



***Governança federativa da judicialização: Custeio e acesso a medicamentos após o Tema
1.234 do STF***

*Federative governance of health litigation: Funding and access to medicines after STF Theme
1,234*

Gobernanza federativa de los litigios sanitarios: financiación y acceso a los medicamentos tras la
sentencia del STF n.º 1.234

***Erinaldo Alves dos Santos¹; Aldeone Pereira Silva²; Lourival Antônio Simões de Farias³; Jesus
de Sousa Cartaxo⁴; Fernanda Fernandes Barbosa⁵; Gutemberg de Oliveira Bandeira⁶; Evilásio
Leite de Oliveira Segundo⁷ e Letícia Vieira de França⁸***

RESUMO: O artigo analisa a reorganização da judicialização de medicamentos produzida pelo Tema 1.234 da repercussão geral do Supremo Tribunal Federal, examinando seus efeitos sobre coordenação federativa, custeio público e acesso ao Sistema Único de Saúde. Desenvolveu-se pesquisa qualitativa, exploratória e analítico-explicativa, mediante revisão bibliográfica e análise documental e jurisprudencial de decisões do STF, atos do Ministério da Saúde, pactuações interfederativas e instrumentos do Conselho Nacional de Justiça, com recorte principal entre 2024 e agosto de 2026. Os resultados indicam que a responsabilidade sanitária solidária passou a operar mediante arquitetura que articula competência jurisdicional, financiamento, ressarcimento, avaliação tecnológica, evidência científica, controle de preços, informação e cooperação administrativa. A atualização específica dos medicamentos oncológicos em 2026 confirma o caráter dinâmico do modelo. Identificou-se, contudo, tensão entre racionalização sistêmica e acessibilidade individual, especialmente em contextos de desigualdade territorial, digital e informacional. Conclui-se que o Tema 1.234 constitui avanço na organização federativa da judicialização, mas sua legitimidade depende de salvaguardas capazes de impedir que a complexidade interna do Estado seja transferida ao paciente, preservando-se acesso territorialmente adequado, assistência jurídica acessível e espaço para apreciação clínica individualizada.

Palavras-chave: assistência farmacêutica, ressarcimento interfederativo, equidade territorial, incorporação de tecnologias, capacidade estatal

ABSTRACT: This article analyzes the reorganization of pharmaceutical litigation resulting from Theme 1,234 of the Brazilian Federal Supreme Court's general repercussion system, focusing on its effects on federative coordination, public funding, and access to Brazil's Unified Health System. A qualitative, exploratory, and analytical-explanatory study was conducted through bibliographic review and documentary and case-law analysis of Supreme Court decisions, Ministry of Health regulations, interfederative agreements, and instruments developed by the National Council of Justice, with particular emphasis on the period from 2024 to August 2026. The findings indicate that joint federative responsibility for healthcare has been reorganized through an institutional architecture combining jurisdiction, financing, reimbursement, health technology assessment, scientific evidence, price control, information sharing, and administrative cooperation. The specific restructuring of oncology medicines in 2026 confirms the dynamic nature of the model. However, a tension remains between systemic rationalization and individual accessibility, particularly in contexts marked by territorial, digital, and informational inequalities. The study concludes that Theme 1,234 represents progress in organizing federative health litigation, but its legitimacy depends on safeguards preventing the internal complexity of the State from being

¹Doutorando em Planejamento e Dinâmicas Territoriais no Semiárido pela Universidade do Estado do Rio Grande do Norte, Mossoró, Rio Grande do Norte. ORCID: 0009-0008-6108-2691. E-mail: erinaldoasantos9@gmail.com.

²Mestre em Sistemas Agroindustriais pela Universidade Federal de Campina Grande, Pombal, Paraíba. ORCID: 0009-0002-4282-0763. E-mail: aldeonesocial2026@gmail.com.

³Mestre em Sistemas Agroindustriais pela Universidade Federal de Campina Grande, Pombal, Paraíba. ORCID: 0009-0006-7187-8488. E-mail: farias.lourival@hotmail.com.

⁴Doutor em Ciência da Saúde pela Faculdade de Medicina do ABC (FMABC), Santo André, São Paulo. ORCID: 0000-0002-2869-9576. E-mail: jcartaxoadv@gmail.com.

⁵Mestre em Sistemas Agroindustriais pela Universidade Federal de Campina Grande, Pombal, Paraíba. ORCID: 0000-0002-8707-9799. E-mail: nandafernandesrn@hotmail.com.

⁶Mestre em Gestão de Sistemas Agroindustriais pela Universidade Federal de Campina Grande. ORCID: 0009-0007-8410-0234. E-mail: gutembergbandeira2@gmail.com.

⁷Pós-graduando em Direito Penal e Processual Penal pela Universidade Federal de Campina Grande, Campina Grande, Paraíba. ORCID: 0009-0001-0355-3597. E-mail: evilasio-segundo@hotmail.com.

⁸Graduanda em Direito pela Faculdade Gilgal, Sousa, Paraíba. ORCID: 0009-0002-9944-6223. E-mail: leticiavieiradefranca1@gmail.com.

transferred to patients while preserving territorially adequate access, effective legal assistance, and room for individualized clinical assessment.

Keywords: pharmaceutical assistance, interfederative reimbursement, territorial equity, health technology assessment, state capacity.

RESUMEN: Este artículo analiza la reorganización de los litigios farmacéuticos derivada del Tema 1.234 del sistema de repercusión general del Tribunal Supremo Federal de Brasil, centrándose en sus efectos sobre la coordinación federativa, la financiación pública y el acceso al Sistema Único de Salud de Brasil. Se llevó a cabo un estudio cualitativo, exploratorio y analítico-explicativo mediante una revisión bibliográfica y un análisis documental y jurisprudencial de las resoluciones del Tribunal Supremo, las normativas del Ministerio de Sanidad, los acuerdos interfederativos y los instrumentos elaborados por el Consejo Nacional de Justicia, con especial énfasis en el periodo comprendido entre 2024 y agosto de 2026. Los resultados indican que la responsabilidad federativa conjunta en materia de asistencia sanitaria se ha reorganizado mediante una arquitectura institucional que combina la competencia jurisdiccional, la financiación, el reembolso, la evaluación de tecnologías sanitarias, la evidencia científica, el control de precios, el intercambio de información y la cooperación administrativa. La reestructuración específica de los medicamentos oncológicos en 2026 confirma el carácter dinámico del modelo. Sin embargo, persiste una tensión entre la racionalización sistémica y la accesibilidad individual, especialmente en contextos marcados por desigualdades territoriales, digitales e informativas. El estudio concluye que el Tema 1.234 supone un avance en la organización de la contenciosa sanitaria federativa, pero su legitimidad depende de que existan salvaguardias que impidan que la complejidad interna del Estado se traslade a los pacientes, al tiempo que se preserve un acceso territorialmente adecuado, una asistencia jurídica eficaz y un margen para la evaluación clínica individualizada.

Palabras clave: asistencia farmacéutica, reembolso interfederativo, equidad territorial, evaluación de tecnologías sanitarias, capacidad del Estado.

1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A judicialização brasileira do acesso a medicamentos alcançou um estágio em que o problema já não pode ser descrito adequadamente apenas como confronto entre necessidade terapêutica individual e restrição orçamentária estatal. O crescimento das demandas, a sofisticação tecnológica dos tratamentos e a estrutura descentralizada do Sistema Único de Saúde transformaram a litigância sanitária também em problema de organização institucional.

