

Minas Gerais registra mais de 2,1 mil ações judiciais por medicamentos contra planos de saúde



Estado contabilizou média de dez novos processos por dia entre janeiro e julho de 2026; especialistas apontam aumento da complexidade dos tratamentos e divergências sobre cobertura.

A Justiça de Minas Gerais registrou 2.168 novos processos relacionados ao fornecimento de medicamentos por planos de saúde entre janeiro e julho de 2026, segundo dados do Painel da Saúde do DataJud, do Conselho Nacional de Justiça (CNJ). O número representa uma média de aproximadamente dez novas ações por dia e corresponde a 6,31% dos processos registrados em todo o país no período.

Em 2025, Minas Gerais contabilizou 3.310 novas ações sobre o tema. O volume foi 48,83% maior que o registrado em 2020, quando foram contabilizados 2.224 processos. Na comparação com 2024, entretanto, houve redução de 6,73%, já que naquele ano foram registradas 3.549 novas ações.

Os dados mostram que, mesmo diante da queda observada na comparação anual mais recente, a judicialização envolvendo medicamentos continua representando uma demanda significativa no estado. A classificação utilizada pelo DataJud reúne processos relacionados ao assunto, mas não permite identificar, isoladamente, quantos casos decorreram de negativas consideradas indevidas.

Judicialização também cresce no cenário nacional

No Brasil, foram registradas 52.672 novas ações em 2025, contra 47.814 em 2024, uma alta de 10,16%. Em relação a 2020, quando foram contabilizados 25.219 processos, o crescimento chegou a 108,91%.

Entre janeiro e julho de 2026, o país registrou 34.355 novos processos relacionados ao fornecimento de medicamentos por planos de saúde, uma média de aproximadamente 162 ações por dia. Ao final do período, havia 72.306 processos pendentes sobre o tema.

Para o advogado especialista em Direito da Saúde e fundador do GV Assessoria Jurídica, Geovani Valério, o crescimento da judicialização não pode ser atribuído a uma única causa.

“O aumento dificilmente decorre de um único fator. Hoje existem medicamentos mais específicos e de alto custo para doenças oncológicas, raras, autoimunes e crônicas”, afirma.

Segundo o especialista, também permanecem controvérsias envolvendo medicamentos de uso domiciliar, prescrições para indicações diferentes das previstas em bula e tratamentos que ainda

não foram incorporados ao rol de procedimentos e eventos em saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Outro fator apontado é o maior acesso dos pacientes à informação. Pessoas que anteriormente poderiam aceitar uma negativa de cobertura ou interromper um tratamento passaram a buscar informações sobre seus direitos e alternativas para contestar decisões das operadoras.

Muitas pessoas procuram a Justiça quando recebem uma negativa durante o tratamento e não encontram uma solução administrativa em tempo compatível com a urgência médica”, explica Valério.

Cobertura depende do tipo de medicamento e do tratamento

A obrigação de custeio por parte do plano de saúde varia de acordo com diferentes fatores, como o local de administração do medicamento, a finalidade do tratamento, a modalidade contratada e as condições previstas no contrato.

De acordo com Valério, em determinadas situações os planos devem custear medicamentos utilizados durante internações e procedimentos ambulatoriais que tenham cobertura contratual.

“A cobertura depende de onde o medicamento será administrado, da finalidade do tratamento e das condições do contrato. Em geral, o plano deve custear os medicamentos utilizados durante internações e procedimentos ambulatoriais cobertos”, afirma.

Já para medicamentos de uso domiciliar, a cobertura obrigatória é mais restrita. Entre as hipóteses previstas estão determinados antineoplásicos orais utilizados no tratamento do câncer, medicamentos destinados ao controle de efeitos adversos e medicamentos adjuvantes relacionados ao tratamento oncológico.

Também existem situações específicas envolvendo medicamentos utilizados em internação domiciliar que substitua a internação hospitalar, além daqueles cuja cobertura esteja expressamente prevista no contrato ou em aditivo.

