4263694567. Acesso em: 9 abr. 2026.