Já não se discute somente se determinado paciente possui direito a receber um fármaco. Discute-se qual ente deve responder, quem deve financiar a prestação, perante qual ramo do Judiciário a demanda será processada, como eventuais desembolsos serão compensados e qual peso deve ser atribuído às escolhas técnicas da política pública.

Esse deslocamento tornou-se particularmente visível com o Tema 1.234 da repercussão geral. A controvérsia que inicialmente parecia concentrada na presença da União no polo passivo e na competência da Justiça Federal passou a abrigar questões de custeio, ressarcimento, controle do preço de aquisição, análise administrativa, avaliação tecnológica e compartilhamento de dados. Em lugar de uma regra isolada de competência, formou-se progressivamente uma arquitetura destinada a organizar o percurso administrativo e judicial das demandas por medicamentos.

A evolução posterior ao julgamento reforça essa leitura. Em fevereiro de 2026, o Supremo voltou ao Tema 1.234 para homologar solução específica referente aos medicamentos utilizados em tratamentos oncológicos. Em julho do mesmo ano, a aplicação dos Temas 6, 500 e 1.234 foi

sistematizada em material operacional destinado aos atores da judicialização, enquanto nova cooperação entre Conselho Nacional de Justiça e Defensoria Pública da União buscou facilitar atendimento em localidades sem unidade da assistência jurídica federal.

É nesse ponto que se localiza o problema deste estudo. Se o novo modelo pretende racionalizar a judicialização e corrigir distorções na repartição de encargos, sua avaliação não pode limitar-se a verificar se as teses fixadas pelo Supremo são juridicamente coerentes. É necessário investigar quem absorve os custos da reorganização e se a eficiência obtida no interior da federação altera o percurso de quem procura proteção.

Um sistema pode distribuir melhor a responsabilidade financeira entre os entes federativos e, simultaneamente, tornar mais complexo o caminho do paciente. Pode aumentar a uniformidade decisória e elevar o ônus técnico de demonstração da pretensão. Pode corrigir a transferência aleatória de despesas a estados e municípios e, ao mesmo tempo, concentrar determinadas demandas em estruturas federais territorialmente menos capilarizadas.

Dessa constatação deriva a pergunta central: em que medida o modelo instituído a partir do Tema 1.234 consegue compatibilizar proteção judicial do acesso a medicamentos, coordenação federativa e racionalidade do financiamento do SUS sem produzir novas barreiras territoriais, processuais ou informacionais ao usuário?

O objetivo geral consiste em analisar o Tema 1.234 como arranjo de governança da judicialização de medicamentos, com ênfase em três dimensões interdependentes: reorganização das responsabilidades federativas, distribuição do custeio e preservação do acesso efetivo. A hipótese submetida à investigação é a de que o precedente não extingue a solidariedade sanitária, mas procura convertê-la de responsabilidade processualmente difusa em responsabilidade operacionalmente coordenada.

Metodologicamente, a pesquisa articula análise documental e jurisprudencial com revisão de literatura sobre federalismo sanitário, judicialização, capacidades estatais e governança colaborativa. O argumento se desenvolve pela reconstrução do problema federativo, pela identificação dos mecanismos do Tema 1.234 e pelo confronto de seus efeitos institucionais com evidências sobre financiamento, acesso à justiça e desigualdade territorial.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1. FEDERALISMO SANITÁRIO ENTRE AUTONOMIA E COORDENAÇÃO

O Sistema Único de Saúde possui característica estrutural que condiciona tanto sua capacidade administrativa quanto os conflitos produzidos por sua judicialização: uma política nacional e

universal é implementada em federação marcada por autonomia política, descentralização e fortes desigualdades de capacidade fiscal e administrativa. O direito é nacional, mas a execução se distribui entre organizações pertencentes a diferentes níveis de governo (Dourado; Dallari; Elias, 2013).

Dourado e Elias (2011) demonstram que a regionalização sanitária exige coordenação intergovernamental justamente porque a descentralização não elimina a necessidade de decisões conjuntas. A autonomia federativa não se confunde, portanto, com independência funcional. A efetividade de política dependente de União, estados e municípios pressupõe mecanismos capazes de coordenar responsabilidades sem suprimir a capacidade decisória de cada esfera.

Souza (2019) organiza o problema em pares de tensão especialmente úteis à análise da saúde: coordenação e cooperação, uniformidade e diversidade, autonomia e compartilhamento de autoridade, centralização e descentralização. Políticas nacionais precisam produzir algum grau de uniformidade na garantia de direitos, mas operam em territórios fiscal e administrativamente heterogêneos.

Essa assimetria é particularmente sensível no plano municipal. Ramos, Ramos e Queiroz (2020) mostram que o federalismo sanitário brasileiro atribui protagonismo aos municípios, embora muitos dependam intensamente de transferências intergovernamentais para executar as responsabilidades assumidas. A equivalência constitucional entre entes não corresponde a equivalência concreta de capacidades.

A dificuldade se amplia quando o Judiciário interfere sobre a implementação da política. Uma decisão individual pode impor obrigação concreta a determinado ente, embora o financiamento ou a responsabilidade administrativa pertença total ou parcialmente a outro. Surge, então, distância entre a porta processual escolhida pelo cidadão e a arquitetura administrativa do SUS.

O Tema 793 do STF representa marco desse estágio. Ao reafirmar a responsabilidade solidária dos entes pelas prestações de saúde, o Tribunal também determinou que o cumprimento fosse direcionado segundo as regras de descentralização e hierarquização, com ressarcimento a quem suportasse o ônus financeiro (STF, 2019). A solidariedade, assim, não significava inexistência de divisão funcional, mas baixa institucionalização de sua operacionalização.

O Tema 1.234 deve ser lido a partir dessa insuficiência. Seu significado não reside simplesmente em substituir solidariedade por repartição de competências. O que se observa é tentativa de tornar mais explícito aquilo que o modelo anterior deixava, em grande medida, para depois do processo: identificar a esfera jurisdicional, o responsável financeiro, os critérios de transferência e os parâmetros técnicos que condicionam a decisão.

2.2. JUDICIALIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS: PROTEÇÃO INDIVIDUAL E EFEITOS SISTÊMICOS

A literatura brasileira não autoriza descrição unidimensional da judicialização da saúde. Reduzi-la a privilégio individual que desorganiza a política pública ignora situações em que a demanda decorre do descumprimento de prestação já incorporada. Trata-la como simples concretização do direito fundamental, por outro lado, desconsidera repercussões distributivas, compras emergenciais, incorporação tecnológica e deslocamentos orçamentários (Diniz; Carvalho, 2024).

Esse dissenso aparece nos estudos de acesso. Silva e Terrazas (2011) encontraram, em São Paulo, elementos que questionavam a ideia de que a via judicial democratizaria o acesso aos serviços. Em sentido distinto, Biehl, Socal e Amon (2016), examinando 1.262 ações no Rio Grande do Sul, identificaram litigantes pobres e dependentes de representação estatal. A diferença entre os achados demonstra que a judicialização é territorial e institucionalmente heterogênea.