“Por isso, não é correto afirmar que o plano deve fornecer qualquer medicamento prescrito. Também não se pode considerar válida toda recusa baseada apenas no uso domiciliar”, ressalta o advogado.

A análise de cada caso deve considerar, entre outros aspectos, o medicamento indicado, a prescrição médica, o registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), o contrato firmado com a operadora e as normas aplicáveis da ANS.

Negativa de cobertura pode ser questionada judicialmente

A busca pela Justiça pode ser considerada quando a operadora recusa um medicamento cuja cobertura seja obrigatória, descumpra uma previsão contratual ou demora a apresentar uma resposta em uma situação que possa comprometer a continuidade do tratamento.

“A medida judicial pode ser avaliada quando o plano recusa um medicamento de cobertura obrigatória, descumpra o contrato ou demora a responder e coloca o tratamento em risco”, explica

Valério.

Nesses casos, a documentação é fundamental. O paciente deve guardar a solicitação feita à operadora e a respectiva negativa. Uma demora injustificada ou a ausência de resposta também pode ser relevante, especialmente diante de situações que demandem uma decisão rápida.

Nos casos que envolvem medicamentos ou tratamentos fora do rol da ANS, a análise tende a ser mais criteriosa. O Supremo Tribunal Federal estabeleceu, em setembro de 2025, critérios para a análise de pedidos de cobertura excepcional, incluindo elementos relacionados à prescrição médica fundamentada, registro na Anvisa, evidências científicas de eficácia e segurança e inexistência de alternativa terapêutica adequada já incorporada ao rol.

“A prescrição, isoladamente, não garante o deferimento do pedido”, destaca o especialista.

Em situações de urgência, quando houver risco de agravamento do quadro, também pode ser avaliada a possibilidade de solicitar uma tutela de urgência, para que o Judiciário analise a necessidade de fornecimento do medicamento no início do processo.

Documentação é essencial após uma negativa

Diante de uma recusa, o primeiro passo recomendado é solicitar à operadora uma negativa formal e fundamentada, identificando a justificativa utilizada para o não fornecimento.

“O primeiro cuidado é pedir a negativa por escrito, com a justificativa e a indicação da regra contratual ou regulatória utilizada pelo plano. Também é importante guardar a prescrição, os protocolos de atendimento, o contrato e os exames relacionados ao tratamento”, orienta Valério.

O relatório médico também pode ser decisivo. O documento deve apresentar informações como diagnóstico, finalidade do medicamento, dose prescrita, grau de urgência, riscos associados à demora e tratamentos já realizados.

Quano houver alternativas terapêuticas disponíveis, o médico pode detalhar por que elas não são adequadas para aquele paciente. Nos pedidos que envolvem tratamentos fora do rol da ANS, evidências científicas relacionadas à eficácia e à segurança do medicamento também podem assumir maior relevância.

O beneficiário ainda pode registrar uma reclamação junto à ANS para buscar uma solução administrativa. Em situações urgentes, entretanto, a tentativa de resolução por essa via não deve resultar em uma espera incompatível com a necessidade médica.

“Se houver urgência, entretanto, não deve aguardar indefinidamente uma solução administrativa. Nesse caso, é recomendável buscar orientação jurídica para avaliar a documentação e a possibilidade de pedir o fornecimento imediato do medicamento”, conclui o advogado.

A judicialização da saúde, portanto, envolve diferentes situações e não significa que toda negativa de cobertura seja irregular. A análise depende das características de cada tratamento, das regras do plano, da legislação, das normas regulatórias e das circunstâncias clínicas apresentadas em cada caso.

Foto: Divulgação

<https://www.jornalpanfletus.com.br/cp3.masterix.inf.br/noticia/8836/minas-gerais-registra-mais-de-2-1-mil-aco-es-judiciais-por-medicamentos-contr-planos-de-saude> em 17/09/2026 07:02