Vieira (2023) reconhece a relevância da atuação judicial quando o Estado deixa de oferecer prestações já devidas, mas aponta que decisões envolvendo tecnologias não incorporadas podem interferir na alocação planejada da assistência farmacêutica. Em 2019, pequena quantidade de medicamentos concentrou parcela expressiva dos recursos federais destinados ao componente especializado, evidenciando potencial impacto coletivo das decisões individuais.

Oliveira et al. (2021), ao analisar 987 processos no Rio Grande do Norte, encontraram 56,9% dos autores residentes no interior e predominância de assistência jurídica pública. Entre 1.517 medicamentos requeridos, 61,7% não estavam na Rename. O estudo também registrou bloqueio de recursos como forma frequente de cumprimento, prática eficiente para o caso individual, mas potencialmente perturbadora do planejamento administrativo.

Socal, Amon e Biehl (2020) acrescentam variável institucional relevante: a presença de Defensoria Pública esteve associada a probabilidade muito maior de determinado município apresentar ações por medicamentos. O acesso ao Judiciário depende, portanto, não apenas da existência abstrata do direito, mas da infraestrutura disponível para transformar necessidade sanitária em demanda juridicamente formulada.

No plano técnico, Chieffi, Barradas e Golbaum (2017) verificaram em São Paulo crescimento das ações e pedidos envolvendo medicamentos já ofertados ou prescritos em desacordo com protocolos. Lyra et al. (2021), em revisão sistemática de 45 estudos, identificaram elevada heterogeneidade metodológica na literatura sobre medicamentos judicializados. Esses achados

justificam cautela com decisões apoiadas exclusivamente na prescrição individual ou em generalizações sobre o perfil dos litigantes.

Pepe et al. (2026), ao analisar 912 ações relativas a doenças raras contra a União, encontraram decisões majoritariamente favoráveis, mas reduzida indicação de inserção dos demandantes no cuidado regular do SUS. O dado reforça a ideia de que o fornecimento judicial de um produto não necessariamente resolve a coordenação assistencial do paciente.

A literatura mais recente já registra dificuldades de assimilação dos novos parâmetros. Figueiredo, Castro e Paes-Sousa (2026) mostram que reclamações constitucionais passaram a funcionar como mecanismo relevante para fazer observar os Temas 6 e 1.234, revelando que a uniformização formal não produz implementação imediata. O problema contemporâneo desloca-se, assim, da mera existência do precedente para sua capacidade de organizar comportamentos institucionais.

2.3. GOVERNANÇA COLABORATIVA E CAPACIDADES ESTATAIS APLICADAS À JUDICIALIZAÇÃO

A noção de governança é útil porque permite analisar problemas nos quais nenhuma instituição possui, isoladamente, todos os recursos e competências necessários. Emerson, Nabatchi e Balogh (2012) descrevem a governança colaborativa como estrutura de interação capaz de produzir capacidade de ação conjunta, compartilhamento de decisões e adaptação entre organizações interdependentes.

No campo da saúde, o diálogo entre sistema de justiça e sistema sanitário já vinha sendo apontado como resposta possível às sucessivas fases da judicialização. Cunha e Farranha (2022) observam que a evolução da jurisprudência do STF passou progressivamente a incorporar preocupações relativas à política pública, ao conhecimento técnico e à coordenação institucional.

O Tema 1.234 oferece caso incomum em que a categoria governança não resulta apenas de interpretação teórica externa. A Súmula Vinculante 60 determina que requerimento administrativo, judicialização e seus desdobramentos observem os acordos interfederativos e seus fluxos homologados pelo STF em “governança judicial colaborativa” (STF, 2024c).

Essa expressão altera a unidade de análise adequada. Se a tese fosse apenas processual, bastaria perguntar qual Justiça é competente e quem integra o polo passivo. Como o arranjo alcança incorporação tecnológica, financiamento, aquisição, precificação, fluxo de dados, execução e ressarcimento, sua avaliação precisa considerar a capacidade das engrenagens funcionarem coordenadamente.

Governança, contudo, não é sinônimo automático de eficiência. Mais atores e mais procedimentos podem reduzir arbitrariedade e, ao mesmo tempo, elevar custos de coordenação. Sistemas de informação aumentam rastreabilidade, mas criam dependência de infraestrutura digital. Critérios técnicos qualificam a decisão e podem ampliar assimetrias entre litigantes se não forem acompanhados de assistência adequada.

3. METODOLOGIA

3.1. CARACTERIZAÇÃO METODOLÓGICA

A investigação possui abordagem qualitativa, caráter exploratório e orientação analítico-explicativa. Optou-se por não classificá-la apenas como aplicação dedutiva de normas a casos particulares, pois o objetivo é reconstruir um arranjo institucional em formação, identificar seus componentes e interpretar as relações estabelecidas entre competência jurisdicional, financiamento, técnica sanitária e acesso.

Foram empregados dois procedimentos complementares: pesquisa documental-jurisprudencial e revisão bibliográfica orientada pelo problema. A análise documental foi escolhida porque parte significativa do objeto se materializa em documentos que não apenas descrevem a política, mas efetivamente a constituem: acórdãos, teses de repercussão geral, súmulas vinculantes, acordos interfederativos, portarias ministeriais e instrumentos do Conselho Nacional de Justiça.

Bowen (2009) destaca que a análise documental qualitativa pressupõe seleção, exame e interpretação sistemática das fontes, consideradas em seu contexto e finalidade. Sá-Silva, Almeida e Guindani (2009) igualmente ressaltam que o documento demanda crítica de autoria, natureza, confiabilidade e relação com o contexto de produção. Esses parâmetros orientaram a hierarquia das fontes utilizada no estudo.

3.2. CORPUS DOCUMENTAL E RECORTE TEMPORAL

O corpus jurisprudencial compreendeu prioritariamente os Temas 793, 500, 6 e 1.234 da repercussão geral, com especial atenção ao RE 1.366.243 e às Súmulas Vinculantes 60 e 61. Foram utilizados registros oficiais do Supremo Tribunal Federal para reconstrução das teses, modulações e alterações posteriores.

No plano administrativo, examinaram-se a Lei nº 8.080/1990, a Portaria GM/MS nº 6.212/2024, a disciplina do Componente da Assistência Farmacêutica em Oncologia e atos de implementação produzidos entre 2025 e 2026. Também foram considerados documentos do CNJ

relativos aos Temas 6 e 1.234, ao JudSaúde e ao Termo de Cooperação Técnica nº 36/2026 celebrado com a Defensoria Pública da União.

O recorte analítico principal estende-se de junho de 2024 a 29 de agosto de 2026. Documentos anteriores foram mobilizados quando indispensáveis à reconstrução do modelo, especialmente o Tema 793 e estudos empíricos sobre judicialização. O termo final permite incorporar a atualização oncológica referendada em fevereiro de 2026 e os mecanismos operacionais instituídos no mesmo ano.

3.3. ESTRATÉGIA DE ANÁLISE

Os documentos foram examinados em cinco categorias: competência e legitimidade processual; financiamento e ressarcimento; avaliação técnico-científica e controle da decisão administrativa; infraestrutura informacional e cooperação institucional; e acessibilidade territorial e jurídica. A decomposição permitiu evitar leitura exclusivamente dogmática do precedente.

A revisão bibliográfica foi dirigida às mesmas categorias, priorizando periódicos científicos e trabalhos recentes sobre federalismo sanitário, judicialização de medicamentos, governança, acesso à justiça e avaliação de tecnologias em saúde. A triangulação ocorreu mediante confronto entre norma, evidência empírica e resposta institucional.

Assim, a alteração de competência foi analisada em conjunto com estudos sobre localização dos litigantes e presença de assistência jurídica; o regime de ressarcimento foi confrontado com dados sobre despesas subnacionais; e as exigências técnico-científicas foram relacionadas à literatura sobre qualidade das evidências empregadas na judicialização.

3.4. LIMITAÇÕES DA PESQUISA

A pesquisa não pretende medir causalmente os efeitos do Tema 1.234 sobre o número de processos ou sobre o gasto nacional agregado. Os atos de 2026 são recentes, a infraestrutura institucional permanece em implementação e não existe série temporal suficientemente consolidada para atribuir ao precedente variações posteriores.

Por essa razão, potenciais benefícios ou barreiras são tratados como inferências institucionais fundamentadas. Quando determinada iniciativa sugere reconhecimento de um problema, como o modelo de atendimento da DPU em subseções sem presença física da instituição, a evidência demonstra preocupação operacional, mas não autoriza, isoladamente, quantificar a magnitude do impacto.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1. DA SOLIDARIEDADE PROCESSUAL À COORDENAÇÃO INSTITUCIONAL

A comparação entre os Temas 793 e 1.234 revela continuidade constitucional acompanhada de mudança operacional. No primeiro, o STF reafirmou a responsabilidade solidária dos entes e, simultaneamente, reconheceu que o cumprimento deveria respeitar as regras de descentralização e hierarquização. O problema prático residia em realizar esse direcionamento sem transformar cada processo em disputa posterior entre governos (STF, 2019).

O Tema 1.234 procura internalizar parte desse conflito no próprio desenho institucional. Para medicamentos abrangidos pela tese, a competência deixa de depender apenas de quem foi escolhido pelo autor para figurar no polo passivo e passa a considerar, entre outros parâmetros, o valor anual do tratamento calculado pelo Preço Máximo de Venda ao Governo. Paralelamente, o modelo disciplina custeio, ressarcimento e teto de aquisição (STF, 2024b; STF, 2026).

Não é rigoroso, portanto, afirmar que o Tema 1.234 tenha simplesmente eliminado a solidariedade. A competência comum permanece no plano constitucional e o modelo admite participação operacional de entes subnacionais em situações necessárias ao cumprimento. O que se altera é a maneira pela qual a solidariedade é processada e compensada.

A mudança pode ser descrita como passagem de solidariedade com baixa diferenciação na porta de entrada do processo para solidariedade submetida a regras mais densas de coordenação. A responsabilização estatal permanece, mas o sistema procura distinguir quem julga, quem compra, quem paga, quem cumpre de forma supletiva e quem deve ressarcir.

Quadro 1 – Mudança institucional da judicialização de medicamentos

Dimensão	Modelo associado ao Tema 793	Modelo estruturado pelos Temas 6 e 1.234
Responsabilidade	Solidariedade federativa ampla	Solidariedade articulada a fluxos de competência e custeio
Competência judicial	Forte influência da composição do polo passivo	Critérios objetivos ligados ao tipo de medicamento e ao valor anual
Custeio	Ônus imediato do ente demandado, com ressarcimento posterior	Identificação mais detalhada do responsável financeiro e dos repasses
Decisão técnica	Maior heterogeneidade decisória	Integração com Conitec, NatJus e medicina baseada em evidências
Preço	Maior exposição a compras fragmentadas	Teto vinculado ao PMVG e a parâmetros de compras públicas
Informação	Bases e processos dispersos	Plataforma, guias e ferramentas nacionais de apoio
Relação institucional	Cooperação pouco estruturada	Governança judicial colaborativa formalmente reconhecida

Fonte: elaboração própria a partir dos Temas 793, 6 e 1.234 e da Súmula Vinculante 60 (2026).

O aspecto mais relevante do quadro é o deslocamento do objeto regulado. O STF passa a disciplinar o ciclo da judicialização, conectando atos antes tratados de forma quase independente. A decisão judicial passa a conversar com a política de incorporação tecnológica, o financiamento com o ressarcimento e a competência processual com o custo anual do tratamento.

Essa solução aproxima a judicialização da lógica de implementação de política pública. A pergunta deixa de ser apenas quem possui dever constitucional e passa a incluir qual arquitetura institucional consegue realizar esse dever com menor descoordenação, sem transformar o cidadão em responsável por reconstruir previamente a repartição administrativa do SUS.

4.2. O TEMA 1.234 COMO ARQUITETURA DE GOVERNANÇA

A expressão utilizada pela Súmula Vinculante 60 oferece chave interpretativa clara. Ao determinar observância dos acordos e fluxos em “governança judicial colaborativa”, o STF reconhece que o modelo se sustenta em interação entre instituições, e não exclusivamente em comando judicial vertical (STF, 2024c).

A governança apresenta dimensão jurisdicional. A tese estabelece critério de competência para medicamentos não incorporados e, após a atualização de 2026, disciplina específica para medicamentos oncológicos. O valor anual do tratamento, calculado segundo o PMVG, deixa de ser apenas elemento econômico e passa também a influenciar a definição do ramo do Judiciário competente (STF, 2026).

Existe, ainda, dimensão financeira. O arranjo identifica hipóteses de custeio federal e prevê ressarcimento aos entes subnacionais quando suportam despesas em ações que permanecem na Justiça Estadual. A Portaria GM/MS nº 6.212/2024 transformou parte desse desenho em fluxo administrativo de repasses, inclusive com percentual de 65% para determinada faixa de ações (MS, 2024).

A terceira dimensão é econômico-regulatória. A tese utiliza preços negociados, parâmetros de compras públicas e PMVG para limitar a aquisição judicial. A regra procura impedir que a urgência do cumprimento permita pagamentos acima dos referenciais aplicáveis ao Poder Público.

A quarta dimensão é técnico-científica. O Tema 6, articulado ao Tema 1.234 e à Súmula Vinculante 61, estabelece que o fornecimento de medicamento registrado, mas não incorporado, é excepcional. Exige negativa administrativa, análise da legalidade da não incorporação ou da mora, inexistência de substituto, evidência científica de alto nível, imprescindibilidade clínica e incapacidade financeira (STF, 2024a).

A quinta dimensão é informacional. O acordo prevê integração de dados administrativos e judiciais. Em julho de 2026, a cartilha divulgada pelo STF e pelo CNJ passou a orientar a aplicação conjunta dos Temas 6, 500 e 1.234 e a servir de base ao JudSaúde, ferramenta voltada ao cálculo das demandas e à definição de competência (CNJ, 2026a).

Tomadas em conjunto, essas dimensões mostram que a novidade não é uma regra isolada. Formou-se interface entre processo judicial e política farmacêutica: a judicialização passa a receber informações, critérios econômicos e decisões provenientes da gestão; em sentido inverso, seus resultados devem alimentar fluxos e dados utilizados pela Administração.

4.3. CUSTEIO E RESSARCIMENTO: QUEM SUPORTA O CUSTO DA JUDICIALIZAÇÃO?

A dimensão financeira é o ponto em que a nova governança apresenta justificativa mais mensurável. Quando decisão judicial impõe a um ente despesa que, segundo a organização da política, deveria ser financiada por outro, forma-se externalidade federativa. O direito individual pode ser atendido, mas a conta é absorvida por orçamento não planejado para aquele tratamento.

Pesquisa conduzida por Vieira et al. (2025) com estados e municípios participantes mostrou que, em 2023, medicamentos judicializados corresponderam, em média, a 8,4% do gasto total com medicamentos nos municípios com série consistente e a 32,9% no conjunto dos estados analisados. Entre dez estados com informações consistentes entre 2019 e 2023, o gasto judicializado chegou a R\$ 1,72 bilhão no último ano.

Os números não constituem estimativa nacional, mas evidenciam a assimetria do problema. A mesma obrigação judicial produz efeitos muito distintos em orçamentos com capacidades fiscais diversas. A racionalização do custeio não é, portanto, preocupação externa ao direito à saúde; integra as condições institucionais necessárias para que a política permaneça sustentável.

A Portaria GM/MS nº 6.212/2024 transforma parte da tese judicial em engenharia financeira. Além de disciplinar faixas de ressarcimento, documentos e repasses fundo a fundo, procura aproximar a responsabilidade financeira das competências definidas nos acordos interfederativos (MS, 2024).

Há, entretanto, diferença relevante entre possuir direito ao ressarcimento e recebê-lo de maneira tempestiva e operacionalmente simples. Se município ou estado cumpre decisão de elevado valor e mantém a despesa em seu caixa por período significativo antes da compensação federal, a regra corrige a responsabilidade contábil, mas não elimina integralmente a pressão de liquidez.

A eficácia da solução depende, assim, não apenas do percentual previsto, mas do prazo, da documentação, da capacidade administrativa para instruir o pedido e da previsibilidade do repasse.

Municípios estruturalmente menores podem experimentar maior dificuldade para operar mecanismos formalmente iguais.

Na oncologia, o problema assumiu configuração própria. A Portaria GM/MS nº 8.477/2025 instituiu o Componente da Assistência Farmacêutica em Oncologia, com organização específica de financiamento e aquisição. Em fevereiro de 2026, o STF referendou acordo da Comissão Intergestores Tripartite que alterou o Tema 1.234 unicamente quanto aos tratamentos oncológicos, confirmando o caráter adaptativo do arranjo (MS, 2025; STF, 2026).

A questão federativa muda de natureza. Em vez de perguntar simplesmente se todos os entes são responsáveis pelo direito à saúde, torna-se necessário evitar que a cooperação constitucional se converta em transferência desordenada de encargos para o ente processualmente mais próximo do cidadão.

4.4. EVIDÊNCIA CIENTÍFICA, CONITEC E DECISÃO CLÍNICA INDIVIDUAL

A articulação entre os Temas 6 e 1.234 modifica a forma pela qual o Judiciário se relaciona com a decisão técnica do SUS. O debate deixa de ser oposição simplificada entre laudo médico e orçamento público. A análise passa a exigir trajetória administrativa da tecnologia, alternativas existentes, evidência disponível e legalidade do ato de não incorporação (STF, 2024a).

A distinção é necessária porque prescrição clínica e incorporação pública respondem a perguntas diferentes. O médico assistente avalia o tratamento do paciente que acompanha. A política de incorporação precisa avaliar eficácia, segurança, efetividade, alternativas e impacto para população potencialmente beneficiária. Confundir essas funções enfraquece tanto a clínica quanto a política pública.

O Tema 6 reconhece essa diferença ao exigir evidência científica de alto nível e ao determinar que o magistrado consulte NatJus ou expertise técnica equivalente. Também impede decisão fundada unicamente em prescrição ou laudo juntado pelo autor. A atuação judicial passa a depender de contraditório técnico mais estruturado (STF, 2024a).

A valorização da evidência não autoriza, contudo, equiparar avaliação de incorporação tecnológica e decisão clínica individual. O médico que acompanha longitudinalmente o paciente dispõe de informações sobre evolução da doença, respostas terapêuticas anteriores, contraindicações e circunstâncias específicas que uma avaliação populacional não necessariamente reproduz.

As duas formas de conhecimento devem ser complementares. A avaliação da Conitec constitui parâmetro técnico qualificado e não pode ser afastada pela mera existência de prescrição. Em

contrapartida, não deve funcionar como presunção absoluta contra tratamento individualizado quando documentação clínica robusta demonstra particularidade relevante.

Essa cautela é especialmente importante em doenças raras e contextos nos quais a evidência tende a ser mais limitada. Pepe et al. (2026) mostram que a judicialização pode proporcionar acesso, mas também evidenciam a necessidade de monitoramento, segurança e integração do paciente ao cuidado regular do SUS.

O equilíbrio mais consistente exige que o médico assistente fundamente a imprescindibilidade individual, que o Judiciário submeta essa fundamentação ao apoio técnico independente e que a Administração exponha de forma transparente as razões científicas e regulatórias de sua decisão. Padronização e individualização, nesse desenho, não são mutuamente excludentes.

4.5. FEDERALIZAÇÃO E EQUIDADE TERRITORIAL NO ACESSO À JUSTIÇA

A regra de competência do Tema 1.234 pretende aproximar o processo do ente responsável pelo financiamento das demandas de maior impacto econômico. Sob a ótica federativa, a solução possui racionalidade: se a União assume determinadas prestações e ressarcimentos, sua participação processual pode reduzir desalinhamentos entre quem se defende, quem decide e quem paga.

A avaliação muda quando observada pelo território. Oliveira et al. (2021) encontraram maioria de autores residentes no interior do Rio Grande do Norte. O estudo antecede o Tema 1.234 e não mede seu impacto, mas demonstra que a judicialização de medicamentos não se limita às capitais. A geografia do sistema de justiça integra as condições concretas de exercício do direito.

O problema já havia sido identificado em análise específica do Tema 1.234. Villas-Bôas e Cunha Júnior (2024) apontaram que a federalização de determinadas demandas exigiria maior interiorização da Defensoria Pública da União, cuja estrutura não acompanha de forma homogênea a capilaridade da Justiça e da população usuária do SUS.

Em julho de 2026, CNJ e DPU celebraram o Termo de Cooperação Técnica nº 36/2026 justamente para estabelecer modelo nacional de atendimento inicial em subseções judiciárias sem unidade ou núcleo regional da DPU. O acordo prevê espaço físico e suporte técnico para atendimento por webconferência, com prioridade às demandas de medicamentos federalizadas pelo Tema 1.234 (CNJ, 2026b).

O acordo não prova que a federalização tenha produzido redução mensurável do acesso. Seu significado é mais preciso: as próprias instituições reconheceram a necessidade de criar solução específica para a diferença entre competência jurídica e presença territorial da assistência jurídica federal.

A webconferência pode reduzir distância para parcela relevante da população, mas não equivale automaticamente à acessibilidade. Municípios menores ainda convivem com limitações de conectividade, baixa alfabetização digital, ausência de equipamentos adequados e dificuldade de organização documental. A digitalização pode diminuir barreiras para alguns usuários e ampliá-las para outros.

A partir daí, torna-se útil trabalhar com a ideia de custo de transação do jurisdicionado. A reorganização pode reduzir custos administrativos do Estado, mas será incompleta se parte da complexidade for transferida ao paciente. Esse custo inclui identificar o ramo competente, obter negativa administrativa, reunir documentação técnica, localizar assistência jurídica, manejar plataformas e acompanhar procedimentos de múltiplas instituições.

Propõe-se, nesse contexto, um princípio analítico de internalização da complexidade federativa: conflitos de competência, financiamento e ressarcimento inerentes ao federalismo sanitário devem ser solucionados prioritariamente dentro da estrutura estatal, evitando que o cidadão suporte custos informacionais e procedimentais decorrentes da divisão administrativa de responsabilidades.

4.6. A ATUALIZAÇÃO ONCOLÓGICA E A GOVERNANÇA EM CONSTRUÇÃO

A evolução dos medicamentos oncológicos confirma que o Tema 1.234 não deve ser tratado como precedente encerrado em 2024. O acordo original manteve espaço para disciplina própria do setor, e os entes continuaram negociando sua operacionalização.

Em 19 de fevereiro de 2026, o Plenário do STF referendou, por unanimidade, acordo firmado no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite que alterou parcelas da tese unicamente quanto aos medicamentos utilizados em tratamentos oncológicos, com modulação específica de efeitos (STF, 2026).

A excepcionalidade possui justificativa institucional. A política oncológica combina inovação rápida, custos elevados, serviços habilitados e formas específicas de aquisição e financiamento. A Portaria GM/MS nº 8.477/2025 estruturou componente próprio de assistência farmacêutica oncológica e estabeleceu fluxos que passaram a dialogar diretamente com a competência judicial (MS, 2025).

A atualização aproxima ainda mais política pública e jurisprudência. O STF estabelece marco vinculante, os entes negociam aspectos operacionais na CIT, a Administração converte o acordo em instrumentos de política e a Corte retorna para conferir força jurisdicional à solução. Trata-se de ciclo de governança, e não de decisão unilateral isolada.

Em julho de 2026, a cartilha divulgada pelo STF e pelo CNJ reuniu os Temas 6, 500 e 1.234 e passou a servir de base para o JudSaúde. A ferramenta reúne informações oficiais, calcula valor da demanda e auxilia a definição de competência, antecipando funcionalidades da Plataforma Nacional de Saúde (CNJ, 2026a).

A necessidade de guias, ferramentas e fluxos nacionais revela que o precedente não é autoexecutável. Existe uma política de implementação da jurisprudência. Figueiredo, Castro e Paes-Sousa (2026) já mostram que a assimilação dos novos parâmetros permanece sujeita a tensões e correções pela via da reclamação constitucional.

5. DISCUSSÃO INTEGRADA: QUATRO TENSÕES DA NOVA GOVERNANÇA

Os resultados permitem organizar o Tema 1.234 a partir de quatro tensões estruturais. Elas não constituem defeitos que possam ser eliminados por completo; representam escolhas que precisam ser administradas. O primeiro conflito opõe coordenação e autonomia, o segundo racionalidade financeira e necessidade individual, o terceiro deferência técnica e controle judicial, e o quarto uniformização nacional e desigualdade territorial.

Quadro 2 – Tensões estruturais da governança pós-Tema 1.234

Tensão	Ganho pretendido	Risco associado	Salvaguarda necessária
Coordenação x autonomia	Reduzir desorganização entre entes	Centralização excessiva ou rigidez	Pactuação federativa e revisão dos fluxos
Racionalidade financeira x necessidade individual	Melhorar previsibilidade e alocação	Transformar custo em fundamento automático de recusa	Preservação do controle concreto e da excepcionalidade fundamentada
Deferência técnica x controle judicial	Decisões baseadas em evidências	Blindagem indevida da Administração	Controle de legalidade, mora, fundamentação e contraditório técnico
Uniformização x desigualdade territorial	Padronizar critérios nacionais	Aumentar custos de acesso no interior	Assistência jurídica capilar, suporte presencial e ferramentas acessíveis

Fonte: elaboração própria (2026).

A primeira tensão envolve coordenação e autonomia. O federalismo sanitário depende de padrões nacionais suficientemente fortes para assegurar universalidade, mas também de governos subnacionais com responsabilidade de implementação. Solidariedade processual irrestrita pode proteger rapidamente o paciente e, ao mesmo tempo, desalinhar obrigação e financiamento; repartição impermeável pode transformar o usuário em responsável por compreender a engenharia administrativa.

A segunda tensão opõe racionalidade financeira e necessidade individual. Os dados disponíveis justificam preocupação séria com gastos judicializados, sobretudo no nível estadual. Entretanto, o fato de uma prestação ser onerosa não resolve juridicamente a demanda. A

racionalização é legítima quando permite avaliar tecnologia, negociar preço, planejar financiamento e distribuir responsabilidades, não quando o custo funciona como presunção automática de improcedência.

A terceira tensão relaciona deferência técnica e controle judicial. Os Temas 6 e 1.234 avançam ao rejeitar decisões apoiadas apenas em prescrição e ao exigir consideração das estruturas de avaliação tecnológica. Em contrapartida, centralidade da Conitec não pode significar imunidade da Administração. O próprio precedente preserva controle sobre legalidade, mora, motivação e adequação procedimental.

A quarta tensão é menos abstrata e mais territorial. A regra federal é uniforme, mas sua utilização ocorre em municípios com infraestrutura jurídica, conectividade e presença institucional muito diferentes. O acordo CNJ-DPU de 2026 é resposta concreta a esse problema e mostra que governança nacional exige mecanismos diferenciados para produzir acesso materialmente equivalente.

Desse conjunto resulta a proposição de que o Tema 1.234 transforma a judicialização de conflito predominantemente bilateral entre paciente e ente demandado em sistema institucional de múltiplas etapas e múltiplos atores. Sua qualidade deve ser avaliada pela capacidade de administrar, simultaneamente, informação clínica, decisão técnica, dinheiro público e acesso jurídico.

Esse diagnóstico também muda o critério de sucesso. Redução do número de ações, isoladamente, é indicador insuficiente. Um sistema pode diminuir processos porque a via administrativa passou a atender melhor os pacientes ou porque o procedimento se tornou excessivamente oneroso para os demandantes. Os resultados normativamente desejáveis são distintos.

O teste mais adequado para a nova governança é verificar se ela consegue reduzir descoordenação estatal sem aumentar fricção para o usuário. A coordenação federativa deveria, em larga medida, ser invisível para quem necessita do medicamento: recebido o pedido em estrutura pública acessível, cabe ao Estado solucionar internamente competência, custeio, aquisição e ressarcimento.

A perspectiva proposta não conduz a defesa irrestrita nem a rejeição do Tema 1.234. Ela reconhece a necessidade de racionalização e, simultaneamente, exige salvaguardas para que a complexidade federativa seja absorvida por instituições dotadas de capacidade técnica, e não deslocada para cidadãos que já enfrentam vulnerabilidade clínica, econômica ou informacional.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Tema 1.234 representa mudança relevante na forma pela qual o Estado brasileiro procura administrar a judicialização de medicamentos. Sua estrutura articula competência, financiamento, ressarcimento, critérios técnicos, incorporação de tecnologias, precificação, informação e cooperação institucional, compondo arranjo mais sofisticado do que a solidariedade processualmente indiferenciada que predominou em fases anteriores.

A racionalização responde a problema real. A responsabilidade solidária, sem mecanismos operacionais suficientemente estruturados, permitiu que estados e municípios suportassem despesas nem sempre compatíveis com as atribuições financeiras do SUS. Em federação profundamente desigual, regras mais claras de custeio e compensação podem proteger os próprios entes de menor capacidade fiscal.

Essa organização, porém, não deve transferir para o cidadão a complexidade interna da federação. A pessoa que necessita de tratamento não criou a repartição administrativa de responsabilidades e não deveria suportar, além da doença e da vulnerabilidade econômica, o ônus de identificar qual ente financia, qual ramo judicial é competente ou qual fluxo de ressarcimento será utilizado.

A preocupação é maior em municípios pequenos e regiões interiorizadas. Atendimento remoto e webconferência ampliam a cobertura institucional, mas não eliminam limitações de conectividade e alfabetização digital. A cooperação CNJ-DPU é importante salvaguarda, embora deva ser acompanhada de estruturas presenciais de apoio que tornem o acesso efetivamente utilizável por pessoas sem domínio tecnológico.

Na dimensão técnico-científica, a valorização da Conitec e da medicina baseada em evidências constitui avanço, desde que não elimine a apreciação clínica individualizada. A avaliação populacional deve orientar o controle jurisdicional, enquanto a fundamentação do médico assistente pode demonstrar, sob contraditório técnico, particularidades que tornem excepcionalmente inadequada a solução padronizada.

A posição resultante é favorável à racionalização promovida pelo Tema 1.234, mas condicionada a salvaguardas fortes de acessibilidade. A eficiência administrativa não deve ser obtida mediante deslocamento de custos informacionais, territoriais ou procedimentais para o paciente. A governança será verdadeiramente colaborativa quando simplificar a experiência do usuário e tornar a cooperação federativa predominantemente interna ao Estado.

Propõe-se, por isso, a internalização da complexidade federativa como parâmetro analítico: conflitos de competência, financiamento e ressarcimento devem ser resolvidos prioritariamente entre União, estados e municípios, por fluxos integrados e pontos de entrada acessíveis. O critério decisivo

de êxito do novo modelo é sua capacidade de reduzir a descoordenação estatal sem aumentar a dificuldade de acesso ao medicamento necessário.

REFERÊNCIAS

BIEHL, João; SOCAL, Mariana P.; AMON, Joseph J. The judicialization of health and the quest for state accountability: evidence from 1,262 lawsuits for access to medicines in Southern Brazil.

Health and Human Rights, v. 18, n. 1, p. 209-220, 2016. Disponível em:

<https://www.hhrjournal.org/2016/04/27/the-judicialization-of-health-and-the-quest-for-state-accountability-evidence-from-1262-lawsuits-for-access-to-medicines-in-southern-brazil/>. Acesso em: 29 ago. 2026.

BOWEN, Glenn A. Document analysis as a qualitative research method. **Qualitative Research Journal**, v. 9, n. 2, p. 27-40, 2009. DOI: <https://doi.org/10.3316/QRJ0902027>. Disponível em: <https://doi.org/10.3316/QRJ0902027>. Acesso em: 29 ago. 2026.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**.

Brasília, DF: Presidência da República, 1988. Disponível em:

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 29 ago. 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 [...]. Brasília, DF: Presidência da República, 1990. Disponível em:

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 29 ago. 2026.

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. **Cartilha orienta aplicação pelo Judiciário das regras sobre fornecimento de medicamentos pelo SUS**. Brasília, DF: CNJ, 6 jul. 2026a. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/cartilha-orienta-aplicacao-pelo-judiciario-das-regras-sobre-fornecimento-de-medicamentos-pelo-sus/>. Acesso em: 29 ago. 2026.

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. **Guia prático para os Temas 6 e 1234**: fluxos para apreciação de concessão de medicamentos em face do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: CNJ, 2025. 171 p. ISBN 978-65-5972-200-6. Disponível em:

<https://bibliotecadigital.cnj.jus.br/handle/123456789/1073>. Acesso em: 29 ago. 2026.

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. **Termo de Cooperação Técnica nº 36/2026**, de 24 de julho de 2026. Celebrado entre o Conselho Nacional de Justiça e a Defensoria Pública da União. Brasília, DF: CNJ, 24 jul. 2026b. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/transparencia-cnj/gestao-administrativa/acordos-termos-e-convenios/termos-de-cooperacao-tecnica/termo-de-cooperacao-tecnica-n-36-2026/>. Acesso em: 29 ago. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 6.212, de 19 de dezembro de 2024**.

Regulamenta procedimentos de ressarcimento interfederativo relacionados à judicialização de medicamentos no âmbito do Tema 1.234 do STF. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024.

Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt6212_20_12_2024.html. Acesso em: 29 ago. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 8.477, de 20 de outubro de 2025**. Institui o Componente da Assistência Farmacêutica em Oncologia. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2025/prt8477_22_10_2025.html. Acesso em: 29 ago. 2026.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Recurso Extraordinário 566.471/RN**. Tema 6 da repercussão geral: dever do Estado de fornecer medicamento de alto custo a portador de doença grave que não possui condições financeiras para comprá-lo. Brasília, DF: STF, 2024a. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/jurisprudenciaRepercussao/verAndamentoProcesso.asp?classeProcesso=RE&incidente=2565078&numeroProcesso=566471&numeroTema=6>. Acesso em: 29 ago. 2026.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Recurso Extraordinário 855.178/SE**. Tema 793 da repercussão geral: responsabilidade solidária dos entes federados nas demandas prestacionais na área da saúde. Brasília, DF: STF, 2019. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/jurisprudenciaRepercussao/verAndamentoProcesso.asp?classeProcesso=RE&incidente=4678356&numeroProcesso=855178&numeroTema=793>. Acesso em: 29 ago. 2026.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Recurso Extraordinário 1.366.243/SC**. Tema 1.234 da repercussão geral: legitimidade passiva da União e competência da Justiça Federal nas demandas relativas a medicamentos registrados na Anvisa, mas não padronizados no SUS. Brasília, DF: STF, 2024b. Tese atualizada em 19 fev. 2026. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/jurisprudenciaRepercussao/verAndamentoProcesso.asp?incidente=6335939&numeroTema=1234>. Acesso em: 29 ago. 2026.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Recurso Extraordinário 1.366.243/SC**. Tema 1.234 da repercussão geral: decisão referendada pelo Tribunal Pleno em 19 de fevereiro de 2026, relativa aos medicamentos utilizados em tratamentos oncológicos. Brasília, DF: STF, 2026. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/jurisprudenciaRepercussao/verAndamentoProcesso.asp?incidente=6335939&numeroTema=1234>. Acesso em: 29 ago. 2026.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Súmulas Vinculantes nº 60 e 61**. Brasília, DF: STF, 2024c. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/jurisprudencia/sumariosumulas.asp?base=26&sumula=1184>. Acesso em: 29 ago. 2026.

CHIEFFI, Ana Luiza; BARRADAS, Rita de Cássia Barata; GOLBAUM, Moisés. Legal access to medications: a threat to Brazil's public health system? **BMC Health Services Research**, v. 17, art. 499, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2430-x>. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2430-x>. Acesso em: 29 ago. 2026.

CUNHA, Jarbas Ricardo Almeida; FARRANHA, Ana Cláudia. Judicialização da saúde no Brasil: categorização das fases decisórias a partir do Supremo Tribunal Federal e os impactos no Sistema Único de Saúde. **Public Sciences & Policies**, v. 7, n. 1, p. 15-35, 2022. DOI: <https://doi.org/10.33167/2184-0644.CPP2021.VVIIN1/pp.15-35>. Disponível em: <https://doi.org/10.33167/2184-0644.CPP2021.VVIIN1/pp.15-35>. Acesso em: 29 ago. 2026.

DINIZ, Berenice Freitas; CARVALHO, Liliane Preisser de Persilva e. Reflexões sobre o caráter ambivalente da judicialização na saúde: desafio para garantia da integralidade e equidade no SUS. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, v. 13, n. 3, p. 42-66, 2024. DOI:

<https://doi.org/10.17566/ciads.v13i3.1257>. Disponível em:
<https://doi.org/10.17566/ciads.v13i3.1257>. Acesso em: 29 ago. 2026.

DOURADO, Daniel de Araújo; DALLARI, Sueli Gandolfi; ELIAS, Paulo Eduardo Mangeon. Federalismo sanitário brasileiro: perspectiva da regionalização do Sistema Único de Saúde. **Revista de Direito Sanitário**, v. 12, n. 3, p. 10-34, 2013. DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v12i3p10-34>. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v12i3p10-34>. Acesso em: 29 ago. 2026.

DOURADO, Daniel de Araújo; ELIAS, Paulo Eduardo Mangeon. Regionalização e dinâmica política do federalismo sanitário brasileiro. **Revista de Saúde Pública**, v. 45, n. 1, p. 204-211, 2011. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102011000100023>. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102011000100023>. Acesso em: 29 ago. 2026.

EMERSON, Kirk; NABATCHI, Tina; BALOGH, Stephen. An integrative framework for collaborative governance. **Journal of Public Administration Research and Theory**, v. 22, n. 1, p. 1-29, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1093/jopart/mur011>. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/jopart/mur011>. Acesso em: 29 ago. 2026.

FERRAZ, Octavio Luiz Motta. Harming the poor through social rights litigation: lessons from Brazil. **Texas Law Review**, v. 89, n. 7, p. 1643-1668, 2011.

FIGUEIREDO, Iara Veloso Oliveira; CASTRO, Mônica Silva Monteiro de; PAES-SOUSA, Rômulo. Reclamação constitucional e a assimilação da jurisprudência recente do STF em relação aos Temas nº 6 e 1234. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, v. 15, e2026011, 2026. DOI: <https://doi.org/10.17566/ciads.e2026011>. Disponível em: <https://doi.org/10.17566/ciads.e2026011>. Acesso em: 29 ago. 2026.

LYRA, Pollyanna Farias Castro Pereira de; BARRADAS, Rita de Cássia Barata; COSTA, Silvana Nair Leite; OSÓRIO-DE-CASTRO, Claudia Garcia Serpa; CHIEFFI, Ana Luiza. The quality of research on judicialization and its influence on public policies on access to medicines in Brazil: a systematic review. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 11, p. 5577-5588, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320212611.29142020>. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320212611.29142020>. Acesso em: 29 ago. 2026.

OLIVEIRA, Yonara Monique da Costa; BRAGA, Bárbara Suellen Fonseca; FARIAS, Andrezza Duarte; VASCONCELOS, Cipriano Maia de; FERREIRA, Maria Angela Fernandes. Judicialização no acesso a medicamentos: análise das demandas judiciais no Estado do Rio Grande do Norte, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. 1, e00174619, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00174619>. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00174619>. Acesso em: 29 ago. 2026.

PEPE, Vera Lúcia Edais; BAPTISTA, Michelly Ribeiro; VENTURA, Miriam; POMPÍLIO DA HORA, Marina Fajardo V. M.; ALVAREZ, Nathália Rodrigues; PINTO, Gabriela Suarez; SILVA, Raulino Sabino da; VIDAL, Thaís Jeronimo. Judicial access to medicines for rare diseases: characteristics of lawsuits against the Federal Government. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 31, n. 1, e14312025, 2026. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232026311.14312025>. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232026311.14312025>. Acesso em: 29 ago. 2026.

RAMOS, Edith Maria Barbosa; RAMOS, Paulo Roberto Barbosa; QUEIROZ, Fernanda Dayane dos Santos. O federalismo sanitário brasileiro: análise da autonomia do ente municipal e a repercussão para o direito sanitário. **Revista do Direito Público**, v. 15, n. 3, p. 180-201, 2020. DOI: <https://doi.org/10.5433/1980-511X.2020v15n3p180>. Disponível em: <https://doi.org/10.5433/1980-511X.2020v15n3p180>. Acesso em: 29 ago. 2026.

SÁ-SILVA, Jackson Ronie; ALMEIDA, Cristóvão Domingos de; GUINDANI, Joel Felipe. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. **Revista Brasileira de História & Ciências Sociais**, v. 1, n. 1, 2009. DOI: <https://doi.org/10.63595/rbhcs.v1i1.10351>. Disponível em: <https://doi.org/10.63595/rbhcs.v1i1.10351>. Acesso em: 29 ago. 2026.

SILVA, Virgílio Afonso da; TERRAZAS, Fernanda Vargas. Claiming the right to health in Brazilian courts: the exclusion of the already excluded? **Law & Social Inquiry**, v. 36, n. 4, p. 825-853, 2011. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1747-4469.2011.01252.x>. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1747-4469.2011.01252.x>. Acesso em: 29 ago. 2026.

SOCAL, Mariana P.; AMON, Joseph J.; BIEHL, João. Right-to-medicines litigation and universal health coverage: institutional determinants of the judicialization of health in Brazil. **Health and Human Rights**, v. 22, n. 1, p. 221-236, 2020. Disponível em: <https://www.hhrjournal.org/2020/06/18/right-to-medicines-litigation-and-universal-health-coverage-institutional-determinants-of-the-judicialization-of-health-in-brazil/>. Acesso em: 29 ago. 2026.

SOUZA, Celina. Coordenação, uniformidade e autonomia na formulação de políticas públicas: experiências federativas no cenário internacional e nacional. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, supl. 2, e00046818, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00046818>. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00046818>. Acesso em: 29 ago. 2026.

VIEIRA, Fabiola Sulpino. Judicialization and right to health in Brazil: a trajectory of matches and mismatches. **Revista de Saúde Pública**, v. 57, p. 1, 2023. DOI: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2023057004579>. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2023057004579>. Acesso em: 29 ago. 2026.

VIEIRA, Fabiola Sulpino; CHAVES, Elton da Silva; COSTA, Karen Sarmento; BERNARDE, Heber Dobis; BERNARDES, Liliane Cristina Gonçalves; CAVALCANTI, Filipe Matheus Silva; PEREIRA, Blenda Leite Saturnino. **Pesquisa assistência farmacêutica no SUS: gasto em medicamentos judicializados de estados e municípios participantes (2019-2023)**. Brasília, DF: Ipea, 2025. 49 p. (Texto para Discussão, n. 3119). DOI: <https://doi.org/10.38116/td3119-port>. Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/17238/1/TD_3119_web.pdf. Acesso em: 29 ago. 2026.

VILLAS-BÔAS, Maria Elisa; CUNHA JÚNIOR, Dirley da. Modificações trazidas pelo Tema 1234 à judicialização em saúde e atuação das Defensorias Públicas. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, v. 13, n. 4, p. 57-76, 2024. DOI: <https://doi.org/10.17566/ciads.v13i4.1295>. Disponível em: <https://doi.org/10.17566/ciads.v13i4.1295>. Acesso em: 29 ago. 2026.